

مقدمه

1. امروز در کدام کلینیک یا محل مورد ملاقات قرار گرفتید؟
(اگر در منزل مورد ملاقات گرفتید، بنویسید "منزل")

2. امروز از چه خدماتی استفاده کردید؟
(مثلاً پرستار بخش، فیزیوتراپ، متخصص بیماری های پا)

3. بطور کلی خدمات ارائه شده طی امروز را چگونه ارزیابی می کنید؟

7. آیا کسی مدت انتظار را به اطلاع شما رساند؟

- بله
- خیر، اما خوشحال می شدم اگر کسی به من اطلاع می داد.
- خیر، برایم اهمیتی نداشت.
- مطمئن نیستم / به یاد ندارم.

- عالی
- خوب
- رضایت بخش
- بد

4. اگر به مترجم نیاز پیدا کردید، آیا این خدمات به شما ارائه / پیشنهاد شد؟

8. تماس تلفنی با مرکز بهداشت / متخصص مراقبت بهداشتی شما چقدر آسان است؟

- آسان
- گاهی آسان
- دشوار
- پیام خود را روی پیام گیر تلفنی گذاشته و سپس با من تماس می گیرند.
- پیام خود را روی پیام گیر تلفنی گذاشته اما کسی با من تماس نمی گیرد.
- تابحال سعی نکرده ام تماس تلفنی بگیرم.

- بله
- خیر
- بله، توسط دوستان یا بستگان شخصی
- شامل حال این جانب نیست

5. این نظرسنجی توسط چه کسی تکمیل شده است؟

9. طی 12 ماه گذشته آیا هرگز بدلیل نامناسب بودن ساعت کاری مرکز بهداشتی / سرویس بهداشتی از مراجعه به آنجا صرفنظر کرده اید؟

- بله، اغلب
- بله، گاهی
- خیر
- شامل حال این جانب نیست

- این جانب
- والدین / قیم
- مراقب بیمار
- مددکار
- مترجم
- متخصص مراقبت های بهداشتی
- دیگران

دسترسی و انتظار

6. آیا امروز در زمان مقرر (یا در مدت زمان معین) مورد ملاقات قرار گرفتید؟

- بله (در اینصورت به سوال 8 پاسخ دهید)
- خیر (در اینصورت به سوال 7 پاسخ دهید)
- شامل حال این جانب نیست (در اینصورت به سوال 8 پاسخ دهید)

مراقبت مطمئن، با کیفیت و هماهنگ

10. آیا به متخصص مراقبت بهداشتی خود اطمینان دارید؟

- بله، همیشه
- بله، بعضی اوقات
- خیر
- مطمئن نیستم

11. آیا امروز یا در مراجعت های پیشین از شما در مورد به اشتراک گذاشتن اطلاعات شما با سایر متخصصین مراقبت های پزشکی سوال شد؟

- بله
- خیر
- خیر، اما مایل بودم در این مورد گفتگو کنم.
- نمی دانم / به یاد ندارم

12. آیا در طول 12 ماه گذشته نامه ای در خصوص مراقبت های بهداشتی خود دریافت کرده اید؟ (مثلاً، توصیه نامه)

- بله، تا آنجا که اطلاع دارم نسخه ای از تمام نامه ها دریافت کرده ام.
- از برخی نامه ها، اما نه همه آنها نسخه ای دریافت کرده ام.
- خیر، هیچ نامه ای دریافت نکرده ام.
- اطلاع ندارم که نامه ای فرستاده شده یا خیر.
- شخصاً درخواست کرده ام که نامه ای به من فرستاده نشود.
- شامل حال این جانب نیست

13. آیا از توجه متخصص بهداشتی خود به موارد بهداشتی رضایت دارید؟ (مثلاً، شستشوی دست ها، استفاده از ژل الکلی)

- بله
- خیر
- مطمئن نیستم

اطلاعات بهتر، گزینه های بیشتر

14. فکر می کنید چقدر در جریان تصمیم گیری درباره مراقبت ها و یا درمان خود قرار گرفتید؟

- در جریان بودم
- می توانستم بیشتر در جریان قرار بگیرم
- در جریان نبودم
- شامل حال این جانب نیست

15. آیا متخصص مراقبت های بهداشتی شما اطلاعاتی در زمینه پیشگیری از بیماری و حفظ سلامتی در اختیار شما گذاشت؟ (مثلاً، فعالیت های جسمی، تغذیه سالم، معاشرت با سایر مردم، استفاده از الکل و مواد مخدر، ترک سیگار)

- بله
- خیر
- مطمئن نیستم

16. آیا امروز در مورد مراقبت و درمان شما اطلاعات کافی در اختیار شما قرار گرفت؟

- بله
- اطلاعاتی در اختیار من قرار گرفت اما مایل بودم اطلاعات بیشتری دریافت کنم.
- خیر
- نمی دانم / به یاد ندارم

17. آیا از چگونگی تقدیر یا شکایت در مورد این خدمات و کیفیت آنها آگاهی دارید؟

- بله
- خیر

ایجاد رابطه ای نزدیک تر

18. آیا کارت شناسایی متخصص مراقبت های بهداشتی که امروز با شما ملاقات کرد به وضوح قابل رویت بود؟

- بله
- خیر
- متوجه نشدم

19. در ملاقات خود آیا احساس کردید که متخصص مراقبت بهداشتی با دقت به سخنان شما گوش می کند؟

- بله
- تا حدی
- خیر
- نمی دانم / به یاد ندارم

20. آیا برای تشریح وضعیت سلامت یا و نیازهای خود نزد متخصص مراقبت های بهداشتی به شما فرصت کافی داده شد؟

- بله، قطعاً
- بله، تا حدی
- خیر
- نیازی به تشریح چیزی نداشتم

21. آیا متخصص مراقبت بهداشتی با شما با احترام برخورد کرد؟

- بله، همواره
- بله، برخی اوقات
- خیر
- نمی دانم / به یاد ندارم

مکانی پاک، راحت با رفتاری دوستانه

سوالات زیر تنها هنگامی شامل حال شما می باشد که امروز در یک مرکز بهداشتی یا کلینیک حضور پیدا کرده باشید. اگر درمان شما در منزل، مدرسه و یا یکی از مراکز روزانه صورت گرفته است، به بخش بعدی پرسشنامه بروید و یا ذکر کنید که شامل حال شما نمی باشد.

22. نحوه برخورد و ادب متصدی پذیرش را چگونه ارزیابی می کنید؟

- عالی
- خوب
- رضایت بخش
- ضعیف
- شامل حال این جانب نیست

23. اگر احتیاج داشتید که با متصدی پذیرش بطور محرمانه صحبت کنید، آیا مکانی برای این کار به شما پیشنهاد شد؟

- بله
- خیر، اما برایم اهمیتی نداشت.
- خیر، اما مایل بودم با متصدی پذیرش بطور محرمانه صحبت کنم.
- شامل حال این جانب نیست.

24. تمیزی مرکز بهداشتی را چگونه ارزیابی می کنید؟

- عالی
- خوب
- رضایت بخش
- ضعیف
- شامل حال این جانب نیست

25. میزان راحتی اطاق انتظار (مثلاً صندلی ها، دمای محیط) را چگونه ارزیابی می کنید؟

- عالی
- خوب
- رضایت بخش
- ضعیف
- شامل حال این جانب نیست

26. جنسیت

- مرد
 زن

27. سال تولد

--	--	--	--

28. به کدام گروه قومی تعلق دارید؟ (لطفاً داخل مربع علامت بزنید)

عرب یا عرب بریتانیایی

- خاورمیانه
 شمال آفریقا
 سایر عرب

آسیایی یا آسیایی بریتانیایی

- هندی
 بنگلادشی
 پاکستانی
 سایر آسیایی

سیاه یا سیاه بریتانیایی

- آفریقایی
 اهل کارائیب
 سایر سیاه

مختلط

- سفید و آسیایی
 سفید و سیاه آفریقایی
 سفید و سیاه کارائیب
 سایر نژادهای مختلط

سفید یا سفید بریتانیایی

- بریتانیایی
 ایرلندی
 اروپای شرقی
 سایر نژادهای سفید

سایر

- چینی
 سایر گروه های قومی
 تمایلی به ابراز قومیت خود ندارم

29. آیا دارای وضعیت جسمانی یا روانی خاصی هستید که حداقل 12 ماه طول کشیده و یا احتمالاً طول خواهید کشید؟

- بله
 خیر

30. اگر به سوال 29 پاسخ مثبت داده اید، لطفاً نوع معلولیت و یا وضعیت خاص جسمانی خود را بیان کنید. در صورت وجود بیش از یک وضعیت، لطفاً همه آنها را ذکر کنید.

- معلولیت جسمانی، از قبیل استفاده از صندلی چرخدار برای حرکت یا ناتوانی در حرکت دست ها.
 کوری یا مشکل جدی بینایی
 کری یا مشکل جدی شنوایی
 مشکل سلامت روانی، از جمله افسردگی یا اسکیزوفرنی، ناتوانی در یادگیری،
 (از جمله سیندرم داون یا دیسلکسی) یا ناتوانی ادراکی (مثل خودگرایی یا صدمات مغزی)
 بیماری های دراز مدت مثل سرطان، HIV ، دیابت، بیماری مزمن قلبی یا صرع.
 سایر عوارض جسمی یا روانی

اگر برای تکمیل این نظرسنجی به کمک نیاز دارید، لطفاً با PALS با شماره تلفن رایگان 08005878818 تماس بگیرید.