

[Plats för samordningsförbundets egen logotyp. Om egen logotyp inte används tas denna textruta bort.]

**คุณรู้สึกอย่างไรกับการช่วยเหลือและสนับสนุนที่คุณได้รับในการดำเนินกิจการนี้**

คุณได้เข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในกิจการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมประสานงานเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงาน เราต้องการทราบว่า คุณรู้สึกว่าการช่วยเหลือและสนับสนุนที่คุณได้รับในการดำเนินกิจการนั้นได้ผลเป็นอย่างไรบ้าง

เรายินดีรับฟังความคิดเห็นของคุณ!

ขอให้พยายามตอบคำถามทั้งหมดอย่างตรงไปตรงมาที่สุด การตอบคำถามนั้นเป็นไปโดยสมัครใจและคุณไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล หากคุณไม่ต้องการตอบ คุณยังสามารถส่งคืนแบบสอบถามโดยไม่ต้องตอบก็ได้ โปรดส่งคืนแบบสอบถามในซองที่แนบมาด้วย

คำตอบของแบบสอบถามจะได้รับการจัดการข้อมูลแบบไม่ระบุตัวตน ซึ่งหมายความว่าจะไม่มีใครสามารถถูกระบุตัวตนได้

**หากมีคำถามหรือข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับแบบสอบถาม และวิธีรวบรวม****คำตอบของแบบสอบถามโปรดติดต่อ:**

**[Namn på kontaktperson]**[Kontaktpersonens funktion samt samordningsförbundets namn]หมายเลขโทรศัพท์: [telefonnummer] อีเมล: [e-mejladress]

ในการตอบแบบสอบถาม คุณยังมีโอกาสที่จะตั้งคำถามกับผู้ที่แจกแบบสอบถามได้ด้วย

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือ!

**ผู้ตอบแบบสอบถาม**

**การทำแบบสอบถามในครั้งนี้ เราต้องการทราบว่า คุณรู้สึกว่าการช่วยเหลือและสนับสนุนที่คุณได้รับในการดำเนินกิจการนั้นเป็นอย่างไรบ้าง**

**เลือกช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุดในแต่ละคำถาม**

**หากคุณไม่ต้องการตอบหรือไม่ทราบคำตอบของคำถามข้อใด คุณสามารถข้ามคำถามข้อนั้นไปได้**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| เกี่ยวกับคุณ: | เพศหญิง  | เพศชาย  | ไม่ต้องการตอบ/ไม่มีตัวเลือกที่เหมาะสม  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ไม่เคยเลย | นาน ๆ ครั้ง | บางครั้ง | บ่อยครั้ง | เกือบทุกครั้ง | ทุกครั้ง |
| **1** | คุณได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในลักษณะที่เป็นประโยชน์ต่อคุณมากใช่หรือไม่ |  |  |  |  |  |  |
| **2** | คุณมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่า จะได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนอะไรบ้างใช่หรือไม่ |  |  |  |  |  |  |
| **3** | ระยะเวลาในการช่วยเหลือและสนับสนุนที่คุณได้รับนั้นเพียงพอกับความต้องการหรือไม่ |  |  |  |  |  |  |
| **4** | การช่วยเหลือและสนับสนุนนี้ได้ช่วยคุณในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานสาธารณสุขหรือไม่ |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ไม่เห็นด้วยเลย | | เห็นด้วย  ส่วนน้อย | | เห็นด้วยบางส่วน | เห็นด้วย  ส่วนมาก | เห็นด้วย  อย่างยิ่ง | | เห็นด้วย  ทั้งหมด |
| **5** | การช่วยเหลือและสนับสนุนที่คุณได้รับช่วยให้คุณพัฒนาวิธีจัดการกับสถานการณ์ของคุณหรือไม่ | |  | |  |  |  |  |  | | |
| **6** | คุณรู้สึกพร้อมที่จะทำงานหรือเรียนมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนที่คุณจะติดต่อกับเราใช่หรือไม่ | |  | |  |  |  |  |  | | |
| **7** | **คุณรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ได้ใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ ความรู้และทัศนคติของคุณหรือไม่** | |  | |  |  |  |  |  | | |