

## نظرسنجی تجربه بیمار از مراقبت‌های اولیه

### نظرسنجی تجربه بیمار [NAME OF OFFICE/CLINIC]

با توجه به این که اخیراً به [NAME OF OFFICE/ CLINIC] مراجعه کرده‌اید، از شما دعوت می‌شود در این نظرسنجی شرکت کنید. پاسخ شما به پرسش‌های این نظرسنجی به بهبود خدمات مراقبتی ما کمک خواهد کرد. این نظرسنجی شش بخش دارد و تکمیل آن تقریباً 5 دقیقه طول می‌کشد.

شرکت در نظرسنجی کاملاً اختیاری است و پاسخ شما به تمام پرسش‌های آن محرمانه خواهد ماند.

#### A. نظرسنجی را برای خود تکمیل می‌کنید یا برای فرد دیگری؟

- نظرسنجی را برای خودم تکمیل می‌کنم
- نظرسنجی را برای فرد دیگری تکمیل می‌کنم

#### B. اگر نظرسنجی را برای فرد دیگری تکمیل می‌کنید، آن فرد کیست؟

- نظرسنجی را برای یکی از اعضای خانواده یا دوستان تکمیل می‌کنم
- نظرسنجی را برای بیمار یا موکل خود تکمیل می‌کنم
- سایر موارد (لطفاً رابطه خود را با بیمار نکر کنید، نکر نام ضروری نیست): \_\_\_\_\_

### بخش 1: تماس با ما

- 1Q- چگونه برای آخرین ملاقات خود وقت گرفتید؟
- وقت نگرفتم، بدون وقت قبلی مراجعه کردم (یک راست به پرسش b2Q رجوع کنید)
  - طی تماس تلفنی وقت گرفتم
  - با ارسال ایمیل وقت گرفتم
  - در آخرین ملاقات وقت گرفتم
  - شما با من تماس گرفتید و وقت ملاقات را تعیین کردید
  - سایر موارد (لطفاً مشخص کنید): \_\_\_\_\_

2Q	به آخرین ملاقات خود فکر کنید و از ضعیف تا عالی به موارد زیر امتیاز دهید...				
	نامناسب	مناسب	خوب	خیلی خوب	عالی
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### بخش 2: رسیدن و انتظار در مطب/کلینیک

باز هم در مورد آخرین ملاقات خود فکر کنید...

3Q	از ضعیف تا عالی چه امتیازی به موارد زیر می‌دهید...؟				
	نامناسب	مناسب	خوب	خیلی خوب	عالی
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### بخش 3: در حین ملاقات

باز هم در مورد آخرین ملاقات خود فکر کنید...

4Q	به فرد «اصلی» ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی که در طول مدت ملاقات با او حرف زدید فکر کنید و از ضعیف تا عالی به این موارد از عملکرد وی امتیاز دهید...				
	نامناسب	مناسب	خوب	خیلی خوب	عالی
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**بخش 4: تجربه کلی شما در آخرین ملاقات**

5Q	به آخرین ملاقات خود فکر کنید و از ضعیف تا عالی به موارد زیر امتیاز دهید...	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	عالی
a.	نظافت کلی مطب/کلینیک	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	آسایش کلی مطب/کلینیک به لحاظ فیزیکی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	اعتماد شما به پزشک یا فرد یا افراد ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی که در طول ملاقات با آنها روبه‌رو شدید	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	اعتماد به این که اطلاعات مربوط به سلامت شما در همان سطح محرمانگی مورد انتظار شما حفظ شده است	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	تجربه کلی شما در ملاقاتی که با ما داشته‌اید	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**بخش 5: تجارب شما در ملاقات با ما در طول یک سال گذشته یا مدت مشابه**

چند پرسش اول این بخش شبیه پرسش‌های قبلی است. اما از شما می‌خواهیم به جای فکر کردن به آخرین ملاقات، کلی‌تر فکر کنید و تجربه خود را در یک سال گذشته یا مدت مشابه بیان کنید.

6Q	آخرین باری که بیمار شدید یا نگران سلامتی خود بودید...
a.	در تاریخی که می‌خواستید وقت ملاقات گرفتید؟
b.	از زمانی که اولین بار می‌خواستید به پزشک یا پرستار متخصص خود مراجعه کنید تا زمانی که توانستید با وی یا فرد دیگری در مطب وی ملاقات داشته باشید چند روز طول کشید؟
	<input type="radio"/> همان روز <input type="radio"/> روز بعد <input type="radio"/> 2 تا 19 روز (تعداد روز را وارد کنید: _____) <input type="radio"/> 20 روز یا بیشتر <input type="radio"/> غیر مرتبط (نمی‌دانم/پاسخ نمی‌دهم)

7Q	زمانی که پزشک یا پرستار متخصص خود را می‌بینید، چه مواقعی موارد زیر را در مطب انجام می‌دهد...؟	همچ وقت به ندرت به گاهی اوقات اکثر اوقات همیشه
a.	به شما فرصت می‌دهد درباره درمان پیشنهادی سؤال بپرسید	<input type="radio"/>
b.	به اندازه‌ای که دوست دارید شما را در تصمیم‌گیری درباره درمان و مراقبت‌های بهداشتی سهیم می‌کند	<input type="radio"/>
c.	به اندازه کافی برای شما وقت می‌گذارد	<input type="radio"/>

8Q	در طول یک سال گذشته یا مدت مشابه...
a.	از فرد یا افراد ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی در جایی به غیر از این مطب خدماتی دریافت کرده‌اید؟
	<input type="radio"/> خیر (یک راست به پرسش 5-5Q) <input type="radio"/> بله (به پرسش 4-5Q رجوع)

رجوع کنید)	کنید)		
------------	-------	--	--

9Q	به افراد ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی که در یک سال گذشته یا مدت مشابه در مراکز مختلف دیده‌اید فکر کنید، چه قدر موارد زیر صحت دارد...؟	همچ وقت	به ندرت	گاهی اوقات	اکثر اوقات	همیشه
a.	چه قدر به نظر می‌آمد درباره سابقه پزشکی شما بدانند؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	چه قدر به نظر می‌آمد نتایج آزمایش‌ها یا آزمون‌های اخیر شما را داشته باشند؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	چه قدر بدون تناقض درباره درمان و مراقبت‌های بهداشتی با شما صحبت می‌کردند؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	چه قدر به نظر می‌آمد که در ارائه مراقبت‌های شما به خوبی با یکدیگر کار کنند؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10Q	از نقطه نظر دیگر، آخرین باری که خارج از ساعات اداری به مراقبت‌های پزشکی نیاز داشتید (مثلاً در تعطیلات آخر هفته یا تعطیلات عمومی)، دسترسی به مراقبت‌های مورد نظر بدون مراجعه به اورژانس تا چه حد آسان بود؟	بسیار دشوار	تا حدی دشوار	تا حدی راحت	بسیار راحت	غیر مرتبط
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**بخش 6: سوابق/مشخصات آماری**

11Q	به طور کلی چه نمره‌ای به سلامت کلی خود می‌دهید؟	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	عالی
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12Q** چه مدتی است که برای مراقبت‌های بهداشتی به ما مراجعه می‌کنید؟

- کمتر از شش ماه
- بین شش ماه تا یک سال
- بین یک تا سه سال
- بین سه تا پنج سال
- بیش از پنج سال

**13Q** فکر می‌کنید در طول یک سال گذشته یا مدت مشابه چند بار برای مراقبت‌های پزشکی به ما مراجعه کرده‌اید؟

- یک بار
- دو بار
- سه بار

- چهار بار
- پنج بار یا بیشتر

**14Q** حاضرید خدمات ما را به اعضای خانواده یا دوستان خود معرفی کنید؟ فقط یک مورد را علامت بزنید.

- به هیچ معرفی نمی‌کنم
- شاید معرفی نکنم
- شاید معرفی کنم
- حتماً معرفی می‌کنم

### لطفاً سایر نظرات خود را در بخش زیر قید کنید:

#### نظر (اختیاری)

به تجربه کلی خود در رابطه با این مطب/کلینیک فکر کنید و به این موارد پاسخ دهید...

الف) دو کاری که خیلی خوب انجام شده است:

(1)

---

(2)

---

ب) دو مورد که قابل بهبود باشد:

(1)

---

(2)

---

اطلاعات یا نظرات دیگری نیز دارید که بخواهید در اختیار ما قرار دهید و ما را در ارائه مراقبت‌های بهداشتی یاری دهد؟

---

---

---

---

از این که نظرسنجی را تکمیل کردید سپاسگزاریم.