

# ការស្ទង់មតិអំពីភាពពេញចិត្តរបស់គ្រួសារ

(FAMILY SATISFACTION SURVEY)

យើងចង់ដឹងថាអ្នកគិតយ៉ាងម៉េចអំពី សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង/ឬសេវាកម្មព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ដែលកូនអ្នកបានទទួល ក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ ដូច្នោះយើងអាចផ្តល់ជូនសេវាកម្មល្អបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលដែលមានទំនាក់ទំនងច្រើនជាងគេជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់កូនអ្នក គួរតែបំពេញការស្ទង់មតិនេះ។ សូមកុំសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើការស្ទង់មតិនេះ។ ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយសម្ងាត់។ យើងនឹងមិនដឹងថាតើអ្នកបានឆ្លើយតបឬអត់ទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងពិនិត្យមើលការឆ្លើយតបរបស់អ្នកដើម្បីកែលម្អសេវាកម្មរបស់យើង។

**ផ្នែកទី 1: សូមបញ្ជាក់ថាតើអ្នកយល់ស្រប ឬមិនយល់ស្របនឹងការលើកឡើងខាងក្រោមនីមួយៗអំពី សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង/ឬសេវាកម្មព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ដែលកូនអ្នកបានទទួល ក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ ដោយគ្រួសាររង់ចាំលើលេខដែលតំណាងឱ្យមតិយោបល់របស់អ្នកបានល្អបំផុត។ ប្រសិនបើការលើកឡើងគឺអំពីអ្វីមួយដែលអ្នក ឬកូនអ្នកមិនធ្លាប់ជួបប្រទះ សូមឆ្លើយថា “គ្មាន” ដើម្បីបញ្ជាក់ថាវាមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ។**

	មិនយល់ស្រប ទាល់តែសោះ	មិនយល់ ស្រប	មិនទាន់ សម្រេច	យល់ ស្រប	យល់ស្រប ទាំងស្រុង	មិនអាចអនុវត្តបាន
1. ជារួម ខ្ញុំពេញចិត្តនឹងសេវាកម្មដែលកូនរបស់ខ្ញុំបានទទួល។	1	2	3	4	5	គ្មាន
2. ខ្ញុំបានជួយជ្រើសរើសសេវាកម្មរបស់កូនខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
3. ខ្ញុំបានជួយជ្រើសរើសគោលដៅព្យាបាលរបស់កូនខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
4. មនុស្សដែលជួយកូនខ្ញុំនៅជាប់ជាមួយយើង មិនថាមានបញ្ហាអ្វីក៏ដោយ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
5. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាកូនខ្ញុំមានគ្នាដើម្បីនិយាយជាមួយ នៅពេលគាត់មានបញ្ហា។	1	2	3	4	5	គ្មាន
6. ខ្ញុំបានចូលរួមក្នុងការព្យាបាលកូនខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
7. សេវាកម្មដែលកូនខ្ញុំ និង/ឬគ្រួសារខ្ញុំបានទទួលគឺ ត្រឹមត្រូវសម្រាប់យើង។	1	2	3	4	5	គ្មាន
8. ទីតាំងសេវាកម្មមានភាពងាយស្រួលសម្រាប់យើង។	1	2	3	4	5	គ្មាន
9. សេវាកម្មមាននៅតាមពេលវេលាដែលងាយស្រួលសម្រាប់យើង។	1	2	3	4	5	គ្មាន
10. គ្រួសារខ្ញុំបានទទួលជំនួយដែលយើងចង់បានសម្រាប់កូនខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
11. គ្រួសារខ្ញុំទទួលបានជំនួយច្រើនតាមដែលយើងត្រូវការសម្រាប់កូនខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
12. បុគ្គលិកបានប្រព្រឹត្តិចំពោះខ្ញុំដោយការគោរព។	1	2	3	4	5	គ្មាន
13. បុគ្គលិកបានគោរពជំនឿខាងវិញ្ញាណ និងសាសនារបស់គ្រួសារខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
14. បុគ្គលិកបាននិយាយជាមួយខ្ញុំតាមរបៀបដែលខ្ញុំយល់។	1	2	3	4	5	គ្មាន
15. បុគ្គលិកយល់ពីសារៈសំខាន់របស់ប្តី/ម្តាយ/កូនខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន

**ផ្នែកទី 2: ជាលទ្ធផលនៃសេវាសម្រាប់ព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និង/ឬសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដែលកូនរបស់ខ្ញុំបានទទួលក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយ**

	មិនយល់ស្រប ទាល់តែសោះ	មិនយល់ ស្រប	មិនទាន់ សម្រេច	យល់ ស្រប	យល់ស្រប ទាំងស្រុង	មិនអាចអនុ វត្តបាន
16. កូនខ្ញុំពូកែដោះស្រាយបញ្ហាជីវិតប្រចាំថ្ងៃ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
17. កូនខ្ញុំមានទំនាក់ទំនងកាន់តែប្រសើរជាមួយសមាជិកគ្រួសារ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
18. កូនខ្ញុំមានទំនាក់ទំនងកាន់តែប្រសើរជាមួយមិត្តភក្តិ និង មនុស្សដទៃទៀត។	1	2	3	4	5	គ្មាន
19. កូនខ្ញុំកំពុងទទួលបានលទ្ធផលល្អជាងមុននៅសាលា និង/ឬ កន្លែងការងារ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
20. កូនខ្ញុំអាចទប់ទល់ដោះស្រាយបានប្រសើរជាងមុន នៅពេលអ្វីមួយមានបញ្ហា។	1	2	3	4	5	គ្មាន
21. ខ្ញុំពេញចិត្តនឹងជីវិតគ្រួសាររបស់យើងនាពេលឥឡូវនេះ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
22. កូនខ្ញុំអាចធ្វើរឿងដែលគាត់ចង់ធ្វើបានប្រសើរជាងមុន។	1	2	3	4	5	គ្មាន

**ផ្នែកទី 3: សូមឆ្លើយសំណួរអំពីទំនាក់ទំនងបច្ចុប្បន្ន ដែលអ្នកមានជាមួយនិងមនុស្សផ្សេងទៀត ក្រៅពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តនិង/ឬ  
ការព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់កូនអ្នក។**

	មិនយល់ស្រប ទាល់តែសោះ	មិនយល់ ស្រប	មិនទាន់ សម្រេច	យល់ ស្រប	យល់ស្រប ទាំងស្រុង	មិនអាចអនុ វត្តបាន
23. ខ្ញុំស្គាល់មនុស្សដែលនឹងស្តាប់ និងយល់ពីខ្ញុំ នៅពេលខ្ញុំត្រូវការនិយាយ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
24. ខ្ញុំមានមនុស្សដែលខ្ញុំស្រលាញ់និយាយជាមួយអំពីបញ្ហាកូនខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
25. នៅពេលមានវិបត្តិ ខ្ញុំនឹងមានការគាំទ្រ ដែលខ្ញុំត្រូវការពីគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
26. ខ្ញុំមានអ្នកដែលខ្ញុំអាចធ្វើរឿងរីករាយជាមួយបាន។	1	2	3	4	5	គ្មាន

**ផ្នែកទី 4 : សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ដើម្បីឱ្យយើងដឹងបន្តិចបន្តួចអំពីកូនអ្នក។**

27. តើកូនអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង/ឬសេវាកម្មព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមែនឬទេ?  
 1 = តែសុខភាពផ្លូវចិត្តប៉ុណ្ណោះ                      3 = សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន  
 2 = តែការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនប៉ុណ្ណោះ                      4 = មិនដឹង
28. តើកូនអ្នកបានទទួលសេវាកម្មទាំងនេះរយៈពេលប៉ុន្មានហើយ?  
 1 = តិចជាង 6 ខែ                      3 = 1 ឆ្នាំ ទៅ 2 ឆ្នាំ                      5 = មិនដឹង  
 2 = 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ                      4 = ជាង 2 ឆ្នាំ

29. តើកូនអ្នកមានភេទអ្វី?

- 1 = ស្រី      3 = ស្រីកែភេទមកពីប្រុស      5 = មិនដឹង
- 2 = ប្រុស      4 = ប្រុសកែភេទមកពីស្រី      6 = ភេទផ្សេងទៀត (សូមពិពណ៌នា៖ \_\_\_\_\_)

30. តើកូនអ្នកមានអាយុប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ

31. តើកូនអ្នកមានពូជអម្បូរអ្វី? (សូមជ្រើសរើសចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)

- 1 = ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា      5 = ស្បែកស/មនុស្សស្បែកស
- 2 = អាស៊ី      6 = មិនដឹង
- 3 = ស្បែកខ្មៅ/អាមេរិកាំងដើមកំណើតពីអាហ្វ្រិក      7 = ផ្សេងទៀត (សូមពិពណ៌នា៖ \_\_\_\_\_)
- 4 = ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/កោះប៉ាស៊ីហ្វិក

32. តើកូនអ្នកមានដើមកំណើតមកពីមុខស៊ុក ជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន?

- 1 = បាទបូចាស      2 = ទេ      3 = មិនដឹង

33. តើកូនអ្នករស់នៅក្នុងខោនធីណាដែរឬបច្ចុប្បន្ននេះ? \_\_\_\_\_

34. តើអ្នកមានមតិយោបល់ផ្សេងទៀតណាមួយដែរឬទេអំពីសេវាកម្ម ដែលកូនអ្នកបានទទួលកាលពី 6 ខែកន្លងមកនេះ?

---



---



---



---



---

**សូមអរគុណចំពោះពេលវេលានិងការសហការរបស់អ្នកក្នុងការបំពេញការស្ទង់មតិនេះ។**

<b>សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប៉ុណ្ណោះ៖</b>	លេខសម្គាល់ការស្ទង់មតិ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទទទួលការស្ទង់មតិ៖ ____/____/____
	ស្ថានភាពនៃការចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី៖ (ជ្រើសរើសគ្រប់ចំណុចដែលមាន)    CCS <input type="checkbox"/> CST <input type="checkbox"/> FEP <input type="checkbox"/>