

# ແບບສຳຫຼວດຄວາມພໍໃຈຂອງຜູ້ໃຫຍ່

(ADULT SATISFACTION SURVEY)

ພວກເຮົາຢາກຮູ້ວ່າທ່ານຄິດແນວໃດກ່ຽວກັບ ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການນຳໃຊ້ສານເສບຕິດ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະໃຫ້ບໍລິການທີ່ດີທີ່ສຸດທີ່ເປັນໄປໄດ້. ບໍ່ຕ້ອງຂຽນຊື່ຂອງເຈົ້າໃສ່ໃນແບບສຳຫຼວດນີ້.

ຄຳຕອບຂອງເຈົ້າຈະຖືກຈັດການຢ່າງ

ເປັນຄວາມລັບ. ພວກເຮົາຈະບໍ່ຮູ້ວ່າທ່ານຕອບ,

ແຕ່ພວກເຮົາຈະທົບທວນຄືນຄຳຕອບຂອງທ່ານເພື່ອປັບປຸງການບໍລິການຂອງພວກເຮົາ.

	ບໍ່ເຫັນດີ		ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ	ເຫັນດີ		ບໍ່ສາມາດ ໃຊ້ໄດ້
	ຈັກນ້ອຍ	ບໍ່ເຫັນດີ		ເຫັນດີ	ຢ່າງແຮງ	
1. ຂ້ອຍມັກການບໍລິການທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຮັບ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
2. ຖ້າຂ້ອຍມີທາງເລືອກອື່ນ, ຂ້ອຍຍັງຈະໃຊ້ການບໍລິການຈາກອົງການນີ້ຢູ່ຄືເກົ່າ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
3. ຂ້ອຍຂໍແນະນຳອົງການດຽວກັນໃຫ້ກັບໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
4. ສະຖານທີ່ບໍລິການແມ່ນສະດວກ (ບ່ອນຈອດລົດ, ການຂົນສົ່ງສາທາລະນະ, ໄລຍະທາງ ແລະ ອື່ນໆ).	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
5. ພະນັກງານເຕັມໃຈທີ່ຈະຊ່ວຍຂ້ອຍເລື້ອຍໆເທົ່າທີ່ຂ້ອຍຮູ້ສຶກວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
6. ພະນັກງານສົ່ງຄືນການໂທຂອງຂ້ອຍພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
7. ການບໍລິການແມ່ນມີຢູ່ໃນບາງຄັ້ງທີ່ດີສຳລັບຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
8. ຂ້ອຍສາມາດໄດ້ຮັບການບໍລິການທັງໝົດທີ່ຂ້ອຍຄິດວ່າຂ້ອຍຕ້ອງການ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
9. ຂ້ອຍສາມາດໄປພົບແພດໃນເວລາທີ່ຂ້ອຍຕ້ອງການ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
10. ພະນັກງານເຊື່ອວ່າຂ້ອຍສາມາດເຕີບໃຫຍ່, ປ່ຽນແປງ, ແລະ ພື້ນຕົວ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
11. ຂ້ອຍຮູ້ສຶກສະດວກສະບາຍທີ່ຈະຖາມຄຳຖາມກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວ ແລະ ຢາຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
12. ຂ້ອຍຮູ້ອິດສະຫຼະທີ່ຈະຈົ່ມ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
13. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດທິຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
14. ພະນັກງານຊກູ່ຢູ່ໃຫ້ຂ້ອຍຮັບຜິດຊອບຕໍ່ວິທີທີ່ຂ້ອຍໃຊ້ຊີວິດຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

15. ພະນັກງານບອກຂ້ອຍວ່າມີຜົນຂ້າງຄຽງໃດທີ່ຕ້ອງລະວັງ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
<b>ພາກທີ 1 (ຕໍ່ຈາກໜ້າທຳອິດ)...</b>						
	<b>ບໍ່ເຫັນດີ ຈັກນ້ອຍ</b>	<b>ບໍ່ເຫັນດີ</b>	<b>ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ</b>	<b>ເຫັນດີ</b>	<b>ເຫັນດີ ຢ່າງແຮງ</b>	<b>ບໍ່ສາມາດ ໃຊ້ໄດ້</b>
16. ພະນັກງານເຄົາລົບຄວາມປາດຖະໜາຂອງຂ້ອຍກ່ຽວກັບວ່າແມ່ນໃຜ ແລະ ຜູ້ທີ່ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການໃບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
17. ຂ້າພະເຈົ້າ, ບໍ່ແມ່ນພະນັກງານ, ໄດ້ຕັດສິນໃຈເປົ້າໝາຍການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
18. ພະນັກງານມີຄວາມອ່ອນໄຫວຕໍ່ກັບຜົນຖານວັດທະນະທຳຂອງຂ້ອຍ (ເຊື້ອຊາດ, ສາດສະຫນາ, ພາສາ, ແລະ ອື່ນໆ).	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
19. ພະນັກງານໄດ້ຊ່ວຍໃຫ້ຂ້ອຍໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການເພື່ອໃຫ້ຂ້ອຍສາມາດຮັບຜິດຊອບໃນການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ສະພາບການນຳໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
20. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການຊຸກຍູ້ໃຫ້ນຳໃຊ້ໂຄງການທີ່ດຳເນີນໂດຍຜູ້ບໍລິໂພກ (ກຸ່ມສະໜັບສະໜູນ, ສູນຊ່ວຍເຫຼືອ, ສາຍດ່ວນ ແລະ ອື່ນໆ).	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

<b>ພາກທີ 2: ເປັນຜົນໄດຍກົງຂອງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຮັບໃນ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.....</b>						
	<b>ບໍ່ເຫັນດີ ຈັກນ້ອຍ</b>	<b>ບໍ່ເຫັນດີ</b>	<b>ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ</b>	<b>ເຫັນດີ</b>	<b>ເຫັນດີ ຢ່າງແຮງ</b>	<b>ບໍ່ສາມາດ ໃຊ້ໄດ້</b>
21. ຂ້ອຍຈັດການກັບບັນຫາປະຈຳວັນຢ່າງມີປະສິດທິພາບຫຼາຍຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
22. ຂ້ອຍສາມາດຄວບຄຸມຊີວິດຂອງຂ້ອຍໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
23. ຂ້ອຍສາມາດຈັດການກັບວິກິດໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
24. ຂ້ອຍເຂົ້າກັບຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
25. ຂ້ອຍເຮັດດີກວ່າໃນສະຖານະການທາງສັງຄົມ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
26. ຂ້ອຍເຮັດໄດ້ດີກວ່າໃນໂຮງຮຽນ ແລະ/ຫຼື ວຽກ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
27. ສະຖານະການທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຂ້ອຍໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
28. ອາການຂອງຂ້ອຍບໍ່ໄດ້ລົບກວນຂ້ອຍຫຼາຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

29. ຂ້ອຍເຮັດສິ່ງທີ່ມີຄວາມໝາຍຫຼາຍສຳລັບຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
30. ຂ້ອຍສາມາດດູແລຄວາມຕ້ອງການຂອງຂ້ອຍໄດ້ດີຂຶ້ນ	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
<b>ພາກທີ 2: (ຕໍ່ຈາກໜ້າຜ່າອິດ)...</b>						
	ບໍ່ເຫັນດີ ຈັກນ້ອຍ	ບໍ່ເຫັນດີ	ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ	ເຫັນດີ	ເຫັນດີ ຢ່າງແຮງ	ບໍ່ສາມາດ ໃຊ້ໄດ້
31. ຂ້ອຍສາມາດຈັດການກັບສິ່ງຕ່າງໆໄດ້ດີຂຶ້ນເມື່ອເກີດຂໍ້ຜິດພາດ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
32. ຂ້ອຍສາມາດເຮັດສິ່ງທີ່ຂ້ອຍຢາກເຮັດໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

<b>ພາກທີ 3: ກະລຸນາຕອບກ່ຽວກັບຄວາມສຳພັນໃນບັດຈຸບັນທີ່ທ່ານມີກັບບຸກຄົນອື່ນນອກຈາກສຸຂະພາບຈິດຂອງທ່ານ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນຳໃຊ້ສານເສບຕິດ.</b>						
	ບໍ່ເຫັນດີ ຈັກນ້ອຍ	ບໍ່ເຫັນດີ	ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ	ເຫັນດີ	ເຫັນດີ ຢ່າງແຮງ	ບໍ່ສາມາດ ໃຊ້ໄດ້
33. ຂ້ອຍມີຄວາມສຸກກັບມິດຕະພາບທີ່ຂ້ອຍມີ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
34. ຂ້ອຍມີຄົນທີ່ຂ້ອຍສາມາດເຮັດສິ່ງທີ່ມີຄວາມສຸກໄດ້.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
35. ຂ້ອຍຮູ້ສຶກວ່າຂ້ອຍຢູ່ໃນລຸມຊົນຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
36. ໃນວິກິດການ, ຂ້ອຍຈະໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນທີ່ຂ້ອຍຕ້ອງການຈາກຄອບຄົວ ຫຼື ໜູ່ເພື່ອນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

**ພາກທີ 4: ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບທ່ານເລັກນ້ອຍ.**

37. ປະຈຸບັນທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການໃຊ້ສານເສບຕິດບໍ່?  
 1 = ສຸຂະພາບຈິດເທົ່ານັ້ນ                      3 = ສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ການໃຊ້ສານເສບຕິດ  
 2 = ການໃຊ້ສານເສບຕິດເທົ່ານັ້ນ                      4 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ
38. ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ດົນປານໃດ?  
 1 = ໜ້ອຍກວ່າ 6 ເດືອນ      3 = 1 ປີ ຫາ 2 ປີ                      5 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ  
 2 = 6 ເດືອນຫາ 1 ປີ                      4 = ຫຼາຍກວ່າ 2 ປີ
39. ທ່ານແມ່ນເພດຫຍັງ?  
 1 = ເພດຍິງ                      3 = ເພດຍິງຂ້າມເພດ      5 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ  
 2 = ເພດຊາຍ                      4 = ເພດຊາຍຂ້າມເພດ      6 = ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ: \_\_\_\_\_)
40. ທ່ານມີອາຍຸຈັກ? \_\_\_\_\_ ປີ
41. ພື້ນຖານເຊື້ອຊາດຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ? (ກະລຸນາເລືອກທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)  
 1 = ຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກາ      5 = ຊາວຜິວຂາວ/ຄົນຜິວໜັງ  
 2 = ຄົນອາຊີ                      6 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ

3= ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກກາເຊື້ອສາຍອາເມລິກາ 7 = ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ: \_\_\_\_\_ )

4 = ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ

42. ທ່ານເປັນຄົນເມັກຊິໂກ, ສະເປນ ຫຼື ລາຕິນບໍ່?

1 = ແມ່ນແລ້ວ

2 = ບໍ່ແມ່ນ

3 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ

43. ປະຈຸບັນເຈົ້າອາໄສຢູ່ເມືອງໃດ? \_\_\_\_\_

44. ທ່ານມີຄຳເຫັນອື່ນໃດກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາບໍ່?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ຂໍຂອບໃຈສຳລັບການໃຊ້ເວລາ ແລະ ການຮ່ວມມືໃນການເຮັດສຳເລັດການສຳຫຼວດນີ້ຂອງທ່ານ!**

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