ชุดคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลออสเตรเลีย

คำแนะนำข้อความสำหรับการสำรวจทางไปรษณีย์และออนไลน์

เราขอเชิญคุณเข้าร่วมการสำรวจผู้ป่วยซึ่งได้รับการออกแบบไว้สำหรับใช้ในออสเตรเลียเพื่อวัดประสบการณ์ของผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล ความเห็นของคุณมีความสำคัญมากในการช่วย **[ใส่ชื่อองค์กร]** และ คณะกรรมาธิการออสเตรเลียด้านความปลอดภัยและคุณภาพในการดูแลสุขภาพ (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care) ระบุสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นต้องปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วยของเรา นอกจากนี้ ความเห็นของคุณยังจะช่วย **[ใส่ชื่อองค์กร]** ในการแบ่งปันสิ่งที่ค้นพบกับโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติที่ดีที่สุดและการปรับปรุงที่ต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ **[X]** นาทีในการตอบ แบบสอบถาม

โดยการเข้าร่วมในการสำรวจนี้ คุณกำลังให้ความยินยอมเพื่อเข้าร่วมการสำรวจ ข้อมูลที่คุณให้จะได้รับการสงวนเป็นความลับ และจะไม่ถูกนำไปใช้ในการลงมติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของคุณ คุณมีสิทธิที่จะถอนตัวออกเมื่อใดก็ได้ หากคุณรู้สึกอึดอัดในการที่จะต้องตอบคำถาม ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยจะถูกลบออกจากรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับผลของการสำรวจ และจะรวมผู้ป่วยหลายรายเข้าด้วยกันเพื่อแสดงรูปแบบโดยรวม คือมิใช่เป็นการตอบสนองของแต่ละบุคคล

หากคุณมีปัญหาหรือคำถามใดๆ ในการตอบคำถามเหล่านี้ โปรดโทรศัพท์ไปที่ **[ใส่ชื่อองค์กรและรายละเอียดการติดต่อ]**

|  | คำถาม | ตัวเลือกในการตอบ |
| --- | --- | --- |
| **1** | ความเห็นและความกังวลของฉันได้รับการรับฟัง | เสมอ  ส่วนใหญ่  บางครั้ง  นานๆ ครั้ง  ไม่เลย  ไม่เกี่ยว |
|  |  |  |
| **2** | ความต้องการของฉันได้รับการตอบสนอง  *[*ถ้าคำตอบคือ เสมอ/ส่วนใหญ่ โปรดข้ามไปที่คำถามข้อ *4]* | เสมอ  ส่วนใหญ่  บางครั้ง  นานๆ ครั้ง  ไม่เลย |
|  |  |  |
| **3** | เมื่อไม่ได้รับการตอบสนอง ตามที่ต้องการ เจ้าหน้าที่จะอธิบายให้ทราบว่าเป็นเพราะเหตุใด | เสมอ  ส่วนใหญ่  บางครั้ง  นานๆ ครั้ง  ไม่เลย |
|  |  |  |
| **4** | ฉันรู้สึกว่าฉันได้รับการดูแล | เสมอ  ส่วนใหญ่  บางครั้ง  นานๆ ครั้ง  ไม่เลย |
|  |  |  |
| **5** | ฉันมีส่วนเกี่ยวข้องเท่าที่ฉันต้องการในการลงมติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการดูแลตัวฉัน | เสมอ  ส่วนใหญ่  บางครั้ง  นานๆ ครั้ง  ไม่เลย |
| **6** | ฉันได้รับแจ้งให้ทราบเท่าที่ฉันต้องการเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลและการดูแลตัวฉัน | เสมอ  ส่วนใหญ่  บางครั้ง  นานๆ ครั้ง  ไม่เลย |
|  |  |  |
| **7** | เท่าที่ฉันสามารถบอกได้ เจ้าหน้าที่ที่ดูแลฉันสื่อสารระหว่างกันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉัน | เสมอ  ส่วนใหญ่  บางครั้ง  นานๆ ครั้ง  ไม่เลย  ไม่เกี่ยว |
|  |  |  |
| **8** | ฉันได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามที่ฉันต้องการ | เสมอ  ส่วนใหญ่  บางครั้ง  นานๆ ครั้ง  ไม่เลย  ไม่เกี่ยว |
|  |  |  |
| **9** | เวลาที่ฉันอยู่ในโรงพยาบาล ฉันรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยของการรักษาพยาบาลและการดูแลตัวฉัน | เสมอ  ส่วนใหญ่  บางครั้ง  นานๆ ครั้ง  ไม่เลย |
|  |  |  |
| **10** | ฉันได้ประสบกับอันตรายหรือความทุกข์โดยไม่คาดฝันอันเป็นผลเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลหรือการดูแลตัวฉัน  *[*หากคำตอบคือ ไม่ โปรดข้ามไปที่คำถามข้อ *12]* | ใช่อันตรายทางกาย  ใช่ ความทุกข์ทางอารมณ์  ใช่ ทั้งสองอย่าง  ไม่ใช่ |
|  |  |  |
| **11** | เจ้าหน้าที่หารืออันตรายหรือความทุกข์ของฉันกับ | หารือ  ไม่มีการหารือ  ไม่แน่ใจ  ไม่ต้องการหารือ |
|  |  |  |
| **12** | โดยรวม คุณภาพของการรักษาพยาบาลและการดูแลที่ฉันได้รับอยู่ในเกณฑ์: | ดีมาก  ดี  ปานกลาง  แย่  แย่มาก |