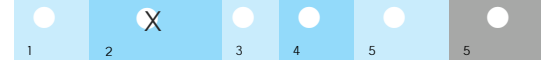


சேவைகள் குறித்த உங்களின் அனுபவம் - ஆரம்ப சுகாதார வலையமைப்பு ஆய்வு (Your Experience of Service Primary Health Network [YES PHN] Survey)

உங்கள் பின்னூட்டம் முக்கியமானதாகும். சேவை நுகர்வோருடன் இந்த கேள்விகளோடு உருவாக்கப்பட்டுள்ளது. சிறப்பான சேவைகளைக் கட்டியெழுப்புவதற்காக ஒன்றுபட்டுப் பணியாற்ற, வழங்குனருக்கும், நுகர்வோருக்கும் உதவுவதை இது இலக்காகக் கொண்டுள்ளது. இந்த ஆய்வைப் பூர்த்திசெய்வது அவரவர் விருப்பத்திற்குரியது. இந்த ஆய்வில் சேகரிக்கப்படும் தகவல்கள் யாவும் கொடுத்தவர் பெயரைக் கொண்டிருக்காது. சேகரிக்கப்பட்ட தகவல்கள் எதுவுமே உங்களை அடையாளம் காண்பதற்கு உபயோகிக்கப்படமாட்டாது. எல்லாக் கேள்விகளுக்கும் நீங்கள் பதிலளித்தால் அது உதவியாக இருக்கும், ஆனால் நீங்கள் பதிலளிக்க விரும்பாத எந்தவொரு கேள்வியையும் தயவுசெய்து நிரப்பாது வெற்றிடமாக விடுங்கள்.

ஒவ்வொரு கேள்விக்கும், ஒரு பெட்டியில் இதைப்போல தயவுசெய்து ஒரு புள்ளி இடவும். ..



பின்வரும் விடயங்களை எத்தனை தடவைகள் நாம் செய்தோமென இந்தக் கேள்விகள் கேட்கின்றன...

கடந்த 3 மாதங்கள் அல்லது அதிலும் குறைந்த காலத்தில் இந்த சேவைகளிலிருந்து நீங்கள் பெற்றுக்கொண்ட பராமரிப்பு குறித்து சிந்திக்கையில், பின்வரும் விடயங்களில் உங்களது அனுபவம் என்னவாக இருந்தது? (ஒவ்வொரு கேள்விக்கும் ஒரு பதிலைத் தெரிவுசெய்யுங்கள்)	ஒருபொழுதும் இல்லை	அரிதாக	சிலநேரங்களில்	வழமையாக	எப்பொழுதும்	பொருந்தாது
1. இந்த சேவையைப் பாவிக்கும்போது நீங்கள் வரவேற்கப்பட்டதாக உணர்ந்தீர்கள்	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. இந்த சேவையைப் பாவிக்கும்போது நீங்கள் பாதுகாப்பாக இருப்பதாக உணர்ந்தீர்கள்	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. உங்களுக்குத் தேவைப்பட்டபோது இந்தச் சேவை உங்களுக்குக் கிடைத்தது	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. நீங்கள் விரும்பினால், உங்களுக்கான ஆதரவு அல்லது பராமரிப்பில் உங்கள் உறவினர்களும், நண்பர்களும் ஈடுபடுவதற்கு உங்களுக்கு வாய்ப்புக்கள் இருந்தன	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9
5. நீங்கள் விரும்பியவேளையில், உங்களது உடல் ஆரோக்கியத்தை நிர்வகிப்பதற்கு உதவும் தகவல் அல்லது ஆலோசனையை உத்தியோகத்தர்கள் வழங்கக்கூடியதாக இருந்தது.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. உங்கள் தனித்துவம் மற்றும் விழுமியங்கள் மதிப்பளிக்கப்பட்டன (அதாவது, உங்கள் கலாச்சாரம், மதநம்பிக்கை அல்லது பாலின அடையாளம் போன்றவை)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. இந்தச் சேவையானது, பின்னூட்டம் அல்லது முறைப்பாடுகளுக்கு கவனமாகச் செவிமடுத்து அவற்றைப் பின்பற்றியது.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. முடிவுகளை எடுப்பதில் உங்களுக்கு உள்ள உரிமையை இந்தச் சேவை மதித்தது	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. கிடைக்கக்கூடிய ஆதரவு அல்லது பராமரிப்பு உங்கள் தேவைகளைப் பூர்த்திசெய்துள்ளது	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

பின்வரும் விடயங்களை நாம் எவ்வளவு சிறப்பாகச் செய்தோமென இந்தக் கேள்விகள் கேட்டின்றன...

கடந்த 3 மாதங்கள் அல்லது அதனிலும் குறைந்த காலத்திற்குள் இந்த சேவையிலிருந்து நீங்கள் பெற்றுக்கொண்ட பராமரிப்பு குறித்துச் சிந்திக்கையில், பின்வரும் விடயங்களில் தங்களின் அனுபவம் என்னவாக இருந்தது? (ஒவ்வொரு கேள்விக்கும் ஒரு பதிலைத் தெரிவுசெய்யுங்கள்)	போதாது	நியாயமானது	நல்லது	மிகவும் நல்லது	சிறப்பானது	பொருந்தாது
10. உங்களுக்குத் தேவைப்பட்டால், ஒரு சக வேலையாளர் / அனுபவப்பட்டறிவு வாய்ந்த வேலையாளரை அணுகுதல்	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9
11. இந்த சேவை பற்றி உங்களுக்குக் கிடைக்கக்கூடிய தகவல்கள் (அதாவது, எவ்வாறு இந்த சேவை செயற்படுகிறது, உங்களது உரிமைகள் மற்றும் பொறுப்புக்கள், எவ்வாறு பின்னூட்டம் வழங்குவது, போன்றவை)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12. உங்கள் தேவைகள் எல்லாவற்றையும் கருத்தில் கொள்ளும் ஒரு திட்டத்தை உங்களுடன் இணைந்து உருவாக்குதல் (ஆதரவு, ஒத்துழைப்பு மற்றும் தொடர் நடவடிக்கை உட்பட)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9

PHN (ஆரம்ப சுகாதார வலையமைப்பு) ஆய்வு சேவை பற்றிய உங்கள் அனுபவம்

கடந்த 3 மாதங்கள் அல்லது அதற்கும் குறைந்த காலத்தில் இந்தச் சேவையுடனான உங்களின் அனுபவத்தின் விளைவாக, தயவுசெய்து பின்வருவனவற்றை மதிப்பிடவும்...

(ஒவ்வொரு கேள்விக்கும் ஒரு பதிலைத் தெரிவுசெய்யுங்கள்)

	போதாது	நியாயமானது	நல்லது	மிகவும் நல்லது	சிறப்பானது
13. எதிர்காலத்திற்கான உங்கள் நம்பிக்கை உணர்வில் இந்த சேவை ஏற்படுத்திய பாதிப்பு	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
14. தங்களின் சொந்த ஆரோக்கியம் மற்றும் நல்வாழ்வினைக் கவனிப்பதற்கு, உங்களுடைய திறமைகள் மற்றும் உபாயங்களில் இந்த சேவை ஏற்படுத்திய தாக்கம்	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
15. தங்களின் அன்றாட வாழ்க்கையைச் சமாளிப்பதற்கான தங்களின் திறமையில் இந்த சேவை ஏற்படுத்திய தாக்கம்	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
16. ஒட்டுமொத்தமாக, கடந்த 3 மாதங்களில் இந்த சேவையுடனான உங்கள் அனுபவத்தை எவ்வாறு மதிப்பிடுவீர்கள்?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

17. (எழுதவும்) ஆல், எனது அனுபவம் சிறப்பானதாக இருந்திருக்கும்.

18. இந்த சேவைபற்றிய சிறப்பான விடயங்களாவன (எழுதவும்) ஆகும்.

குடிமக்கள் கணிப்பு தொடர்பான கேள்விகள்

சில மக்கள் குழுக்களிடமிருந்து கிடைக்கும் பின்னூட்டத்தை நாம் தவறவிடுகிறோமாவெனத் தெரிந்து கொள்வதற்கு இந்தப் பகுதியில் இருக்கும் தகவல்கள் எமக்கு உதவுகின்றன. ஏனையோரை விடவும் ஒரு சிறந்த அல்லது மோசமான அனுபவத்தை சில மக்கள் குழுக்கள் கொண்டுள்ளனவா என்பதையும் அது எமக்குத் தெரிவிக்கும். சேவைகளை மேம்படுத்துவதற்காக எமது முயற்சிகளில் கவனம் செலுத்துவதற்கு இதனை அறிந்திருப்பது எமக்கு உதவுகிறது. இந்தப் பகுதியில் சேகரிக்கப்பட்ட எந்தத் தகவல்களும் உங்களை அடையாளம் காண உபயோகிக்கப்படமாட்டாது.

19. உங்கள் பாலின அடையாளம் என்ன?	<input type="checkbox"/> 1 ஆண்	<input type="checkbox"/> 2 பெண்	<input type="checkbox"/> 3 ஏனையவை
20. வீட்டில் நீங்கள் பேசும் பிரதான மொழி என்ன?	<input type="checkbox"/> 1 ஆங்கிலம்	<input type="checkbox"/> 2 ஏனையவை	
21. நீங்கள் பூர்வீகமானவரா (Aboriginal) அல்லது ரொறெஸ் நீரிணை தீவைச் (Torres Strait Island) சேர்ந்தவரா?	<input type="checkbox"/> 1 இல்லை	<input type="checkbox"/> 2 ஆம் - பூர்வீகக்குடிமகன்	<input type="checkbox"/> 3 ஆம் - ரொறெஸ் நீரிணை தீவைச் சேர்ந்தவர் <input type="checkbox"/> 4 ஆம் - பூர்வீக மற்றும் ரொறெஸ் நீரிணை தீவைச் சேர்ந்தவர்
22. தங்கள் வயது என்ன?	<input type="checkbox"/> 1 18 ஆண்டுகளுக்குக் கீழானவர்	<input type="checkbox"/> 2 18 இலிருந்து 24 வருடங்கள்	<input type="checkbox"/> 3 25 இலிருந்து 44 வருடங்கள் <input type="checkbox"/> 4 45 இலிருந்து 64 வருடங்கள் <input type="checkbox"/> 5 65 வருடங்கள், அத்துடன் அதற்கும் மேற்பட்டவர்
23. இந்த சேவையிலிருந்து ஆதரவையோ அல்லது பராமரிப்பையோ எவ்வளவு காலமாக நீங்கள் பெற்று வருகிறீர்கள்?	<input type="checkbox"/> 1 1 நாளுக்கும் 2 வாரங்களுக்குமிடையில்	<input type="checkbox"/> 2 3 இலிருந்து 4 வாரங்கள்	<input type="checkbox"/> 3 1 க்கும் 3 மாதங்களுக்குமிடையில் <input type="checkbox"/> 4 4 இலிருந்து 6 வாரங்கள் <input type="checkbox"/> 5 6 மாதங்களுக்கும் மேலாக
24. இந்த சேவைக்கு உங்களைச் சிபாரிசு செய்தவர் யார்?	<input type="checkbox"/> 1 குடும்ப வைத்தியர்/ஜிபி	<input type="checkbox"/> 2 தாதி	<input type="checkbox"/> 3 வேறொரு சுகாதார உத்தியோகத்தர் <input type="checkbox"/> 4 நானேதான் <input type="checkbox"/> 5 ஏனையோர், தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்
25. இந்த சேவையைத் தேர்ந்தெடுப்பதில் எவ்வளவு ஈடுபாட்டுடன் இருந்தீர்கள்?	<input type="checkbox"/> 1 முற்றாகவே ஈடுபாடுகொண்டிருக்கவில்லை	<input type="checkbox"/> 2 ஒரு சிறிதளவு ஈடுபட்டுள்ளேன்	<input type="checkbox"/> 3 முற்றாக ஈடுபட்டுள்ளேன்
26. இந்த ஆய்வைப் பூர்த்தி செய்வதற்கு யாராவது ஒருவர் உங்களுக்கு உதவினாரா?	<input type="checkbox"/> 1 இல்லை	<input type="checkbox"/> 2 ஆம் - குடும்பம் அல்லது நண்பர்	<input type="checkbox"/> 3 ஆம் - இந்தச் சேவையிலிருந்து ஒருவர் <input type="checkbox"/> 4 ஆம் - வேறுயாராவது ஒருவர்

இந்த ஆய்வைப் பூர்த்தி செய்வதில் செலவான உங்கள் நேரத்திற்கு நன்றி. நினைவில் வைத்துக்கொள்ளுங்கள், இந்த ஆய்வில் ஏதேனும் ஒன்று உங்களை நிலைதடுமாறச் செய்திருந்தால், நீங்கள் உங்கள் உள்ளூர் வைத்தியர், உளநல பணியாளருடன் பேசுங்கள்; அல்லது 13 11 14 இல் உதவிக்கான தொலைத் தொடர்பில் (Lifeline) அழைக்கவும்.