

# Khảo sát của Mạng lưới Sức khỏe Cơ bản về Trải nghiệm Sử dụng Dịch vụ của quý vị

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

Góp ý của quý vị là quan trọng. Bảng câu hỏi này đã được phát triển với khách hàng sử dụng dịch vụ. Bảng câu hỏi nhằm mục đích giúp các nhà cung cấp và khách hàng làm việc cùng nhau để xây dựng các dịch vụ tốt hơn. Việc hoàn thành khảo sát là tự nguyện. Tất cả thông tin được thu thập trong cuộc khảo sát này là ẩn danh. Không có thông tin được thu thập nào sẽ được sử dụng để xác định danh tính của quý vị. Sẽ rất hữu ích nếu quý vị có thể trả lời tất cả các câu hỏi, nhưng hãy để trống bất kỳ câu hỏi nào nếu quý vị không muốn trả lời.

Vui lòng gạch chéo chỉ một ô cho mỗi câu hỏi, như thế này...

<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	5

Những câu hỏi này hỏi về **mức độ thường xuyên** chúng tôi đã làm những việc sau đây.

Hãy nghĩ về việc chăm sóc quý vị đã nhận được từ dịch vụ này trong vòng 3 tháng trở lại đây, trải nghiệm của quý vị trong các lĩnh vực sau đây là gì? (Chọn một trả lời cho mỗi câu hỏi)						Không áp dụng
	Chưa bao giờ có	Hiếm khi	Đôi khi	Thường xuyên	Luôn luôn	
1. Quý vị cảm thấy được chào đón khi sử dụng dịch vụ này	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Quý vị cảm thấy an toàn khi sử dụng dịch vụ này	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Quý vị đã có thể sử dụng dịch vụ này khi cần	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Quý vị đã có cơ hội để gia đình và bạn bè tham gia vào việc hỗ trợ hoặc chăm sóc của mình nếu quý vị muốn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Nhân viên đã có thể cung cấp thông tin hoặc lời khuyên để giúp quý vị chăm sóc sức khỏe thể chất của mình nếu quý vị muốn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Các tính cách cá nhân và giá trị của quý vị được tôn trọng (chẳng hạn như văn hóa, đức tin hoặc giới tính, v.v.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Dịch vụ này đã lắng nghe và theo dõi các phản hồi hoặc khiếu nại	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Dịch vụ tôn trọng quyền quyết định của quý vị	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. Các hỗ trợ hoặc chăm sóc sẵn có đáp ứng được nhu cầu của quý vị	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Những câu hỏi này muốn biết chúng tôi đã làm **tốt như thế nào** những việc sau...

Nghĩ về sự chăm sóc mà quý vị đã nhận được từ dịch vụ này trong vòng 3 tháng trở lại đây, trải nghiệm của quý vị trong các hoạt động sau đây là gì? (Chọn một trả lời cho mỗi câu hỏi)						Không áp dụng
	Kém	Trung bình	Tốt	Rất Tốt	Xuất sắc	
10. Tiếp xúc với một nhân viên từng trải cảnh ngộ / có kinh nghiệm sống, nếu quý vị muốn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Thông tin có sẵn cho quý vị về dịch vụ này (chẳng hạn như cách dịch vụ hoạt động, quyền và trách nhiệm của quý vị, cách đưa ra phản hồi, v.v.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12. Phát triển một kế hoạch cùng với quý vị trong đó có xem xét tất cả các nhu cầu của quý vị (bao gồm hỗ trợ, điều phối và theo dõi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Khảo sát PHN Trải nghiệm của Quý vị về Sử dụng Dịch vụ

Dựa vào trải nghiệm của quý vị với dịch vụ trong 3 tháng trở lại đây, vui lòng đánh giá các điều sau...

(Chọn một trả lời cho mỗi câu hỏi)

	Kém	Trung bình	Tốt	Rất Tốt	Xuất sắc
13. Ảnh hưởng của dịch vụ này đối với hy vọng của quý vị cho tương lai	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
14. Ảnh hưởng của dịch vụ này đối với các kỹ năng và chiến lược của quý vị để chăm sóc sức khỏe và an sinh của chính mình	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
15. Ảnh hưởng của dịch vụ này đối với khả năng quản lý cuộc sống hàng ngày của quý vị	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
16. Nhìn chung, quý vị đánh giá trải nghiệm của mình với dịch vụ này trong 3 tháng qua như thế nào?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

17. Trải nghiệm của tôi sẽ tốt hơn nếu. . . (điền vào)

18. Những điều tốt nhất về dịch vụ này là. . . (điền vào)

### Các câu hỏi liên quan nhân khẩu học

Thông tin trong phần này giúp chúng tôi biết liệu chúng tôi có đang bỏ lỡ phản hồi từ một số nhóm người. Thông tin cũng cho chúng tôi biết nếu một số nhóm người có trải nghiệm tốt hơn hay tệ hơn những nhóm người khác. Biết được điều này giúp chúng tôi tập trung nỗ lực để cải thiện các dịch vụ. Không có thông tin được thu thập nào trong phần này sẽ được dùng để xác định danh tính của quý vị.

19. Giới tính của quý vị là gì?	<input type="checkbox"/> 1 Nam	<input type="checkbox"/> 2 Nữ	<input type="checkbox"/> 3 Khác _____		
20. Ngôn ngữ chủ yếu quý vị dùng để nói chuyện ở nhà là gì?	<input type="checkbox"/> 1 Tiếng Anh	<input type="checkbox"/> 2 Khác _____			
21. Quý vị có phải là người gốc Thổ dân hay Đảo Torres?	<input type="checkbox"/> 1 Không	<input type="checkbox"/> 3 Có - Dân Đảo Torres	<input type="checkbox"/> 2 Có - Thổ dân	<input type="checkbox"/> 4 Có - Thổ dân và dân Đảo Torres	
22. Quý vị bao nhiêu tuổi?	<input type="checkbox"/> 1 Dưới 18 tuổi	<input type="checkbox"/> 3 25 đến 44 tuổi	<input type="checkbox"/> 5 Từ 65 tuổi trở lên	<input type="checkbox"/> 2 18 đến 24 tuổi	<input type="checkbox"/> 4 45 đến 64 tuổi
23. Quý vị đã nhận được sự hỗ trợ hoặc chăm sóc từ dịch vụ này trong bao lâu?	<input type="checkbox"/> 1 1 ngày đến 2 tuần	<input type="checkbox"/> 3 1 đến 3 tháng	<input type="checkbox"/> 5 Hơn 6 tháng	<input type="checkbox"/> 2 3 đến 4 tuần	<input type="checkbox"/> 4 4 đến 6 tháng
24. Ai đã giới thiệu quý vị đến dịch vụ này?	<input type="checkbox"/> 1 Bác sĩ gia đình /GP	<input type="checkbox"/> 3 Chuyên viên y tế khác	<input type="checkbox"/> 5 Khác, vui lòng viết ra	<input type="checkbox"/> 2 Y tá	<input type="checkbox"/> 4 Tự đến
25. Quý vị tham gia như thế nào vào việc lựa chọn dịch vụ này?	<input type="checkbox"/> 1 Không tham gia gì cả	<input type="checkbox"/> 2 Có tham gia một ít	<input type="checkbox"/> 3 Tham gia hoàn toàn		
26. Có ai đã giúp quý vị hoàn thành cuộc khảo sát này không?	<input type="checkbox"/> 1 Không	<input type="checkbox"/> 3 Có - một người từ dịch vụ	<input type="checkbox"/> 4 Có - người khác	<input type="checkbox"/> 2 Có - người trong gia đình hay bạn	

Cảm ơn quý vị đã dành thời gian hoàn thành khảo sát này. Hãy nhớ rằng, nếu có bất kỳ điều gì trong khảo sát này khiến quý vị khó chịu, quý vị có thể nói chuyện với bác sĩ địa phương, nhân viên sức khỏe tâm thần hoặc gọi cho Lifeline theo số 13 11 14.