



•សូម ជួយ ទីភ្នាក់ ងារ របស់ យើង កែលម្អ សេវាកម្ម ដោយ ឆ្លើយ សំណួរ មួយ ចំនួន។  
ចម្លើយ របស់អ្នក នឹងត្រូវ បាន រក្សាទុក ក្នុង ម្ចាត់ ហើយនឹងមិនប៉ះពាល់ ដល់សេវាកម្ម ឬប្រាក់ បៀវត្ស ឬអនាគត ដែលអ្នក ទទួលបាន នោះ ទេ ។

•សូមឆ្លើយ សំណួរ ខាងក្រោម ដោយផ្អែក លើ 6 ខែ ចុងក្រោយ  
ឬប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ទទួលសេវាកម្ម រយៈពេល 6 ខែ ទេ គ្រាន់ តែ ផ្តល់ ចម្លើយ  
ដោយផ្អែក លើ សេវាកម្ម ដែលអ្នក បាន ទទួល ពូកែមកដល់ពេលនេះ ។  
សូមចង្អុល លបង្ហាញ ថា តើ អ្នក យល់ស្រប ខ្លាំង យល់ស្រប ស្តី តទៅចំណុចណាមួយ មិនយល់ស្រប  
ឬមិនយល់ស្រប យ៉ាង ខ្លាំង ដោយ យន្តការ យោគសីមួយនៅខាងក្រោម នេះ ។ ជ្រើសរើស  
" មិនអាច អនុវត្តបាន " ប្រសិនបើ សំណួរ គឺអំពីអ្វី មួយដែល មិនដែល លកើតឡើង។

•សូមបំពេញ តួ ងារ ដូច ខាងក្រោម ត្រឹមត្រូវ មិន ត្រឹមត្រូវ

1. ខ្ញុំ ចូលចិត្តសេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួលបាននៅទីនេះ ។
2. ប្រសិនបើ ខ្ញុំ មាន ជម្រើស ផ្សេង ទៀត  
ខ្ញុំ នឹងនៅតែ ទទួលយកសេវាកម្ម ពី ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ដដែល ។
3. ខ្ញុំ នឹងណែនាំ ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ទៅឲ្យមិត្តភក្តិ ឬ  
សមាជិកគ្រួសារ ។
4. ទីតាំង សេវាកម្មនេះ មាន ភាព ងាយស្រួល ។  
ដូចជា កន្លែង ចតរថយន្ត  
មធ្យោបាយ ធ្វើ ដំណើរ សាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម ។
5. បុគ្គលិក មាន ឆន្ទៈ ចង់ជួយ ឲ្យបាន ញឹកញាប់ តាម ដែល  
ខ្ញុំ គិតថា ចាំបាច់ ។
6. បុគ្គលិក បាន ទូរស័ព្ទ មក ខ្ញុំ វិញ រយៈពេល ២៤  
ម៉ោង ។
7. សេវាកម្ម មាន នៅពេលដែល លោក សមស្រប ខ្ញុំ ។
8. ខ្ញុំ អាច ទទួលបាន គ្រប់ សេវាកម្ម  
ដែល ខ្ញុំ គិតថា ត្រូវ ការ ។
9. ខ្ញុំ អាច ជួបគ្រូ ពេទ្យ ផ្លូវ ចិត្តបាន  
នៅពេលណាដែល ខ្ញុំ ចង់ជួប។
10. បុគ្គលិក នៅទីនេះ មាន ជំនាញ ខ្ពស់ អាច រីកចម្រើន  
ផ្លាស់ ប្តូរ និង ធ្វើ ស្បើយ វិញបាន ។
11. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ស្រួល ក្នុង ការ សួរ សំណួរ អំពីការ ព្យា  
បាល និងការ ប្រើ ថ្នាំ របស់ខ្ញុំ ។
12. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាមាន សេរីភាព ក្នុង ការ តវ៉ា។
13. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន គេ ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពីសិទ្ធិ របស់ខ្ញុំ ។
14. បុគ្គលិក បាន លើកទឹកចិត្តខ្ញុំ ឱ្យ ទទួលខុស  
ត្រូវ លើ របៀបដែល ខ្ញុំ រស់នៅក្នុង ជីវិត របស់ខ្ញុំ ។

	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

DHCS 1744 KH

1761

1 / 6

	យល់ព្រមខ្ពស់	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
15. បុគ្គលិក ក្រុមប្រឹក្សា ប្រាប់ ខ្ញុំ ពីផលប៉ះពាល់ បន្ទាប់ បន្សំ អវិជ្ជា ដែលខ្ញុំ គួរ យកចិត្តទុកដាក់ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. បុគ្គលិក ក្រុមប្រឹក្សា គោរព ព្រមព្រៀង ប្រាប់ ខ្ញុំ អំពីអ្នកណាដែល លក្ខណៈ ត្រូវ បាន និង អ្នក ណាដែល មិនត្រូវ បាន ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពីការ ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ខ្ញុំ មិនមែនជាបុគ្គលិក ទេ ដែលបាន សម្រេច ពីគោលដៅព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. បុគ្គលិក យល់ពីសារៈ គារ ប្រយោជន៍ របស់ខ្ញុំ ។ ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. បុគ្គលិក ក្រុមប្រឹក្សា ជួយឱ្យខ្ញុំ ទទួលបាន ព័ត៌មាន ដែលខ្ញុំ ត្រូវ ការ ដើម្បី ឱ្យខ្ញុំ អាច ទទួលបាន កម្រិត បំប្រុង ដល់ប្រាក់ របស់ខ្ញុំ បាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន លើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើ ប្រាស់ កម្មវិធីដែល លក្ខណៈ បំប្រុង ដោយអ្នក ប្រើ ប្រាស់ ។ ក្រុមគាំទ្រ មជ្ឈមណ្ឌល ចូលរួមបង្កើនយុទ្ធសាស្ត្រ វិធានការ របស់ខ្ញុំ ប្រាប់ អ្នក មាន វិបត្តិ ជាដើម	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ជំនួយ ផ្នែក លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួល</b>						
21. ខ្ញុំ ដោះស្រាយ បញ្ហាប្រចាំថ្ងៃ កាន់តែ មាន ប្រសិទ្ធភាព ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ខ្ញុំ អាច គ្រប់គ្រង ជំងឺ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ វិបត្តិ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ខ្ញុំ កំពុងមាន ទំនាក់ទំនង ប្រសើរ ជាង មុនជាមួយ បុគ្គលិក របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ខ្ញុំ សម្រេចបាន លទ្ធផល ប្រសើរ ជាង មុននៅក្នុង គ្រប់ ភាពសង្គម ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ខ្ញុំ សម្រេចបាន លទ្ធផល ប្រសើរ ជាង មុននៅសាលា និង/ឬ កន្លែងធ្វើការ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ស្ថានភាព ផ្ទះ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ឡើង។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. រោគសញ្ញា របស់ខ្ញុំ មិនកំពុងរីករាលដាល ខ្លាំង ទេ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ខ្ញុំ ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ អត្ថប្រយោជន៍ យប់ពោះ ខ្ញុំ ជាង មុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ ចំពោះ សេចក្តី ត្រូវ ការ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ រឿង ផ្សេង ៗ បាន ប្រសើរ ជាង មុន នៅពេល លក្ខណៈ មាន បញ្ហា។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. ខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ ចង់ធ្វើ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



សំរាប់ សំណួរ ចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយ យល់រាប់ ទំនាក់ ទំនងជាមួយ យុគ្គល ដែល លក្រៅពី អ្នក ផ្តល់ សេវាសុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់អ្នក ។

	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
<b>ជាលទ្ធផល លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ម្តង លទ្ធផល ទទួលបាន</b>						
33. ខ្ញុំ រីករាយ និងមិត្តភាព ដែលខ្ញុំ មាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែលខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង រីករាយ ជាមួយបាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាខ្ញុំ ជាសមាជិកម្នាក់ នៅក្នុង ងងឹត ហតមន៍ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. នៅពេលមាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែលខ្ញុំ ត្រូវ ការ ពីគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**សំណួរ ពីគុណភាពជីវិត**

សូមឆ្លើយ យល់រាប់ នីមួយៗ ដូចតទៅនេះ :

ដោយជ្រើសយកចម្លើយ ដែល ល្អបំផុតនាអំពី បទពិសោធន៍ របស់អ្នក ឬអារម្មណ៍ របស់អ្នក បាន ប្រសើរ ជាង គេ ។

ចំពោះ សំណួរ មួយចំនួន អ្នក អាច ជ្រើសយកចម្លើយ មិនពាក់ព័ន្ធ ប្រសិនបើ សំណួរ នោះ មិនពាក់ព័ន្ធចំពោះ អ្នក ។

	មិនពេញចិត្ត កខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត	ភាគ ច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិន មិនពេញចិត្ត កណ្តាល	ភាគ ច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត កខ្លាំង
<b>ការ ពេញចិត្តនឹង ជីវិតទូទៅ</b>							
1. ជាទូទៅ តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាដែរ ចំពោះ ជីវិត របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ស្ថានភាព រស់នៅ</b>							
សូមគិតអំពីស្ថានភាព រស់នៅបច្ចុប្បន្ន របស់អ្នក ។							
2. តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាចំពោះ :							
a. ការ រៀបចំការ រស់នៅតាម កន្លែង ដែល អ្នក រស់នៅ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ភាព ឯកជនដែល អ្នក មាន នៅទីនោះ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. លទ្ធភាព នៃ ស្នាក់ នៅកន្លែង ដែលអ្នក កំពុង រស់នៅ ឬ នៅកន្លែង ដទៃ ទៀត ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>សកម្មភាព និង</b>							
<b>ការ ធ្វើ កិច្ចការ ជាធម្មតាប្រចាំថ្ងៃ</b>							
សូមគិតអំពីរបៀបដែល អ្នក ចំណាយពេលវេលា របស់ អ្នក ។							
3. តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាចំពោះ :							
a. របៀបដែល អ្នក ចំណាយពេលវេលា របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ឱកាស ដែល អ្នក ត្រូវ រីករាយ និងរៀន រយ្យ ឬ ស្រស់ស្អាត ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ចំនួននៃ ការ រីករាយ ដែល អ្នក មាន ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ចំនួននៃ ការ សម្រាក លំហែ នៅក្នុង ជីវិត របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



**គ្រួសារ**

4. តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាចំពោះ :

- a. របៀបដែលអ្នកនិងគ្រួសាររបស់អ្នកប្រព្រឹត្តិចំពោះគ្នាទៅវិញទៅមក?
- b. ស្ថានភាពកើតមានបច្ចុប្បន្នជាទូទៅរវាងអ្នកនិងគ្រួសាររបស់អ្នក?

មិនពេញចិត្ត កងខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត តិច	ភាគច្រើនមិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត កងខ្លាំង	ភាគច្រើនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត កងខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត តិច
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ទំនាក់ទំនងក្នុងសង្គម**

- 5. តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាចំពោះ :
- a. រឿងដែលអ្នកធ្វើជាមួយមនុស្សដទៃ?
- b. ចំនួននៃពេលវេលាដែលអ្នកចំណាយជាមួយមនុស្សដទៃ?
- c. មនុស្សដែលអ្នកជួបក្នុងសង្គម?
- d. ចំនួននៃមិត្តភាពនៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក?

មិនពេញចិត្ត កងខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត តិច	ភាគច្រើនមិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត កងខ្លាំង	ភាគច្រើនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត កងខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត តិច
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ច្បាប់ & សុវត្ថិភាព**

6. កាលពីខែមុន តើអ្នកជាជនរងគ្រោះដោយសារ :

- a. បទឧក្រិដ្ឋហិង្សាណាមួយដូចជាការវាយប្រហារ ការចាប់រំលោភ ការវាយប្លន់ យកទ្រព្យសម្បត្តិ ឬអំពើប្លន់ជាដើម?  មាន  អត់មានទេ
- b. បទឧក្រិដ្ឋហិង្សាណាមួយដូចជាចោរកាត់ផ្ទះ ចោរលួចទ្រព្យសម្បត្តិ ឬលុយកាក់ ឬត្រូវគេបោកប្រាស់ជាដើម?  មាន  អត់មានទេ

7. កាលពីខែមុន តើអ្នកត្រូវបានចាប់ខ្លួនដោយបទឧក្រិដ្ឋណាមួយ?

គ្មានការចាប់ខ្លួនទេ  ចាប់ខ្លួនមួយលើក  ចាប់ខ្លួនពីរលើក  ចាប់ខ្លួនបីលើក  ចាប់ខ្លួនបួនលើក ឬច្រើនជាងនេះ

8. តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាចំពោះ :

- a. តើអ្នកមានសុវត្ថិភាពប៉ុណ្ណាដែរនៅតាមដងផ្លូវក្នុងសង្កាត់របស់អ្នក?
- b. តើនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅមានសុវត្ថិភាពប៉ុណ្ណាដែរ?
- c. ការការពារដែលអ្នកមានពីការប្លន់ឬវាយប្រហារ?

មិនពេញចិត្ត កងខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត តិច	ភាគច្រើនមិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត កងខ្លាំង	ភាគច្រើនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត កងខ្លាំង
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**សុខភាព**

9. ជាទូទៅ តើអ្នកអាចនិយាយបានថាសុខភាពរបស់អ្នកគឺ:

ប្រសើរខ្លាំងណាស់  ល្អណាស់  ល្អ  មធ្យម  ខ្សោយ

10. តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាចំពោះ :

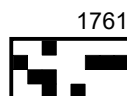
- a. សុខភាពរបស់អ្នកជាទូទៅ?
- b. លក្ខខណ្ឌរាងកាយរបស់អ្នក?
- c. សុខុមាលភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក?

មិនពេញចិត្ត កងខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត តិច	ភាគច្រើនមិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត កងខ្លាំង	ភាគច្រើនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត កងខ្លាំង
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



**សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ខាង ក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់ តែ ច្បាស់ ។**

1. តាម ការ ប៉ាន់ ស្មាន តើ អ្នក បាន ទទួលសេវា នៅទី នេះ រយៈពេល ប៉ុន្មាន ហើយ?

- នេះជាការចូលរួមពិនិត្យជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំនៅទីនេះ។ ○ 1-2 ខែ
- ខ្ញុំ បាន ចូលរួមពិនិត្យ ម្តី ជាមួយ គ្រូពេទ្យ ច្រើន ជាង មួយ លើក ○ 3-5 ខែ
- ប៉ុន្តែ ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវា មិន ទាន់ បាន មួយ ខែ នៅឡើយទេ ។ ○ 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
- ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 2 ដល់ទី 4  
ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព  
រដ្ឋ វិចិត្ត សម្រាប់  
**មួយឆ្នាំ ឬតិចជាង**

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 5 ដល់ទី 7  
ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ  
វិចិត្ត សម្រាប់  
**ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ**

2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នក  
កាប់ ផ្លែ មទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត ?

5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នក  
កាប់ ផ្លែ មទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត ?

3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នក  
កាប់ ផ្លែ មទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត ?

6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នក  
កាប់ ផ្លែ មទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត ?

4. ចាប់ តាំងពីអ្នក បស់អ្នក ចាប់ ផ្លែ មទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត  
តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យប់លិស របស់ពួកគេ ...

7. ចាប់ តាំងពីអ្នក ចាប់ ផ្លែ មទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត  
តើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ យប់លិស ទេ ...

- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ  
ខ្លាញ់ រ ណ៍ដូចជា
- ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា នៅដោយ ប៉ូលីស
- ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនាញ ជម្រក ឬ កម្មវិធី វិចិត្ត ណាមួយ
- នៅដដែល
- បានកើនឡើង
- មិនពាក់ព័ន្ធ  
ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យប់លិស នៅឡើយ  
នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ  
ខ្លាញ់ រ ណ៍ដូចជា
- ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា នៅដោយ ប៉ូលីស
- ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនាញ ជម្រក ឬ កម្មវិធី វិចិត្ត ណាមួយ
- នៅដដែល
- បានកើនឡើង
- មិនពាក់ព័ន្ធ  
ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យប់លិស នៅឡើយ  
នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

**សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ខាង ក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់ តែ ច្បាស់ ។**

8. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ?

- ប្រុស
- ស្រី
- ភេទ ដែល ពិបាក កំណត់ ដូចជា អ្នកប្តូរភេទ ជាដើម

សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ែង លពាក់ ព័ន្ធ

- អ្នកដែលបាន រក្សា កាត់ផ្តាសាយ ប្តូរភេទ ភេទ ប្រុស ទៅជា ស្រី
- អ្នកដែលបាន រក្សា កាត់ផ្តាសាយ ប្តូរភេទ ភេទ ស្រី ទៅជា ប្រុស
- អត្តសញ្ញាណ ភេទ មួយទៀត

9. តើ អ្នក គិត អំពី ខ្លួន ឯង ជា អ្វី ?

- តើ អ្នក គិត អំពី ខ្លួន ឯង ជា អ្វី ?
- ប្រុស ស្រី ឡាញ់ ប្រុស ឬ ស្រី ឡាញ់ ស្រី
- ភេទ ពីរប្រុស ក៏ ស្រី ឡាញ់ ស្រី ក៏ ស្រី ឡាញ់

សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ែង លពាក់ ព័ន្ធ

- ទំនោរ ភេទ មួយទៀត
- មិនដឹង
- ជ្រើសរើស នឹង មិន ឆ្លើយ

\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

10. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិកឡាទី ឬ ទេ?  មាន  អត់មានទេ  មិនដឹង

11. តើ អ្នក ជា ពូជសាសន៍ អ្វី? *សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាងលម្អិត បំផុត*

- ដើមកំណើតកណ្តាល ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក  ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស
- អាស៊ី  សាសន៍មួយទៀត
- ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ  មិនដឹង
- ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

12. តើ អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា? 

--	--

 - 

--	--

 - 

--	--	--	--

13. តើ សំណៅឯកសារ ជាអក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម ម្តេច មួយ ដែល អ្នក បាន ទទួល  មាន  អត់មានទេ  
ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជូនជាភាសាដទៃ លម្អិត ជ្រើសរើស មែន ទេ?  
*ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណដៃ លេខ បរិស្ថាន អំពីសេវាកម្ម ម្តេច មួយ ដែល អ្នក បាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម*

14. តើ អ្នក គិតអំពីសេវាកម្ម ម្តេច មួយ ដែល អ្នក បាន ទទួល, តើ តាម តេលេសុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន ?  
*តាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទិសិទ្ធតាម វីដេអូ*



- គ្មាន  តិចតួចណាស់  ប្រហែលពាក់កណ្តាល  ស្ទើរតែទាំងអស់  ទាំងអស់

15. តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈពេល telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាម បែបប្រពៃណី  
 កាន់តែចុះអន់ថយ  ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន  ប្រហែលជាដូចគ្នា  ដូចជាប្រសើរជាងមុន  ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន  
 មិនពាក់ព័ន្ធ

16. ខ្ញុំ ចង់ទទួលបាន ការ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់ខ្ញុំ សម្រាប់ កម្មវិធីនេះ បន្ថែម ទៀត  
តាម រយៈពេល ការ ជួបពិគ្រោះ ដោយប្រយោល  
 មិនយល់ព្រមខ្លាំង  មិនយល់ព្រម  អព្យាក្រឹត  យល់ព្រម  យល់ព្រមខ្លាំង  
 មិនពាក់ព័ន្ធ

17. សូមផ្តល់ យោបល់នៅទីនេះ ៖ យើងចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មតិកិច្ចបរិច្ឆេទ និង អវិជ្ជមាន ៖  
ដូចគ្នានេះ ផងដែរ ប្រសិនបើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែល អ្នក ត្រូវ បាន គ្រប់ដណ្តប់ ដោយកម្រ ឯសំណួរ នេះ ដែល អ្នក គិតថា គួរ មាន សូមសរសេរ ពួកវានៅទីនេះ ៖  
សូមអរគុណចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់អ្នក ក្នុង ការ បំពេញកម្រិត ឯសំណួរ នេះ ៖

**សូមអរគុណ លើការ ចំណាយពេលវេលា លើការ យល់ព្រម ទាំងនេះ !**

**FOR OFFICE USE ONLY**

County Code: 

--	--

 Date of Survey Administration: 

0	5
---	---

 / 

--	--

 / 

2	0	2	4
---	---	---	---

 County Reporting Unit (optional): 

--	--	--	--	--	--	--	--

Code for not completing the survey (if applicable):  
 Refused  Impaired  Language  Other

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.  
\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

