

# ការស្ទង់មតិអំពីការពេញចិត្តរបស់យុវជន

(ADULT SATISFACTION SURVEY)

យើងចង់ដឹងថាអ្នកគិតយ៉ាងម៉េចអំពី សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង ឬសេវាកម្មព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ដែលអ្នកបានទទួល ក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ ដូច្នោះយើងអាចផ្តល់ជូនសេវាកម្មល្អបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ សូមកុំសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើការស្ទង់មតិនេះ។ ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយសម្ងាត់។ យើងនឹងមិនដឹងថាអ្នកបានឆ្លើយតបឬអត់ទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងពិនិត្យមើលការឆ្លើយតបរបស់អ្នកដើម្បីកែលម្អសេវាកម្មរបស់យើង។

**ផ្នែកទី 1 ៖ សូមបង្ហាញថា តើអ្នកយល់ស្រប ឬមិនយល់ស្របនឹងការលើកឡើងខាងក្រោមនីមួយៗអំពី សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង ឬសេវាកម្មព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ដែលអ្នកបានទទួល ក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ ដោយគូសរង្វង់លើលេខដែលតំណាងឱ្យមតិយោបល់របស់អ្នកបានល្អបំផុត។ ប្រសិនបើការលើកឡើងគឺអំពីអ្វីមួយដែលអ្នកមិនធ្លាប់ជួបប្រទះ សូមឆ្លើយថា “គ្មាន” ដើម្បីបង្ហាញថា មិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ។**

	មិនយល់ស្រប ទាល់តែសោះ	មិនយល់ស្រប	មិនទាន់សម្រេច	យល់ស្រប	យល់ស្របទាំង ស្រុង	មិនអាចអនុវត្ត បាន
1. ខ្ញុំចូលចិត្តសេវាកម្មដែលខ្ញុំបានទទួល។	1	2	3	4	5	គ្មាន
2. ប្រសិនបើខ្ញុំមានជម្រើសផ្សេងទៀត ខ្ញុំនឹងនៅតែទទួលយកសេវាកម្មពីទីភ្នាក់ងារនេះដែរ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
3. ខ្ញុំនឹងណែនាំទីភ្នាក់ងារនេះដល់ទៅឱ្យមិត្តភក្តិ ឬ សមាជិកគ្រួសារ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
4. ទីតាំងសេវាកម្មនេះមានភាពងាយស្រួល (ដូចជា កន្លែងចតរថយន្ត មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម) ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
5. បុគ្គលិកមានឆន្ទៈចង់ជួបខ្ញុំឱ្យបានញឹកញាប់តាមដែលខ្ញុំគិតថា ចាំបាច់។	1	2	3	4	5	គ្មាន
6. បុគ្គលិកបានទូរសព្ទមកខ្ញុំវិញក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។	1	2	3	4	5	គ្មាន
7. សេវាកម្មមាននៅតាមពេលវេលាដែលល្អសម្រាប់ខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
8. ខ្ញុំអាចទទួលបានគ្រប់សេវាកម្ម ដែលខ្ញុំគិតថាខ្ញុំត្រូវការ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
9. ខ្ញុំអាចជួបគ្រូពេទ្យផ្លូវចិត្តបាន នៅពេលណាដែលខ្ញុំចង់ជួប។	1	2	3	4	5	គ្មាន
10. បុគ្គលិកមានជំនឿចិត្តថាខ្ញុំអាចរីកចម្រើន ផ្លាស់ប្តូរ និងចូរស្ស័យវិញបាន។	1	2	3	4	5	គ្មាន
11. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ងាយស្រួលក្នុងការសួរសុំព័ត៌មានអំពីការព្យាបាល និងការប្រើឱសថរបស់ខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
12. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាមានសេរីភាពក្នុងការតវ៉ា។	1	2	3	4	5	គ្មាន
13. ខ្ញុំត្រូវបានគេផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
14. បុគ្គលិកបានលើកទឹកចិត្តខ្ញុំឱ្យទទួលខុសត្រូវលើរបៀបដែលខ្ញុំរស់ នៅក្នុងជីវិតរបស់ខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
15. បុគ្គលិកបានប្រាប់ខ្ញុំពីផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំអ្វីខ្លះដែលខ្ញុំគួរយកចិត្តទុកដាក់។	1	2	3	4	5	គ្មាន
16. បុគ្គលិកបានគោរពបំណងប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំអំពីអ្នកណាដែលគួរត្រូវបាន និងអ្នកណាដែលមិនគួរត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
17. ខ្ញុំ មិនមែនជាបុគ្គលិកទេ ដែលបានសម្រេចពីគោលដៅព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
18. បុគ្គលិកយល់ពីសារការប្តូរមើលរបស់ខ្ញុំ (ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម) ។	1	2	3	4	5	គ្មាន

**ផ្នែកទី 1 (បន្តពីទំព័រទីមួយ)...**

	មិនយល់ស្រប ទាល់តែសោះ	មិនយល់ស្រប	មិនទាន់សម្រេច	យល់ស្រប	យល់ស្របទាំង ស្រុង	មិនអាចអនុវត្ត បាន
19. បុគ្គលិកបានជួយឱ្យខ្ញុំទទួលបានព័ត៌មានដែលខ្ញុំត្រូវការ ដើម្បីឱ្យខ្ញុំអាចទទួលបានបន្តគ្រប់គ្រងស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង/ឬការព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់ខ្ញុំបាន។	1	2	3	4	5	គ្មាន
20. ខ្ញុំត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់កម្មវិធីដែលគ្រប់គ្រងដោយអ្នកប្រើប្រាស់ (ក្រុមគាំទ្រ មជ្ឈមណ្ឌលចូលរួមសុំជំនួយដោយសេរី ខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ជំនួយគាំទ្រផ្លូវចិត្ត ជាដើម) ។	1	2	3	4	5	គ្មាន

**ផ្នែកទី 2 ៖ ជាលទ្ធផលនៃសេវាសម្រាប់ព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និង/ឬសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដែលខ្ញុំបានទទួលក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយ.....**

	មិនយល់ស្រប ទាល់តែសោះ	មិនយល់ស្រប	មិនទាន់សម្រេច	យល់ស្រប	យល់ស្របទាំង ស្រុង	មិនអាចអនុវត្ត បាន
--	----------------------	------------	---------------	---------	-------------------	-------------------

21. ខ្ញុំដោះស្រាយបញ្ហាប្រចាំថ្ងៃកាន់តែមានប្រសិទ្ធិភាព។	1	2	3	4	5	គ្មាន
22. ខ្ញុំអាចគ្រប់គ្រងធីរិករបស់ខ្ញុំបានប្រសើរជាងមុន។	1	2	3	4	5	គ្មាន
23. ខ្ញុំអាចដោះស្រាយវិបត្តិបានប្រសើរជាងមុន។	1	2	3	4	5	គ្មាន
24. ខ្ញុំកំពុងមានទំនាក់ទំនងប្រសើរជាងមុនជាមួយគ្រួសារខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
25. ខ្ញុំសម្រេចបានលទ្ធផលប្រសើរជាងមុននៅក្នុងស្ថានភាពសង្គម។	1	2	3	4	5	គ្មាន
26. ខ្ញុំសម្រេចបានលទ្ធផលប្រសើរជាងមុននៅសាលានិង/ឬកន្លែងធ្វើការ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
27. ស្ថានភាពផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានប្រសើរឡើង។	1	2	3	4	5	គ្មាន
28. រោគសញ្ញារបស់ខ្ញុំមិនកំពុងរំខានខ្ញុំខ្លាំងនោះទេ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
29. ខ្ញុំធ្វើរឿងដែលមានអត្ថន័យចំពោះខ្ញុំជាងមុន។	1	2	3	4	5	គ្មាន
30. ខ្ញុំអាចដោះស្រាយចំពោះសេចក្តីត្រូវការរបស់ខ្ញុំបានប្រសើរជាងមុន។	1	2	3	4	5	គ្មាន
31. ខ្ញុំអាចដោះស្រាយរឿងផ្សេងៗបានប្រសើរជាងមុននៅពេលពួកវាមានបញ្ហា។	1	2	3	4	5	គ្មាន
32. ខ្ញុំអាចធ្វើរឿងដែលខ្ញុំចង់ធ្វើបានប្រសើរជាងមុន។	1	2	3	4	5	គ្មាន

**ផ្នែកទី 3: សូមឆ្លើយសំណួរអំពីទំនាក់ទំនងបច្ចុប្បន្ន ដែលអ្នកមានជាមួយនឹងមនុស្សផ្សេងទៀត ក្រៅពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង/ឬការព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់អ្នក។**

	មិនយល់ស្របទាល់តែសោះ	យល់ស្រប	មិនទាន់សម្រេច	យល់ស្រប	យល់ស្របទាំងស្រុង	មិនអាចអនុវត្តបាន
33. ខ្ញុំរីករាយនឹងមិត្តភាពដែលខ្ញុំមាន។	1	2	3	4	5	គ្មាន
34. ខ្ញុំមានអ្នកដែលខ្ញុំអាចធ្វើរឿងរីករាយជាមួយបាន។	1	2	3	4	5	គ្មាន
35. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាខ្ញុំជាសមាជិកម្នាក់នៅក្នុងសហគមន៍របស់ខ្ញុំ។	1	2	3	4	5	គ្មាន
36. នៅពេលមានវិបត្តិ ខ្ញុំនឹងមានការគាំទ្រ ដែលខ្ញុំត្រូវការពីគ្រួសារឬមិត្តភក្តិ។	1	2	3	4	5	គ្មាន

**ផ្នែកទី 4 ៖ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ដើម្បីឱ្យយើងដឹងបន្តិចបន្តួចអំពីអ្នក។**

37. តើអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង/ឬសេវាកម្មព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមែនឬទេ?  
 1 = តែសុខភាពផ្លូវចិត្តប៉ុណ្ណោះ  
 2 = តែការប្រើសារធាតុញៀនប៉ុណ្ណោះ  
 3 = សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន  
 4 = មិនដឹង
38. តើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មទាំងនេះរយៈពេលប៉ុន្មានហើយ?  
 1 = តិចជាង 6 ខែ  
 2 = 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ  
 3 = 1 ឆ្នាំ ទៅ 2 ឆ្នាំ  
 4 = ជាង 2 ឆ្នាំ  
 5 = មិនដឹង
39. តើអ្នកមានភេទអ្វី?  
 1 = ស្រី  
 2 = ប្រុស  
 3 = ស្រីកែភេទមកពីប្រុស  
 4 = ប្រុសកែភេទមកពីស្រី  
 5 = មិនដឹង  
 6 = ភេទផ្សេងទៀត (សូមធ្វើការពិពណ៌នា៖ \_\_\_\_\_)
40. តើអ្នកមានអាយុប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ
41. តើអ្នកមានពូជអម្បូរអ្វី? (សូមជ្រើសរើសចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)  
 1 = ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា  
 2 = អាស៊ី  
 3 = ស្បែកខ្មៅ/ជនជាតិអាមេរិកាំងដើមកំណើតអាហ្វ្រិក  
 4 = ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/កោះប៉ាស៊ីហ្វិក  
 5 = ស្បែកស/មនុស្សស្បែកស  
 6 = មិនដឹង  
 7 = ជនជាតិផ្សេងទៀត (សូមធ្វើការពិពណ៌នា៖ \_\_\_\_\_)
42. តើអ្នកមានដើមកំណើតមកពីម៉ិកស៊ិក ជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន?  
 1 = បាទឬចាស  
 2 = ទេ  
 3 = មិនដឹង
43. តើអ្នករស់នៅក្នុងខោនធីណែនបច្ចុប្បន្ននេះ? \_\_\_\_\_
44. តើអ្នកមានមតិយោបល់ផ្សេងទៀតអំពីសេវាកម្មដែលអ្នកបានទទួល នៅក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះទេ?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**សូមអរគុណចំពោះពេលវេលា និងការសហការរបស់អ្នកក្នុងការបំពេញការស្ទង់មតិនេះ!**

<b>Office Use Only:</b>	Survey ID: _____	Date Survey Received: ____ / ____ / _____
	Program Enrollment Status: (select all that apply)	CCS <input type="checkbox"/> CSP <input type="checkbox"/> FEP <input type="checkbox"/>