

সার্ভিস সম্পর্কে আপনার অভিজ্ঞতা প্রাথমিক স্বাস্থ্য নেটওয়ার্ক জরিপ

(Your Experience of Service Primary Health Network [YES PHN] Survey)

আপনার মতামত গুরুত্বপূর্ণ। এই প্রশ্নপত্রটি সেবা গ্রাহকদের নিয়ে তৈরি করা হয়েছিল। এটার উদ্দেশ্য হচ্ছে সরবরাহকারী এবং গ্রাহকদের আরও ভাল সার্ভিস গড়ে তোলার স্বার্থে একসাথে কাজ করতে সহায়তা করা। এই জরিপ সম্পূর্ণ করা ঐচ্ছিক। এই জরিপের মাধ্যমে সংগৃহীত সকল তথ্যাদি বেনামী। সংগৃহীত কোন তথ্য আপনাকে সনাক্ত করার কাজে ব্যবহার করা হবেনা। আপনি যদি সকল প্রশ্নের উত্তর দিতে পারেন তাহলে তা সহায়ক হবে, কিন্তু আপনি যদি কোনো প্রশ্নের উত্তর দিতে না চান তাহলে অনুগ্রহপূর্বক সেই প্রশ্ন খালি রাখতে পারেন।

অনুগ্রহ করে প্রতিটি প্রশ্নের জন্য শুধুমাত্র একটি বক্সে একটি করে ক্রস দিন, এভাবে ...

<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	5

এই প্রশ্নগুলোতে জানতে চাওয়া হয়েছে নিম্নলিখিত কাজগুলো আমরা কতবার করেছি ...

গত 3 মাস অথবা এর চেয়ে কম সময়ের মধ্যে এই সার্ভিস থেকে আপনি যতটুকু সেবা পেয়েছেন তা কি ভেবে দেখেছেন, নিম্নোক্ত বিষয়গুলোতে আপনার অভিজ্ঞতা কি ছিল?

(প্রত্যেক প্রশ্নের জন্য একটি উত্তর বাছাই করুন)	কখনো না	কদাচিৎ	মাঝে মাঝে	সাধারনত	সবসময়ই	প্রযোজ্য নয়
১. এই সার্ভিসটি ব্যবহার করে আপনি স্বাচ্ছন্দ্য বোধ করেছেন	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
২. এই সার্ভিসটি ব্যবহার করে আপনি নিরাপদ বোধ করেছেন	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
৩. আপনার প্রয়োজনের সময় সার্ভিসটিতে প্রবেশাধিকার ছিল	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
৪. আপনি চাইলে আপনার পরিবার এবং বন্ধুগণকে আপনার সাপোর্ট বা সেবার সাথে জড়িত করার সুযোগ ছিল	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
৫. আপনি চাইলে স্টাফগন আপনাকে আপনার শারীরিক স্বাস্থ্য পরিচালনা করার জন্য তথ্য কিংবা পরামর্শ দিতে সক্ষম হয়েছিলেন।	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
৬. আপনার স্বতন্ত্রতা এবং মূল্যবোধকে সম্মান করা হয়েছিল (যেমন আপনার সংস্কৃতি, বিশ্বাস বা লিঙ্গ পরিচয়, ইত্যাদি)।	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
৭. এই সার্ভিসটি মতামত বা অভিযোগগুলি শুনেছে এবং যথাযথ পদক্ষেপ গ্রহণ করেছে।	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
৮. সার্ভিসটি সিদ্ধান্ত নেবার ক্ষেত্রে আপনার অধিকারকে সম্মান করেছিল	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
৯. বিদ্যমান সহায়তা অথবা সেবা আপনার চাহিদা পূরণ করেছিল	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

এই প্রশ্নগুলোতে জানতে চাওয়া হয়েছে কত ভালভাবে আমরা নিম্নোক্ত কাজগুলো করেছিলাম ...

গত 3 মাস অথবা এর চেয়ে কম সময়ের মধ্যে এই সার্ভিস থেকে আপনি যতটুকু সেবা পেয়েছেন তা বিবেচনা করে, নিম্নের বিষয়গুলোতে আপনার অভিজ্ঞতা কেমন ছিল ?

(প্রত্যেক প্রশ্নের জন্য একটি উত্তর বাছাই করুন)	ভাল না	মোটামুটি	ভাল	খুব ভাল	চমৎকার	প্রযোজ্য নয়
১০. আপনি চাইলে সমবয়সী কর্মী/ অনেক অভিজ্ঞতা সম্পন্ন কর্মীর এক্সেস পেতে পারতেন	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
১১. এই সার্ভিস সমন্ধে আপনি যেসব তথ্য পাবেন (যেমন, এই সার্ভিস কিভাবে কাজ করে, আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব সমূহ, কিভাবে মতামত দিতে হবে, ইত্যাদি)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
১২. আপনার যা যা প্রয়োজন ছিল (যেমন সহায়তা, সমন্বয় এবং পরবর্তী করণীয়) তার উপর ভিত্তি করে একটি পরিকল্পনা তৈরি করা	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ইউর এক্সপেরিয়েন্স অব সার্ভিস প্রাইমারী হেল্থ নেটওয়ার্ক জরিপ

শেষ ৩ মাস বা তার কম সময়ে এই সার্ভিস থেকে আপনার অভিজ্ঞতার ফলস্বরূপ নিচের বিষয় গুলো রেটিং করুন...

(প্রত্যেক প্রশ্নের জন্য একটি উত্তর বাছাই করুন)

	ভাল না	মোটামুটি	ভাল	খুব ভাল	চমৎকার
১৩. ভবিষ্যতে আপনার আশাবাদী হবার ক্ষেত্রে এই সার্ভিসের প্রভাব	<input type="radio"/> ১	<input type="radio"/> ২	<input type="radio"/> ৩	<input type="radio"/> ৪	<input type="radio"/> ৫
১৪. আপনার নিজের স্বাস্থ্য এবং ভাল থাকার বিষয়ে যত্নবান হবার জন্য আপনার দক্ষতা এবং কৌশলসমূহের উপরে এই সার্ভিসের প্রভাব	<input type="radio"/> ১	<input type="radio"/> ২	<input type="radio"/> ৩	<input type="radio"/> ৪	<input type="radio"/> ৫
১৫. প্রতি দিনের জীবনকে সুন্দর করে চালানোর ক্ষেত্রে আপনার সামর্থ্যের উপরে এই সার্ভিসের প্রভাব	<input type="radio"/> ১	<input type="radio"/> ২	<input type="radio"/> ৩	<input type="radio"/> ৪	<input type="radio"/> ৫
১৬. সামগ্রিকভাবে, শেষ ৩ মাসে এই সার্ভিসের অভিজ্ঞতাকে আপনি কিভাবে রেটিং করবেন?	<input type="radio"/> ১	<input type="radio"/> ২	<input type="radio"/> ৩	<input type="radio"/> ৪	<input type="radio"/> ৫

১৭. আমার অভিজ্ঞতা আরও ভাল হতে পারত যদি ...(লিখুন)

১৮. এই সার্ভিসের সবচেয়ে ভাল দিকগুলো ছিল ...(লিখুন)

জনসংখ্যা সম্পর্কিত প্রশ্নসমূহ

আমরা যদি কোন গ্রুপের লোকজন থেকে মতামত না পাই তবে এই সেকশনের তথ্য তা জানতে সাহায্য করে। যদি কিছু গ্রুপের লোকজনের অন্যদের চেয়ে ভাল বা খারাপ অভিজ্ঞতা থেকে থাকে এটা আমাদেরকে তাও বলে দেয়। এই বিষয়টি জানা থাকলে তা সার্ভিসকে উন্নত করার জন্য আমাদের প্রচেষ্টার উপর গুরুত্ব আরোপ করতে সাহায্য করবে। এই সেকশনে সংগৃহীত কোন তথ্য আপনাকে সনাক্ত করার কাজে ব্যবহার করা হবে না।

১৯. আপনার লিঙ্গ পরিচয় কি?	<input type="checkbox"/> ১ পুরুষ	<input type="checkbox"/> ২ মহিলা	<input type="checkbox"/> ৩ অন্যান্য
২০. আপনি বাসায় প্রধানত কোন ভাষায় কথা বলেন?	<input type="checkbox"/> ১ ইংরেজি	<input type="checkbox"/> ২ অন্যান্য	
২১. আপনার কি আদিবাসী অথবা টরেস স্ট্রেইট আইল্যান্ড বংশোদ্ভূত?	<input type="checkbox"/> ১ না	<input type="checkbox"/> ২ হ্যাঁ- আদিবাসী	<input type="checkbox"/> ৩ হ্যাঁ- টরেস স্ট্রেইট আইল্যান্ডার <input type="checkbox"/> ৪ হ্যাঁ- আদিবাসী এবং টরেস স্ট্রেইট আইল্যান্ডার
২২. আপনার বয়স কত?	<input type="checkbox"/> ১ ১৮ বছরের নীচে	<input type="checkbox"/> ২ ১৮ থেকে ২৪ বছর	<input type="checkbox"/> ৩ ২৫ থেকে ৪৪ বছর <input type="checkbox"/> ৪ ৪৫ থেকে ৬৪ বছর <input type="checkbox"/> ৫ ৬৫ বছর এবং উপরে
২৩. কত দিন যাবত আপনি সহায়তা পেয়ে আসছেন এই সার্ভিস থেকে?	<input type="checkbox"/> ১ ১ থেকে ২ সপ্তাহ	<input type="checkbox"/> ২ ৩ থেকে ৪ সপ্তাহ	<input type="checkbox"/> ৩ ১ থেকে ৩ মাস <input type="checkbox"/> ৪ ৪ থেকে ৬ মাস <input type="checkbox"/> ৫ ৬ মাসের বেশী
২৪. কে আপনাকে এই সার্ভিসে রেফার করেছিল?	<input type="checkbox"/> ১ পারিবারিক চিকিৎসক / জিপি	<input type="checkbox"/> ২ সেবিকা	<input type="checkbox"/> ৩ অন্য স্বাস্থ্য পেশাদার <input type="checkbox"/> ৪ নিজ <input type="checkbox"/> ৫ অন্যান্য, দয়া করে লিখুন
২৫. এই সার্ভিসটি বেছে নেয়ার ক্ষেত্রে আপনি কতটুকু জড়িত ছিলেন?	<input type="checkbox"/> ১ কোন ভাবেই জড়িত ছিলাম না	<input type="checkbox"/> ২ একটু জড়িত ছিলাম	<input type="checkbox"/> ৩ পুরোপুরি জড়িত ছিলাম
২৬. কেউ কি আপনাকে এই জরিপটি শেষ করতে সাহায্য করেছিল?	<input type="checkbox"/> ১ না	<input type="checkbox"/> ২ হ্যাঁ-পরিবার বা বন্ধু	<input type="checkbox"/> ৩ হ্যাঁ-সার্ভিস থেকে কেউ একজন <input type="checkbox"/> ৪ হ্যাঁ-অন্য কেউ

জরিপটি পূরণ করার ক্ষেত্রে সময় দেবার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। মনে রাখবেন, এই জরিপের কোন কিছু যদি আপনাকে মানসিক ভাবে কষ্ট দিয়ে থাকে, তাহলে আপনি আপনার স্থানীয় চিকিৎসক, মানসিক স্বাস্থ্যকর্মীর সাথে কথা বলুন, অথবা লাইফ লাইনকে ১৩ ১১ ১৪ নম্বরে কল করুন।