

ການສຳຫຼວດຄວາມພໍໃຈຂອງຄອບຄົວ

(FAMILY SATISFACTION SURVEY)

ພວກເຮົາຕ້ອງການຮູ້ວ່າທ່ານຄິດແນວໃດກ່ຽວກັບ ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ ລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບ ໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະໃຫ້ບໍລິການທີ່ດີທີ່ສຸດທີ່ເປັນໄປໄດ້. ພໍແມ່ ຫຼື ຜູ້ບໍລິຫານທີ່ຕິດຕໍ່ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງລູກທ່ານຫຼາຍທີ່ ສຸດຄວນຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນແບບສຳຫຼວດນີ້. ບໍ່ຕ້ອງຂຽນຊື່ຂອງເຈົ້າໃສ່ໃນແບບສຳຫຼວດນີ້. ຄຳຕອບຂອງເຈົ້າຈະຖືກຈັດການຢ່າງເປັນຄວາມລັບ. ພວກເຮົາຈະບໍ່ຮູ້ວ່າທ່ານຕອບ, ແຕ່ພວກເຮົາຈະທົບທວນຄືນຄຳຕອບຂອງທ່ານເພື່ອບັບປຸງການບໍລິການຂອງພວກເຮົາ.

ພາກທີ 1: ກະລຸນາລະບຸວ່າທ່ານເຫັນດີ ຫຼື ບໍ່ເຫັນດີຫຼາຍປານໃດກັບແຕ່ລະຄຳຖະແຫຼງຕໍ່ໄປນີ້ກ່ຽວກັບການບໍລິການ ສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການນຳໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ ລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບ ໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາ ໂດຍການເຮັດວົງມົນ ຕົວເລກທີ່ເປັນຕົວແທນທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຄວາມຄິດ ເຫັນຂອງທ່ານ. ຖ້າຄຳຖະແຫຼງກ່ຽວກັບບາງສິ່ງບາງຢ່າງທີ່ທ່ານ ຫຼື ລູກຂອງທ່ານບໍ່ເຄີຍມີປະສົບການ, ໃຫ້ຕອບ "ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ" ເພື່ອຊີ້ໃຫ້ເຫັນ ວ່າມັນໃຊ້ບໍ່ໄດ້ກັບທ່ານ.	ບໍ່ເຫັນດີຈັກກັບ ອຍ	ບໍ່ເຫັນ ດີ	ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ	ເຫັນດີ ຕັ້ງແຕ່	ເຫັນດີຢ່າງ ແຮງ	ບໍ່ສາມາດໃຊ້ ດີ
1. ໂດຍລວມແລ້ວ, ຂ້ອຍພໍໃຈກັບການບໍລິການທີ່ ລູກຂອງຂ້ອຍໄດ້ຮັບ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
2. ຂ້ອຍຊ່ວຍເລືອກການບໍລິການຂອງລູກຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
3. ຂ້ອຍຊ່ວຍເລືອກເປົ້າໝາຍການປິ່ນປົວ ຂອງລູກຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
4. ຄົນທີ່ຊ່ວຍລູກຂອງຂ້ອຍຕິດຢູ່ກັບ ພວກເຮົາບໍ່ວ່າຈະເປັນແນວໃດ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
5. ຂ້ອຍຮູ້ສຶກວ່າລູກຂອງຂ້ອຍມີຄົນທີ່ຈະສົນ ທະນາໃນເວລາທີ່ເຂົາເຈົ້າມີຄວາມຫຍຸ້ງ ຍາກ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
6. ຂ້ອຍໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມການປິ່ນປົວລູກຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
7. ການບໍລິການທີ່ລູກຂອງຂ້ອຍ ແລະ/ຫຼື ຄອບຄົວໄດ້ຮັບແມ່ນເໝາະສົມກັບພວກເຮົາ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
8. ສະຖານທີ່ບໍລິການແມ່ນສະດວກສຳລັບພວກເຮົາ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
9. ການບໍລິການແມ່ນມີຢູ່ໃນບາງຄັ້ງທີ່ ສະດວກສຳລັບພວກເຮົາ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
10. ຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການສຳລັບລູກຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
11. ຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼາຍທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການສຳລັບລູກຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

ກ ຂອງຂ້ອຍ.							
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. ພະນັກງານມີຄວາມອ່ອນໄຫວຕໍ່ກັບພື້ນຖານວັດທະນະທຳ ຫຼື ຊົນເຜົ່າຂອງຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ	

ພາກທີ 2: ເປັນຜົນມາຈາກການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ລູກຂອງຂ້ອຍໄດ້ຮັບໃນ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.....

	ບໍ່ເຫັນດີ ຈັກນ້ອຍ	ບໍ່ເຫັນດີ	ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ	ເຫັນດີ	ເຫັນດີຢ່າງ ແຮງ	ບໍ່ສາມາດ ໃຊ້ໄດ້
16. ລູກຂອງຂ້ອຍດີຂຶ້ນໃນການຈັດການຊີວິດປະຈຳວັນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
17. ລູກຂອງຂ້ອຍເຂົ້າກັນໄດ້ດີຂຶ້ນກັບສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
18. ລູກຂອງຂ້ອຍເຂົ້າກັນໄດ້ດີກວ່າໝູ່ເພື່ອນ ແລະ ຄົນອື່ນໆ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
19. ລູກຂອງຂ້ອຍຮຽນໃນໂຮງຮຽນ ແລະ/ຫຼື ເຮັດວຽກໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
20. ລູກຂອງຂ້ອຍສາມາດຮັບມືກັບສິ່ງທີ່ຜິດພາດໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
21. ຂ້າພະເຈົ້າພໍໃຈກັບຊີວິດຄອບຄົວຂອງພວກເຮົາໃນປັດຈຸບັນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
22. ລູກຂອງຂ້ອຍສາມາດເຮັດສິ່ງທີ່ລາວຢາກເຮັດໄດ້ດີຂຶ້ນ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

ພາກທີ 3: ກະລຸນາຕອບກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຳພັນໃນປັດຈຸບັນທີ່ທ່ານມີກັບບຸກຄົນອື່ນນອກຈາກສຸຂະພາບຈິດຂອງລູກທ່ານ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນຳໃຊ້ສານເສບຕິດ.

	ບໍ່ເຫັນດີ ຈັກນ້ອຍ	ບໍ່ເຫັນດີ	ຍັງບໍ່ໄດ້ ຕັດສິນໃຈ	ເຫັນດີ	ເຫັນດີ ຢ່າງແຮງ	ບໍ່ສາມາດ ໃຊ້ໄດ້
23. ຂ້ອຍຮູ້ຈັກຄົນທີ່ຈະຟັງ ແລະ ເຂົ້າໃຈຂ້ອຍເມື່ອຂ້ອຍຈຳເປັນຕ້ອງເວົ້າ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
24. ຂ້ອຍມີຄົນທີ່ຂ້ອຍສະບາຍໃຈກ່ຽວກັບບັນຫາຂອງລູກຂ້ອຍ.	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ
25. ໃນວິກິດການ,	1	2	3	4	5	ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

ຂ້ອຍຈະໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນທີ່ຂ້ອຍ
ຕ້ອງການຈາກຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນ.

26. ຂ້ອຍມີຄົນທີ່ຂ້ອຍສາມາດເຮັດສິ່ງທີ່ມີຄວາມສຸກໄດ້. 1 2 3 4 5 ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ

ພາກທີ 4 ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບລູກຂອງທ່ານ.

27. ປະຈຸບັນລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການໃຊ້ສານເສບຕິດບໍ່?

1 = ສຸຂະພາບຈິດເທົ່ານັ້ນ 3 = ສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ການໃຊ້ສານເສບຕິດ
2 = ການໃຊ້ສານເສບຕິດເທົ່ານັ້ນ 4 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ

28. ລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ດົນປານໃດ?

1 = ໜ້ອຍກວ່າ 6 ເດືອນ 3 = 1 ປີ ຫາ 2 ປີ 5 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ
2 = 6 ເດືອນຫາ 1 ປີ 4 = ຫຼາຍກວ່າ 2 ປີ

29. ລູກຂອງທ່ານເພດຫຍັງ?

1 = ເພດຍິງ 3 = ເພດຍິງຂ້າມເພດ 5 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ
2 = ເພດຊາຍ 4 = ເພດຊາຍຂ້າມເພດ 6 = ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____)

30. ລູກຂອງທ່ານອາຍຸຈັກປີ? _____ ປີ

31. ພື້ນຖານເຊື້ອຊາດຂອງລູກເຈົ້າແມ່ນຫຍັງ? (ກະລຸນາເລືອກທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

1 = ຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ 5 = ຊາວຜິວຂາວ/ຄົນຜິວໜັງ
2 = ຄົນອາຊີ 6 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ
3 = ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາເຊື້ອສາຍອາເມລິກາ 7 = ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____)
4 = ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ

32. ລູກຂອງທ່ານມີຕົ້ນກຳເນີດຄົນເມັກຊິໂກ, ສະເປນ ຫຼື ລາຕິນບໍ່?

1 = ແມ່ນແລ້ວ 2 = ບໍ່ແມ່ນ 3 = ບໍ່ຮູ້ຈັກ

33. ປະຈຸບັນລູກຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເມືອງໃດ? _____

34. ທ່ານມີຄຳເຫັນອື່ນໃດກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບ ໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາບໍ່?

ຂໍຂອບໃຈສຳລັບການໃຊ້ເວລາ ແລະ ການຮ່ວມມືໃນການເຮັດສຳເລັດການສຳຫຼວດນີ້ຂອງທ່ານ!

Office Use Only: Survey ID: _____ Date Survey Received: ____/____/____
Program Enrollment Status: (select all that apply) CCS CST FEP