

ການສຳຫຼວດຄວາມພໍໃຈຂອງໄວໜຸ່ມ

(YOUTH SATISFACTION SURVEY)

ພວກເຮົາຍາກຮູ້ວ່າທ່ານຄິດແນວໃດກ່ຽວກັບ ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການນຳໃຊ້ສານເສບຕິດ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ

ໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະໃຫ້ບໍລິການທີ່ດີທີ່ສຸດທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ບໍ່ຕ້ອງຂຽນຊື່ຂອງເຈົ້າໃສ່ໃນແບບສຳຫຼວດນີ້. ຄຳຕອບຂອງເຈົ້າຈະຖືກຈັດການຢ່າງເປັນຄວາມລັບ.

ພວກເຮົາຈະບໍ່ຮູ້ວ່າທ່ານຕອບ, ແຕ່ພວກເຮົາຈະທົບທວນຄືນຄຳຕອບຂອງ

ທ່ານເພື່ອບັບປຸງການບໍລິການຂອງພວກເຮົາ.

ພາກທີ 1: ກະລຸນາລະບຸວ່າທ່ານເຫັນດີ ຫຼື ບໍ່ເຫັນດີຫຼາຍປານໃດກັບແຕ່ລະຖະແຫຼງການຕໍ່ໄປນີ້ກ່ຽວກັບ ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການໃຊ້ສານເສບຕິດ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາ ໂດຍວົງການ ຕົວເລກທີ່ສະແດງຄວາມຄິດເຫັນທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງທ່ານ.

ຖ້າຄຳຖະແຫຼງກ່ຽວກັບບາງສິ່ງບາງຢ່າງທີ່ທ່ານບໍ່ເຄີຍມີປະສົບການ, ໃຫ້ຕອບ "ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ" ເພື່ອຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າມັນໃຊ້ບໍ່ໄດ້ກັບທ່ານ.

	ບໍ່ເຫັນດີ ຈັກນ້ອຍ	ບໍ່ເຫັນ ດີ	ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ	ເຫັນດີ	ເຫັນດີ ຢ່າງແຮງ	ບໍ່ສາມາດ ໃຊ້ໄດ້
1. ໂດຍລວມແລ້ວ, ຂ້ອຍພໍໃຈກັບການບໍລິການທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຮັບ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
2. ຂ້ອຍຊ່ວຍເລືອກການບໍລິການຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
3. ຂ້ອຍຊ່ວຍເລືອກເປົ້າໝາຍການປິ່ນປົວຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
4. ຄົນທີ່ຊ່ວຍຂ້ອຍຢູ່ຄຽງຂ້າງກັບຂ້ອຍ ບໍ່ວ່າຈະເປັນແນວໃດ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
5. ຂ້ອຍຮູ້ສຶກວ່າຂ້ອຍມີຄົນທີ່ຈະລົມກັບເມື່ອ ຂ້ອຍມີບັນຫາ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
6. ຂ້ອຍໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນການປິ່ນປົວຂອງຕົນເອງ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
7. ການບໍລິການທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຮັບແມ່ນເໝາະສົມສຳລັບຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
8. ສະຖານທີ່ບໍລິການແມ່ນສະດວກສຳລັບຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
9. ການບໍລິການແມ່ນມີຢູ່ໃນບາງຄັ້ງທີ່ ສະດວກສຳລັບຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
10. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຂ້ອຍຕ້ອງການ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
11. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍເທົ່າທີ່ຂ້ອຍຕ້ອງການ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
12. ພະນັກງານປະຕິບັດກັບຂ້ອຍດ້ວຍຄວາມເຄົາລົບ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
13. ພະນັກງານເຄົາລົບຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາ ຫຼື ທາງວິນຍານຂອງຄອບຄົວຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
14. ພະນັກງານເວົ້າກັບຂ້ອຍໃນແບບທີ່ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
15. ພະນັກງານມີຄວາມອ່ອນໄຫວຕໍ່ກັບວັດທະນະທຳ ຫຼື ພື້ນຖານຊົນເຜົ່າຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

ພາກທີ 2: ເປັນຜົນໂດຍກົງຂອງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຮັບໃນ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.....

	ບໍ່ເຫັນດີ ຈັກນ້ອຍ	ບໍ່ເຫັນ ດີ	ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ	ເຫັນດີ	ເຫັນດີ ຢ່າງແຮງ	ບໍ່ສາມາດ ໃຊ້ໄດ້
16. ຂ້ອຍດີຂຶ້ນໃນການຈັດການຊີວິດປະຈຳວັນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
17. ຂ້ອຍເຂົ້າກັນໄດ້ດີຂຶ້ນກັບສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
18. ຂ້ອຍເຂົ້າກັນໄດ້ດີຂຶ້ນກັບໝູ່ເພື່ອນ ແລະ ຄົນອື່ນໆ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
19. ຂ້ອຍຮຽນໃນໂຮງຮຽນ ແລະ/ຫຼື ເຮັດວຽກໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
20. ຂ້ອຍສາມາດຮັບມືກັບສິ່ງທີ່ຜິດພາດໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
21. ຂ້ອຍພໍໃຈກັບຊີວິດຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍໃນຕອນນີ້.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
22. ຂ້ອຍສາມາດເຮັດສິ່ງທີ່ຂ້ອຍຢາກເຮັດໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

ພາກທີ 3: ກະລຸນາຕອບກ່ຽວກັບຄວາມສຳພັນໃນບັດຈຸບັນທີ່ທ່ານມີກັບບຸກຄົນອື່ນນອກຈາກສຸຂະພາບຈິດຂອງທ່ານ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນຳໃຊ້ສານເສບຕິດ.

	ບໍ່ເຫັນດີ ຈັກນ້ອຍ	ບໍ່ເຫັນ ດີ	ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ	ເຫັນດີ	ເຫັນດີ ຢ່າງແຮງ	ບໍ່ສາມາດ ໃຊ້ໄດ້
23. ຂ້ອຍຮູ້ຈັກຄົນທີ່ຈະຟັງ ແລະ ເຂົ້າໃຈຂ້ອຍເມື່ອຂ້ອຍຈຳເປັນຕ້ອງເວົ້າ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
24. ຂ້ອຍມີຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສະດວກສະບາຍເວົ້າກັບບັນ ຫາຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
25. ໃນວິກິດການ, ຂ້ອຍຈະໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນທີ່ຂ້ອຍ ຕ້ອງການຈາກຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
26. ຂ້ອຍມີຄົນທີ່ຂ້ອຍສາມາດເຮັດສິ່ງທີ່ມີຄວາມສຸກໄດ້.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

ພາກທີ 4: ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບທ່ານເລັກນ້ອຍ.

27. ປະຈຸບັນທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການໃຊ້ສານເສບຕິດບໍ່?
 1 = ສຸຂະພາບຈິດທຳມັນ 3 = ສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ການໃຊ້ສານເສບຕິດ
 2 = ການໃຊ້ສານເສບຕິດທຳມັນ 4 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ
28. ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ດົນປານໃດ?
 1 = ໜ້ອຍກວ່າ 6 ເດືອນ 3 = 1 ປີ ຫາ 2 ປີ 5 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ
 2 = 6 ເດືອນຫາ 1 ປີ 4 = ຫຼາຍກວ່າ 2 ປີ
30. ທ່ານແມ່ນເພດຫຍັງ?
 1 = ເພດຍິງ 3 = ເພດຍິງຂ້າມເພດ 5 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ
 2 = ເພດຊາຍ 4 = ເພດຊາຍຂ້າມເພດ 6 = ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____)
31. ທ່ານມີອາຍຸຈັກ? _____ ປີ
32. ປະຫວັດເຊື້ອຊາດຂອງເຈົ້າແມ່ນຫຍັງ? (ກະລຸນາເລືອກທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)
 1 = ຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ 5 = ຊາວຜິວຂາວ/ຄົນຜິວໜັງ
 2 = ຄົນອາຊີ 6 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ

3= ຄົນຜູ້ວຽດນາ/ຄົນອາຟຣິກາກາເຊີອສາຍອາເມລິກາ
4= ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ

7= ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____)

33. ທ່ານເປັນຄົນເມັກຊິໂກ, ສະເປນ ຫຼື ລາຕິນບ໌?

1 = ແມ່ນແລ້ວ

2 = ບໍ່ແມ່ນ

3 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ

34. ປະຈຸບັນເຈົ້າອາໄສຢູ່ເມືອງໃດ? _____

35. ທ່ານມີຄຳເຫັນອື່ນໃດກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາບໍ?

ຂໍຂອບໃຈສຳລັບການໃຊ້ເວລາ ແລະ ການຮ່ວມມືໃນການເຮັດສຳເລັດການສຳຫຼວດນີ້ຂອງທ່ານ!

Office Use Only:

Survey ID: _____

Date Survey Received: ____/____/____

Program Enrollment Status: (select all that apply)

CCS

CST

FEP