**استطلاع تجارب المرضى الحاصلين على رعاية أولية**

**[NAME OF OFFICE/CLINIC] استطلاع تجارب المرضى**

ندعوك للمشاركة في هذا الاستطلاع لأنك قمت مؤخرًا بزيارة إلى [NAME OF OFFICE/ CLINIC]. سوف تساعدنا إجاباتك على الأسئلة في هذا الاستطلاع على تحسين الرعاية التي نقدمها. يتكون الاستطلاع من ستة أقسام، ويستغرق استكماله 5 دقائق تقريبًا.

المشاركة في هذا الاستطلاع طوعية تمامًا وسوف يتم الاحتفاظ بسرية جميع الإجابات على أسئلة الاستطلاع.

**A. هل تكمل هذا الاستطلاع بنفسك أو نيابة عن شخص آخر؟**

 🌕أنا أكمل هذا الاستطلاع بنفسي.

 🌕أنا أكمل هذا الاستطلاع نيابة عن شخص آخر.

**B. إذا كنت تكمل هذا الاستطلاع نيابة عن شخص آخر، من هو الشخص الذي تكمل الاستطلاع نيابة عنه؟**

 🌕أنا أكمل الاستطلاع نيابة عن أحد أفراد العائلة أو صديق.

 🌕أنا أكمل هذا الاستطلاع نيابة عن مريض أو عميل.

🌕 آخر *(حدِّد من فضلك صلة القرابة مع المريض، وليس اسمك):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**القسم** **1: الاتصال بنا**

**Q1** كيف كان ترتيب الموعد لآخر زيارة قمت بها؟

🌕 لم أحصل على موعد - دخلت فقط **(انتقل إلى السؤال 2b)**

 🌕اتصلت ورتبت الموعد.

 🌕أرسلت رسالة بريد إلكتروني ورتبت الموعد.

 🌕رتبت الموعد في آخر زيارة لي.

 🌕أنتم اتصلتم بي لترتيب موعد.

🌕 آخر *(حدِّد من فضلك):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q**2 | **قيما يتعلق بزيارتك الأخيرة، على مقياس من ردئ إلى ممتاز، كيف تقيِّم الآتي...؟** | رديء | مقبول | جيد | جيد جدًا | ممتاز |
| a. | المدة الزمنية المستغرقة بين ترتيب موعدك والزيارة التي قمت بها للتو. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | تجربتك بوجه عام حول الوصول إلى المكتب/العيادة | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**القسم** 2: **الوصول إلى والانتظار في المكتب/العيادة**

**ما زال الموضوع يتعلق بزيارتك الأخيرة...**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q**3 | **على مقياس من رديء إلى ممتاز، كيف تقيِّم الآتي...؟** | رديء | مقبول | جيد | جيد جدًا | ممتاز |
| a. | المدة الزمنية التي في قاعة الاستقبال/الانتظار.  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | تجربتك بوجه عام مع موظفي الاستقبال.  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | المدة الزمنية التي كان عليك أن تمضيها في غرفة المعاينة قبل أن تتحدث مع مزود الرعاية الصحية حول سبب زيارتك | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**القسم** 3: **موعدك**

**ما زال الموضوع يتعلق بزيارتك الأخيرة**...

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q**4 | **فيما يتعلق بمزود الرعاية الصحية الرئيسي الذي تحدثت معه أثناء الزيارة، على مقياس رديء إلى ممتاز، كيف تقيِّم هذا الشخص حول الآتي...؟** | رديء | مقبول | جيد | جيد جدًا | ممتاز |
| a. | كان يعرف عن تاريخك الطبي.  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | استمع لمخاوفك.  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | تحدث بلغة كان بإمكانك أن تفهمها.  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | وضَّح أشياء بطريقة كان يسهل فهمها. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| e. | كان متعاطفًا مع الاحتياجات والأولويات. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| f. | تعامل معك باحترام وتقدير. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| g. | قدم لك تعليمات واضحة حول ما يلزمك القيام به بعد الزيارة.  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| h. | تجربتك بوجه عام في التحدث مع مزود الرعاية الصحية حول سبب زيارتك. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**القسم** 4: **تجربتك بوجه عام في آخر زيارة لك**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q**5 | **قيما يتعلق بزيارتك الأخيرة، على مقياس من ردئ إلى ممتاز، كيف تقيِّم الآتي...؟** | رديء | مقبول | جيد | جيد جدًا | ممتاز |
| a. | المواعيد النهائية للمكتب/العيادة بوجه عام | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | الراحة المادية في المكتب/العيادة بوجه عام. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | ثقتك بالطبيب/مزود (مزودي) الرعاية الصحية الذين قابلتهم أثناء الزيارة | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | ثقتك بأن معلوماتك الصحية كان يتم التعامل معها بمستوى الخصوصية الذي تتوقعه. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| e. | تجربتك بوجه عام في الزيارة التي قمت بها إلينا. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**القسم** 5: **تجاربك في زيارتنا في السنة الماضية تقريبًا.**

أول سؤالين في الأسفل مشابهان للسؤالين الذين تم طرحهما من قبل. ومع ذلك، بدلًا من التفكير بزيارتك الأخيرة، نريد منك أن تفكر بطريقة أوسع... حول تجاربك معنا **في السنة الماضية تقريبًا**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Q**6 | **آخر مرة كنت مريضًا او قلقًا من مشكلة صحية...** |
| a. | هل حصلت على موعد في التاريخ الذي ترغب فيه. | 🌕 نعم | 🌕 لا |
| b. | كم يومًا مضى من أول محاولة لك لزيارة الطبيب أو الممرض الممارس وحتى الزيارة الفعلية للطبيب/الممرض أو شخص آخر في مكتبه؟ | 🌕 نفس اليوم🌕 اليوم التالي🌕 2-19 يومًا (أدخل عدد الأيام: \_\_\_\_\_)🌕 20 يومًا أو أكثر🌕 غير مطبق (لا يعرف/رفض) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q**7 | **عندما قابلت طبيبك أو الممرض الممارس، كم مرة كانوا هم أو شخص آخر في المكتب…؟** | أبدًا | نادراً | أحيانًا | غالبًا | دائمًا |
| a. | يمنحك فرصة لتوجيه أسئلة حول علاج موصى به. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | يشاركك بقدر ما تريد لاتخاذ قرارات حول رعايتك وعلاجك. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | يمضى وقتًا كافيًا معك. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Q**8 | **في السنة الماضية تقريبًا...** |
| a. | هل تلقيت رعاية من مزود (مزودي) رعاية صحية في مكان **غير هذا المكان؟** | 🌕 نعم**(اذهب إلى السؤال 5.4)** | 🌕 لا**(انتقل إلى السؤال 5.5)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q**9 | **فيما يتعلق بمزود (مزودي) الرعاية الصحية الذين قمت بزيارتهم في أماكن مختلفة وتلقيت رعاية صحية في السنة الماضية تقريبًا، كم مرة...؟** | أبدًا | نادرًا | أحيانًا | غالبًا | دائمًا |
| a. | كان كل واحد منهم يبدو بأنه على علم بتاريخك الطبي.  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | كان كل واحد منهم يبدو بأن لديه نتائج فحوصاتك ومعاينتك. الأخيرة؟ | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | كانوا متوافقين فيما أخبروك عنه حول رعايتك وعلاجك. | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | كان يبدو أنهم يعملون معًا كما ينبغي في تقديم الرعاية لك.  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q10** | **حول مسألة أخرى، في آخر مرة كنت بحاجة لرعاية طبية في المساء أو في عطلة نهاية الأسبوع أو في يوم عطلة رسمية، كم كان مدى سهولة حصولك على الرعاية بدون الذهاب إلى قسم الطوارئ؟** | صعب للغاية 🌕 | صعب نوعًا ما 🌕  | سهل نوعًا ما 🌕  | سهل للغاية 🌕 | غير مطبق 🌕  |

**القسم** 6: **الحالة/الخصائص السكانية**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q11** |  عمومًا، كيف تقيِّم وضعك الصحي بوجه عام؟ | رديء 🌕 | مقبول 🌕  | جيد 🌕  | جيد جدًا 🌕  | ممتاز 🌕  |

**Q**12كم مدة زيارتك لنا من أجل الرعاية الصحية

🌕 أقل من ستة شهور

🌕 بين ستة شهور وسنة

🌕 بين شهر واحد وثلاث سنوات

🌕 بين ثلاثة شهور وخمس سنوات

🌕 أكثر من خمس سنوات

**Q**13باستخدام أفضل تخمين لديك، كم مرة قمت بزيارتنا في السنة الماضية تقريبًا من أجل الرعاية الطبية الخاصة بك؟

🌕 مرة واحدة

🌕 مرتان

🌕 ثلاث مرات

🌕 أربع مرات

🌕 خمس مرات أو أكثر

**Q**14هل توصي بخدماتنا لأفراد عائلتك أو أصدقائك؟ أشر على دائرة **واحدة** فقط.

🌕 بالتأكيد لا

🌕 على الأرجح لا

🌕 على الأرجح نعم

🌕 بالتأكيد نعم

**إذا رغبت بتقديم ملاحظات إضافية،**

**من فضلك، استخدم المساحة في الأسفل.**

**ملاحظات (اختياري)**

فيما يتعلق بتجربتك مع المكتب/العيادة بوجه عام، ما هما ...؟

a. الشيئان اللذان تم تنفيذهما كما ينبغي على نحو خاص:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. الشيئان اللذان يمكن تحسينهما؟

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل يوجد أي معلومات إضافية أو ملاحظات ترغب بمشاركتها معنا والتي يمكن أن تساعدنا على تحسين الطريقة التي نقدم بها الرعاية؟

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**شكراً لك على إكمال استطلاعنا**