

نظرسنجی تجربه شما از خدمات شبکه بهداشت اولیه

(Your Experience of Service Primary Health Network [YES PHN] Survey)

نظر شما مهم است. این پرسشنامه همراه مصرف کنندگان خدمات تدوین گردیده است. هدف آن کمک به ارائه دهندگان و مصرف کنندگان برای همکاری در جهت فراهم کردن خدمات بهتر است. پاسخ به نظرسنجی داوطلبانه است. تمام اطلاعات جمع آوری شده در این نظرسنجی به طور ناشناس می باشد. از هیچ یک از اطلاعات جمع آوری شده برای شناسایی شما استفاده نخواهد شد. اگر بتوانید به همه سؤالات پاسخ دهید کمک خواهد کرد، اما اگر مایل به پاسخ دادن نیستید، لطفاً جای آن را خالی بگذارید.

لطفاً برای هر سؤال فقط در یک دایره علامت ضربدر بگذارید، مانند این ...

این سؤالات می پرسد که ما هر چند دفعه یکبار کارهای زیر را انجام دادیم ...

| شامل نیست | با در نظر گرفتن مراقبت هایی که طی 3 ماه گذشته یا کمتر از این شبکه بهداشت اولیه دریافت کرده اید، تجربه شما در موارد زیر چه بوده است؟ (برای هر سؤال یک پاسخ را علامت گذاری کنید) | | | | | |
|-----------|--|---------|------------|---------|------|---|
| | همیشه | معمولاً | بعضی اوقات | به ندرت | هرگز | |
| ● 9 | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 1. هنگام استفاده از این شبکه احساس خوش آمد کردید |
| | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 2. هنگام استفاده از این شبکه احساس امنیت کردید |
| | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 3. هنگام نیاز، به این شبکه دسترسی داشتید |
| | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 4. در صورت تمایل، شما فرصت هایی برای خانواده و دوستان خود داشتید تا در پشتیبانی یا مراقبت خود شرکت کنید |
| | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 5. در صورت تمایل، پرسنل قادر به ارائه اطلاعات یا مشاوره برای کمک به شما در مدیریت بهداشت فیزیکی تان بودند |
| | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 6. فردیت و ارزشهای شما (مانند فرهنگ، دین یا هویت جنسیتی و غیره) مورد احترام قرار گرفتند |
| | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 7. این شبکه بهداشت اولیه به نظرات یا شکایات گوش داد و پیگیری کرد |
| | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 8. این شبکه به حق شما در تصمیم گیری احترام گذاشت |
| | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 9. پشتیبانی یا مراقبت موجود، نیازهای شما را برآورده کرد |

این سؤالات می پرسد که کارهای زیر را چقدر خوب انجام دادیم ...

| شامل نیست | با اندیشیدن به مراقبت هایی که طی 3 ماه گذشته یا کمتر از این شبکه بهداشت اولیه دریافت کرده اید، تجربه شما در زمینه های زیر چگونه بود؟ (برای هر سؤال یک پاسخ را علامت گذاری کنید) | | | | | |
|-----------|---|----------|-----|-------|------|--|
| | عالی | خیلی خوب | خوب | متوسط | ضعیف | |
| ● 9 | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 10. دسترسی به یک کارگر همکار / کارگر با تجربه، در صورت تمایل شما |
| | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 11. اطلاعات در دسترس شما در مورد این شبکه (مانند نحوه عملکرد شبکه، حقوق و مسئولیت های شما، روش نظر دهی و غیره) |
| ● 9 | ● 5 | ● 4 | ● 3 | ● 2 | ● 1 | 12. تهیه طرحی به همراهی شما که تمام نیازهای شما را در نظر گرفت (از جمله پشتیبانی، هماهنگی و پیگیری) |

تجربه شما از نظرسنجی شبکه PHN

با توجه به تجربه تان در کار با شبکه بهداشت اولیه در 3 ماه گذشته یا کمتر، لطفا موارد زیر را ارزیابی کنید ...

(برای هر سؤال یک پاسخ را علامت گذاری کنید)

| ضعیف | متوسط | خوب | خیلی خوب | عالی |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |

13. تأثیر این خدمات در امیدواری شما برای آینده

14. تأثیر این خدمات بر مهارت ها و استراتژی های شما برای مراقبت از تندرستی و رفاه خود

15. تأثیر این خدمات بر توانایی شما در مدیریت زندگی روزمره تان

16. در کل، تجربه خود را با این شبکه در 3 ماه گذشته چگونه ارزیابی می کنید؟

17. تجربه ام میتواندست بهتر باشد اگر ... (بنویسید)

18. بهترین چیزها درباره این مرکز ارائه خدمات عبارت بودند از ... (بنویسید)

سؤالات جمعیتی

اطلاعات موجود در این بخش به ما کمک می کند تا بدانیم که آیا نظرات برخی از گروه ها را در نظر نگرفته ایم. همچنین به ما می گوید که آیا گروه هایی از افراد تجربه بهتر یا بدتری نسبت به دیگران دارند. دانستن این موضوع به ما کمک می کند تا تلاشهای خود را بر بهبود خدمات متمرکز کنیم. از اطلاعات جمع آوری شده در این بخش برای شناسایی شما استفاده نخواهد شد.

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 مذکر | <input type="checkbox"/> 2 مؤنث | <input type="checkbox"/> 3 غیره | _____ | 19. هویت جنسیتی شما چیست؟ | |
| <input type="checkbox"/> 1 انگلیسی | <input type="checkbox"/> 2 غیره | _____ | _____ | 20. زبان اصلی که در خانه صحبت می کنید چیست؟ | |
| <input type="checkbox"/> 1 نه | <input type="checkbox"/> 2 بله - بومی | <input type="checkbox"/> 3 بله - جزیره تورس استریت | <input type="checkbox"/> 4 بله - بومی و جزیره تورس استریت | 21. آیا شما از اهالی بومی یا جزیره تورس استریت هستید؟ | |
| <input type="checkbox"/> 1 زیر 18 سال | <input type="checkbox"/> 2 18 تا 24 سال | <input type="checkbox"/> 3 25 تا 44 سال | <input type="checkbox"/> 4 45 تا 64 سال | <input type="checkbox"/> 5 65 سال و بیشتر | 22. چند سال دارید؟ |
| <input type="checkbox"/> 1 1 روز تا 2 هفته | <input type="checkbox"/> 2 3 تا 4 هفته | <input type="checkbox"/> 3 1 تا 3 ماه | <input type="checkbox"/> 4 4 تا 6 ماه | <input type="checkbox"/> 5 بیش از 6 ماه | 23. چه مدت از این شبکه پشتیبانی یا مراقبت دریافت کرده اید؟ |
| <input type="checkbox"/> 1 دکتر خانواده / پزشک عمومی | <input type="checkbox"/> 2 پرستار | <input type="checkbox"/> 3 یک بهداشت دیگر متخصص | <input type="checkbox"/> 4 خودم | <input type="checkbox"/> 5 غیره، لطفا بنویسید | 24. چه کسی شما را به این شبکه ارائه خدمات ارجاع داد؟ |
| <input type="checkbox"/> 1 اصلا مختار نبودم | <input type="checkbox"/> 2 کمی مختار بودم | <input type="checkbox"/> 3 صاحب اختیار بودم | | | 25. در انتخاب این شبکه چقدر مختار بودید؟ |
| <input type="checkbox"/> 1 نه | <input type="checkbox"/> 2 بله - خانواده یا دوست | <input type="checkbox"/> 3 بله - فردی از شبکه ارائه خدمات | <input type="checkbox"/> 4 بله - فردی دیگر | | 26. آیا کسی در پر کردن این نظرسنجی به شما کمک کرد؟ |

از وقتی که برای پر کردن این نظرسنجی گذاشتید سپاسگزاریم. به یاد داشته باشید، اگر چیزی در این نظرسنجی باعث ناراحتی شما شده است، می توانید با پزشک محلی یا امدادگر بهداشت روان خود صحبت کرده یا با شماره تلفن 13 11 14 با Lifeline تماس بگیرید.