

प्राथमिक स्वास्थ्य नेटवर्क से सेवा प्राप्त करने का आपका अनुभव सर्वेक्षण

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

आपकी प्रतिक्रिया महत्वपूर्ण है। यह प्रश्नावली सेवा उपभोक्ताओं के साथ मिलकर तैयार की गई है। इसका उद्देश्य बेहतर सेवाओं के निर्माण के लिए प्रदाताओं और उपभोक्ताओं के साथ मिलकर काम करने में सहायता देना है। सर्वेक्षण का समापन स्वैच्छिक है। इस सर्वेक्षण में एकत्र की जाने वाली सभी जानकारी अनाम है। एकत्र की गई किसी भी जानकारी का उपयोग आपकी पहचान स्थापित करने के लिए नहीं किया जाएगा। यदि आप सभी प्रश्नों का उत्तर देंगे/देंगी, तो इससे सहायता मिलेगी, लेकिन यदि आप किसी प्रश्न का उत्तर नहीं देना चाहते/चाहती हैं तो कृपया उस प्रश्न को खाली छोड़ दें।

प्रत्येक प्रश्न के लिए कृपया केवल एक ही चौखाने में क्रॉस लगाएँ, जैसे ...

1	●	2	● X	3	●	4	●	5	●	5	●
---	---	---	-----	---	---	---	---	---	---	---	---

इन प्रश्नों में पूछा गया है कि हमने निम्नलिखित बातें कितनी बार की...

(प्रत्येक प्रश्न के लिए एक उत्तर का चयन करें)	पिछले 3 महीनों या इससे कम समय में इस सेवा से आपको प्राप्त हुई देखभाल के बारे में सोचते हुए निम्नलिखित क्षेत्रों में आपका क्या अनुभव था?					लागू नहीं
	कभी नहीं	शायद ही कभी	कभी-कभी	सामान्य रूप से	हमेशा	
1. आप इस सेवा का उपयोग करते समय अपना स्वागत महसूस कर पाए/पाई	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	
2. आप इस सेवा का उपयोग करते हुए सुरक्षित महसूस कर पाए/पाई	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	
3. आपको यह सेवा अपनी आवश्यकतानुसार सुलभ थी	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	
4. यदि आप चाहते/चाहती, तो आपके परिजन और दोस्तों के पास आपके समर्थन या देखभाल में शामिल होने के अवसर थे	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	● 9
5. यदि आप चाहते/चाहती, तो आपको अपने शारीरिक स्वास्थ्य का प्रबंध करने में मदद देने के लिए कर्मि जानकारी या सलाह देने में सक्षम थे	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	
6. आपके व्यक्तित्व और मान्यताओं का सम्मान किया गया (जैसे आपकी संस्कृति, आस्था या लैंगिक पहचान, आदि)	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	
7. इस सेवा ने प्रतिक्रियाओं या शिकायतों पर ध्यान दिया और उनका अनुपालन किया	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	
8. सेवा ने आपके निर्णय लेने के अधिकार का सम्मान किया	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	
9. उपलब्ध सहायता या देखभाल से आपकी आवश्यकताएँ पूरी हो पाई	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	

इन प्रश्नों में पूछा गया है कि हमने निम्नलिखित बातें कितनी अच्छी तरह से की...

(प्रत्येक प्रश्न के लिए एक उत्तर का चयन करें)	पिछले 3 महीनों या इससे कम समय में इस सेवा से आपको प्राप्त हुई देखभाल के बारे में सोचते हुए निम्नलिखित क्षेत्रों में आपका क्या अनुभव था?					लागू नहीं
	खराब	ठीक-ठाक	अच्छा	बहुत अच्छा	अति उत्कृष्ट	
10. आपकी इच्छानुसार एक सहकर्मि कार्यकर्ता/जीवंत अनुभव कार्यकर्ता की सुलभता	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	● 9
11. इस सेवा के बारे में आपके लिए उपलब्ध जानकारी (जैसे, सेवा कैसे काम करती है, आपके अधिकार और जिम्मेदारियाँ, प्रतिक्रिया कैसे दें, आदि)	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	
12. आपके साथ एक ऐसी योजना का विकास, जो आपकी सभी आवश्यकताओं पर विचार करे (जिसमें समर्थन, समन्वय और अनुवर्ती देखभाल शामिल है)	● 1	● 2	● 3	● 4	● 5	● 9

सेवा का आपका अनुभव पीएचएन सर्वेक्षण

पिछले 3 महीनों या इससे कम समय में सेवा के अपने अनुभव के परिणामस्वरूप कृपया निम्नलिखित का मूल्यांकन करें...

(प्रत्येक प्रश्न के लिए एक उत्तर का चयन करें)

खराब ठीक-ठाक अच्छा बहुत अच्छा अति उत्कृष्ट

	1	2	3	4	5
13. भविष्य के लिए आपकी आशा पर इस सेवा का प्रभाव	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. अपने स्वयं के स्वास्थ्य और कुशलता की देखभाल करने के लिए आपकी कुशलताओं और कार्यनीतियों पर इस सेवा का प्रभाव	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. अपने दैनिक जीवन का प्रबंधन करने की आपकी क्षमता पर इस सेवा का प्रभाव	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. कुल मिलाकर, आप पिछले 3 महीनों में इस सेवा के साथ अपने अनुभव का मूल्यांकन कैसे करेंगे/करेंगी?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. मेरा अनुभव बेहतर होता यदि... (यहाँ लिखें)

18. इस सेवा के बारे में सबसे अच्छी बातें थी... (यहाँ लिखें)

जनसाँख्यिकी-संबंधी प्रश्न

इस खंड की जानकारी हमें यह जानने में मदद देती है कि क्या हम लोगों के कुछ समूहों की प्रतिक्रिया को छोड़ तो नहीं रहे हैं। इससे हमें यह भी पता चलता है कि क्या कुछ समूह के लोगों को दूसरों की तुलना में बेहतर या खराब अनुभव हुआ है। यह जानकारी उपलब्ध होने से हमें सेवाओं को बेहतर बनाने के अपने प्रयासों पर ध्यान केंद्रित करने में मदद मिलती है। इस अनुभाग में एकत्र की गई किसी भी जानकारी का उपयोग आपकी पहचान स्थापित करने के लिए नहीं किया जाएगा।

19. आपकी लैंगिक पहचान क्या है?	<input type="checkbox"/> 1 पुरुष	<input type="checkbox"/> 2 स्त्री	<input type="checkbox"/> 3 अन्य _____		
20. आपके घर पर बोली जाने वाली मुख्य भाषा क्या है?	<input type="checkbox"/> 1 अंग्रेज़ी	<input type="checkbox"/> 2 अन्य _____			
21. क्या आप आदिवासी (एबोरिजनल) या टोरेस स्ट्रेट द्वीप मूल के/की हैं?	<input type="checkbox"/> 1 नहीं	<input type="checkbox"/> 3 हाँ - टोरेस स्ट्रेट द्वीपवासी	<input type="checkbox"/> 2 हाँ - आदिवासी	<input type="checkbox"/> 4 हाँ - आदिवासी और टोरेस स्ट्रेट द्वीपवासी	
22. आपकी आयु क्या है?	<input type="checkbox"/> 1 18 वर्ष से कम	<input type="checkbox"/> 3 25 से 44 वर्ष	<input type="checkbox"/> 5 65 वर्ष और इससे अधिक	<input type="checkbox"/> 2 18 से 24 वर्ष	<input type="checkbox"/> 4 45 से 64 वर्ष
23. आपको कब से इस सेवा से समर्थन या देखभाल मिल रही है?	<input type="checkbox"/> 1 1 दिन से 2 सप्ताह तक	<input type="checkbox"/> 3 1 से 3 महीने	<input type="checkbox"/> 5 6 महीने से अधिक	<input type="checkbox"/> 2 3 से 4 सप्ताह	<input type="checkbox"/> 4 4 से 6 महीने
24. इस सेवा के लिए आपको किसने संदर्भ दिया?	<input type="checkbox"/> 1 पारिवारिक चिकित्सक/जीपी	<input type="checkbox"/> 3 अन्य स्वास्थ्य पेशेवर	<input type="checkbox"/> 5 अन्य, कृपया इसमें लिखें	<input type="checkbox"/> 2 नर्स	<input type="checkbox"/> 4 स्वयं
25. आपको इस सेवा का चयन करने के निर्णय में किस सीमा तक शामिल किया गया था?	<input type="checkbox"/> 1 शामिल नहीं थे/थी	<input type="checkbox"/> 2 थोड़ा सा शामिल थे/थी	<input type="checkbox"/> 3 पूरी तरह से शामिल थे/थी		
26. क्या इस सर्वेक्षण को पूरा करने में किसी ने आपकी मदद की?	<input type="checkbox"/> 1 नहीं	<input type="checkbox"/> 3 हाँ - सेवा से कोई व्यक्ति		<input type="checkbox"/> 2 हाँ - परिवार या दोस्त	<input type="checkbox"/> 4 हाँ - कोई अन्य

इस सर्वेक्षण को पूरा करने में अपना समय देने के लिए धन्यवाद। याद रखें, यदि इस सर्वेक्षण में किसी भी बात से आपको संताप होता है, तो आप अपने स्थानीय चिकित्सक या मानसिक स्वास्थ्यकर्मी से बात कर सकते/सकती हैं या लाइफलाइन को 13 11 14 पर कॉल कर सकते/सकती हैं।