



- សូម ជួយ ទីភ្នាក់ ងារ របស់ យើង កែលម្អ សេវាកម្ម ដោយ ឆ្លើយ សំណួរ មួយ ចំនួន។ ចម្លើយ របស់អ្នក នឹងត្រូវ បាន រក្សាទុក ជាសម្ងាត់ ម្នាក់ ហើយនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្ម ឬប្រព័ន្ធ ឬអនាគតនៃ លម្អិត ទទួលបាន នោះទេ ។
- សូមឆ្លើយ យល់ច្បាស់ ខាងក្រោម ដោយផ្អែក លើ 6 ខែ ចុងក្រោយ ឬប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ទទួលសេវាកម្ម រយៈពេល 6 ខែ ទេ គ្រាន់តែ ផ្តល់ ចម្លើយ ដោយផ្អែក លើសេវាកម្ម ដែល អ្នក បាន ទទួល ព្យាបាល ក្នុងរយៈពេល ៦ ខែ ទេ ។ សូមចងចាំ លម្អិត ទទួលបាន ថា តើ អ្នក យល់ស្រប បន្ត ឬ យល់ស្រប បន្ត ឬ ត្រូវ តែ ក្នុង ករណី មិនយល់ស្រប ឬមិនយល់ស្រប យ៉ាងខ្លាំង ឬមិនយល់ស្រប យ៉ាងខ្លាំង ឬ យល់ស្រប យ៉ាងខ្លាំង ទៅនឹង ប្រព័ន្ធ ឬ ប្រព័ន្ធ ឬ ប្រព័ន្ធ ឬ ប្រព័ន្ធ ។ ជ្រើសរើស " មិនអាច អនុវត្តបាន " ប្រសិនបើ អ្នក មិន យល់ ឬ មិន យល់ ឬ មិន យល់ ។

• សូមបំពេញ ក្នុង រង្វង់ ឱ្យបាន ពេញលេញ។	មិន ត្រឹមត្រូវ	ត្រឹមត្រូវ	យល់ព្រម ខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រម ខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ខ្ញុំ ចូលចិត្តសេវាកម្ម ដែល ល្អ បាន ទទួលបាននេះ ។	<input type="radio"/>							
2. ប្រសិនបើ ខ្ញុំ មាន ជម្រើស ផ្សេង ទៀត ខ្ញុំ នឹងនៅតែ ទទួលបានសេវាកម្ម ពី ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ដដែល ។	<input type="radio"/>							
3. ខ្ញុំ នឹងណែនាំ ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ទៅឱ្យមិត្ត ភ្នំ ឬ សមាជិកគ្រួសារ ។	<input type="radio"/>							
4. ទីតាំង សេវាកម្ម នេះ មាន ភាព ងាយស្រួល ។ <i>ដូចជា កន្លែង ចត ចរាចរ មធ្យោបាយ ធ្វើ ដំណើរ សាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម</i>	<input type="radio"/>							
5. បុគ្គលិក មាន ឆន្ទៈ ចង់ជួយ ឱ្យបាន ញឹកញាប់ តាម ដែល ខ្ញុំ គិតថា ចាំបាច់ ។	<input type="radio"/>							
6. បុគ្គលិក បាន ទូរស័ព្ទ ក្នុង រយៈពេល ២៤ ម៉ោង ។	<input type="radio"/>							
7. សេវាកម្ម មាន នៅ ពេលដែល លោក សមស្រប ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>							
8. ខ្ញុំ អាច ទទួលបាន គ្រប់ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ គិតថា ត្រូវ ការ ។	<input type="radio"/>							
9. ខ្ញុំ អាច ជួបគ្រូ ពេទ្យ ផ្លូវ ចិត្តបាន នៅ ពេលណាដែល ខ្ញុំ ចង់ជួប ។	<input type="radio"/>							
10. បុគ្គលិក នៅទីនេះ មាន ជំនាញ ខ្ពស់ អាច វិភាគ បញ្ហា ផ្លូវ ចិត្ត និង ផ្លូវ ចិត្ត យ៉ាង ល្អ ។	<input type="radio"/>							
11. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ស្រួល ក្នុង ការ សួរ សំណួរ អំពី ការ ព្យាបាល និង ការ ប្រើ ថ្នាំ របស់ ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>							
12. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា មាន សេវាកម្ម ក្នុង ការ ថែទាំ ។	<input type="radio"/>							
13. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន គេ ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពី សិទ្ធិ របស់ ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>							
14. បុគ្គលិក បាន លើក ទឹកចិត្ត ឱ្យ ទទួលបាន ត្រូវ លើ របៀប ដែល ខ្ញុំ រស់នៅ ក្នុង ជីវិត របស់ ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>							
15. បុគ្គលិក បាន ប្រាប់ ខ្ញុំ ពី ផលប៉ះពាល់ របស់ បន្ទប់ ឬ ខ្លះ ដែល ខ្ញុំ គួរ យក ចិត្ត ទុក ដាក់ ។	<input type="radio"/>							
16. បុគ្គលិក បាន គោរព បំណង ប្រាថ្នា របស់ ខ្ញុំ អំពី អ្នក ណាដែល លក្ខណៈ ត្រូវ បាន និង អ្នក ណាដែល មិន ត្រូវ បាន ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពី ការ ព្យាបាល របស់ ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>							
17. ខ្ញុំ មិន មែន ជា បុគ្គលិក ទេ ដែល បាន សម្រេច ពី គោលដៅ ព្យាបាល របស់ ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>							
18. បុគ្គលិក យល់ ពី សារៈ ការ ប្រយោជន៍ របស់ ខ្ញុំ ។ <i>ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម</i>	<input type="radio"/>							
19. បុគ្គលិក បាន ជួយ ឱ្យ ខ្ញុំ ទទួលបាន ព័ត៌មាន ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ ដើម្បី ឱ្យ ខ្ញុំ អាច ទទួលបាន គ្រប់គ្រង ដំណើរ របស់ ខ្ញុំ បាន ។	<input type="radio"/>							
20. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន លើក ទឹកចិត្ត ឱ្យ ប្រើ ប្រាស់ កម្មវិធី ដែល ល្អ គ្រប់គ្រង ដោយ អ្នក ប្រើ ប្រាស់ ។ <i>ក្រុម គាំទ្រ មជ្ឈមណ្ឌល ចូលរួម របស់ ខ្លួន ដោយ សេរី ខ្សែ ទូរស័ព្ទ រៀបរយ អ្នក មាន វិបត្តិ ជាដើម</i>	<input type="radio"/>							
<b>ជំនួយ លម្អិត នៃ សេវាកម្ម ដែល បាន ទទួល</b>	<input type="radio"/>							
21. ខ្ញុំ ដោះស្រាយ បញ្ហា ប្រចាំ ថ្ងៃ តែ មាន ប្រសិទ្ធិ ភាព ។	<input type="radio"/>							
22. ខ្ញុំ អាច គ្រប់គ្រង ជំងឺ របស់ ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<input type="radio"/>							
23. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ វិបត្តិ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<input type="radio"/>							
24. ខ្ញុំ កំពុង មាន ទំនាក់ទំនង ប្រសើរ ជាង មុន ជាមួយ គ្រួសារ របស់ ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>							
25. ខ្ញុំ សម្រេច បាន លទ្ធផល ល្អ ប្រសើរ ជាង មុន នៅក្នុង ភាព សង្គម ។	<input type="radio"/>							
26. ខ្ញុំ សម្រេច បាន លទ្ធផល ល្អ ប្រសើរ ជាង មុន នៅសាលា និង/ឬ កន្លែង ធ្វើ ការ ។	<input type="radio"/>							
27. ស្ថានភាព ផ្ទះ របស់ ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ឡើង ។	<input type="radio"/>							
28. រោគសញ្ញា របស់ ខ្ញុំ មិន កំពុង ខ្លាំង ឡើយ ទេ ។	<input type="radio"/>							
29. ខ្ញុំ ធ្វើ រឿង ដែល លាមក អត្តសញ្ញាណ ខ្ញុំ ជាង មុន ។	<input type="radio"/>							
30. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ ចំពោះ សេចក្តី ត្រូវ ការ របស់ ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<input type="radio"/>							
31. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ រឿង ផ្សេង ៗ បាន ប្រសើរ ជាង មុន នៅ ពេល ល្អ ក្នុង ការ បញ្ហា ។	<input type="radio"/>							
32. ខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ ចង់ ធ្វើ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<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

29273

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

DHCS 1744 KH

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



**ជាលទ្ធផល លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម មួយ លទ្ធផល បាន ទទួល**

33 ខ្ញុំ រីករាយ និងមិត្តភាព ដែល មាន ។	<input type="radio"/>					
34 ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល លទ្ធផល អាច ធ្វើ រឿង រីករាយ ជាមួយ បាន ។	<input type="radio"/>					
35 ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាខ្ញុំ ជាសមាជិក កម្រិត នៅក្នុង ឯកសារ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>					
36 នៅពេល មាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែល លទ្ធផល ត្រូវ ការ ពីគ្រួសារ ឬ មិត្ត ភក្តិ ។	<input type="radio"/>					

**សំណួរ ស្តី ពីគុណភាព ជីវិត**

សូមឆ្លើយ យល់ស្រាប់ នីមួយៗ ដូចតទៅនេះ:

ដោយជ្រើសយកចម្លើយ យល់ស្រាប់ លក្ខណៈណាមួយ ពីបទពិសោធន៍ របស់អ្នក ឬអារម្មណ៍ របស់អ្នក បាន ប្រសើរ ជាង គេ ។ ចំពោះ សំណួរ មួយចំនួន អ្នក អាច ជ្រើសយកចម្លើយ មិនពាក់ព័ន្ធ ប្រសិនបើ សំណួរ នោះ មិនពាក់ព័ន្ធចំពោះ អ្នក ។

ការ ពេញចិត្តនឹង ជីវិតទូទៅ	មិនពេញចិត្ត ក្នុងខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត ក	ភាគ ច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត ក្នុង	ភាគ ច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង
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>	មិនពេញចិត្ត ក្នុងខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត ក	ភាគ ច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត ក្នុង	ភាគ ច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង
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 ដែល អ្នក 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 ការ ធ្វើ កិច្ចការ ជាធម្មតាប្រចាំ ថ្ងៃ</b>	មិនពេញចិត្ត ក្នុងខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត ក	ភាគ ច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត ក្នុង	ភាគ ច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង
សូមគិតអំពីរបៀបដែល អ្នក ចំណាយពេលវេលា របស់អ្នក ។							
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 រយៈពេល រីករាយ 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"/>

**គ្រួសារ**

4. ជាទូទៅ តើ អ្នក ជួបជាមួយ យល់ស្រាប់ ពេញចិត្តខ្លាំង ឬ មិន ?
- យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ
  - យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍
  - យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយខែ
  - មិនដែលជួបជាមួយគ្រួសារ/មិនពាក់ព័ន្ធ
  - មិនមានគ្រួសារ/មិនពាក់ព័ន្ធ

	មិនពេញចិត្ត ក្នុងខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត ក	ភាគ ច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត ក្នុង	ភាគ ច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
5. តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាចំពោះ :								
a. របៀបដែល អ្នក និងគ្រួសារ របស់អ្នក ប្រព្រឹត្ត ចំពោះ គ្នាទៅវិញទៅមក?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ស្ថានភាព តើ មាន បច្ចុប្បន្ន ទៅរក អ្នក និងគ្រួសារ របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ទំនាក់ ទំនង ក្នុង សង្គម**

6. តើ អ្នក ធ្វើ រឿង ដូចតទៅនេះ ប្រហែល លឿន ប៉ុន្មាន ដែរ ?
- a. តើ ពេលវេលា លាប៉ុន្មាន ដែល អ្នក មាន ការ ប្រាស្រ័យ ទាក់ ទង តើ អ្នក មាន ជាមួយ យុគ្រល ដែល មិន រស់នៅជាមួយ អ្នក ?
- យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ
  - យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍
  - យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយខែ
  - មិនដែលជួបជាមួយគ្រួសារ/មិនពាក់ព័ន្ធ
  - មិនពាក់ព័ន្ធ
- b. ចំណាយពេលវេលា យុគ្រល ដែល អ្នក គិតលើ សកម្មភាព ចម្រើន ប្រពន្ធ មិត្តប្រុស ឬ មិត្តស្រី ?
- យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ
  - យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍
  - យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយខែ
  - មិនដែលជួបជាមួយគ្រួសារ/មិនពាក់ព័ន្ធ
  - មិនពាក់ព័ន្ធ

\* CSI County Client Number

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

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



	មិនពេញចិត្ត តិចជាង ៥	មិនពេញចិត្ត តិចជាង ៥	ភាគច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត តិចជាង ៥	ភាគច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត តិចជាង ៥	មិនពាក់ព័ន្ធ
7. តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាចំពោះ :								
a. រឿង ដែល ល្អ ធ្វើ ជាមួយ យន្តការ ទេ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ចំនួននៃ ពេលវេលា ដែល ល្អ ធ្វើ ជាមួយ យន្តការ ទេ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. មនុស្ស ដែល ល្អ ធ្វើ ជាមួយ យន្តការ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ចំនួននៃ មិត្តភាព នៅក្នុង ផ្ទះ របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ហិរញ្ញវត្ថុ**

8. ក្នុង អំឡុងពេល មួយខែ កន្លង មកនេះ តើ ជាទូទៅ អ្នក មាន ប្រាក់ គ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់ ចំណាយលើ របស់ របស់ ដូចតទៅនេះ ដែរ ឬទេ ?
- a. ម្ហូប បរិភោគ ?  មាន  អត់មានទេ
- b. សម្លៀកបំពាក់ ?  មាន  អត់មានទេ
- c. លំនៅដ្ឋាន ?  មាន  អត់មានទេ
- d. ធ្វើ ដំណើរ គ្រប់ទីកន្លែង សម្រាប់ រឿង ដូចជាការ ទិញទំនិញ ការ ណាត់ជួបពេទ្យ ឬ ទៅលេង មិត្តភក្តិ និង សាច់ញាតិ  មាន  អត់មានទេ ជាដើម ?  មាន  អត់មានទេ
- e. សកម្មភាព សង្គម ដូចជាខ្សែភាពយន្ត ឬ បរិភោគនៅកន្លែងស៊ី ?  មាន  អត់មានទេ

**ច្បាប់ & សុវត្ថិភាព**

9. កាល ពីខែ មុន តើ អ្នក ជាជន ងគ្រោះ ដោយសារ :
- a. បទឧក្រិដ្ឋ ឬ បណ្តឹង យុត្តិធម៌ រាយ ប្រហារ ការ ចាប់ រំលោភ ការ រាយ ប្តឹង យកទ្រព្យសម្បត្តិ  មាន  អត់មានទេ ឬ អំពើ ប្តឹង ជាដើម ?  មាន  អត់មានទេ
- b. បទឧក្រិដ្ឋ ហិង្សា ឬ យុត្តិធម៌ ចោរ គាស់ផ្ទះ ចោរ លួចទ្រព្យសម្បត្តិ ឬ លុយកាក់ ឬ គ្រូ រឺ គេ បោកប្រាស់ ជាដើម ?  មាន  អត់មានទេ
10. កាល ពីខែ មុន តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ខ្លួន ឬ បញ្ជូន ដល់ បទឧក្រិដ្ឋ ឬ យុត្តិធម៌ យ ?
- គ្មានការចាប់ខ្លួនទេ  ចាប់ខ្លួនមួយលើក  ចាប់ខ្លួនពីរលើក  ចាប់ខ្លួនបីលើក  ចាប់ខ្លួនបួនលើក ឬ ច្រើនជាងនេះ

	មិនពេញចិត្ត តិចជាង ៥	មិនពេញចិត្ត តិចជាង ៥	ភាគច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត តិចជាង ៥	ភាគច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត តិចជាង ៥
11. តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាចំពោះ :							
a. តើ អ្នក មាន សុវត្ថិភាព ប៉ុណ្ណាដែរ រ នៅក្នុង ផ្ទះ របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. តើ នៅកន្លែង ដែល អ្នក រស់នៅមាន សុវត្ថិភាព ប៉ុណ្ណាដែរ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ការ ការពារ ដែល អ្នក មាន ពីការ ប្តឹង ឬ រាយ ប្រហារ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>សុខភាព</b>							
12. តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាចំពោះ :							
a. សុខភាព របស់អ្នក ជាទូទៅ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. លក្ខខណ្ឌ កាយ របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. សុខុមាលភាព ផ្លូវចិត្ត 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\*\*\*



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

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

- នេះ ជាការ ចូលរួម ពិនិត្យ ជាមួយ គ្រូពេទ្យ លើក ដំបូង របស់ ខ្ញុំ នៅទីនេះ។
- ខ្ញុំ បាន ចូលរួម ពិនិត្យ ជាមួយ គ្រូពេទ្យ ច្រើន ជាង មួយ លើក ប៉ុន្តែ ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវា មិនទាន់ បាន មួយ ខែ នៅឡើយទេ។
- 1-2 ខែ
- 3-5 ខែ
- 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
- ច្រើន ជាង 1 ឆ្នាំ

<p>សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 2 ដល់ទី 4 ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ 1 ចិត្ត សម្រាប់  <b>មួយឆ្នាំ ឬ តិចជាង</b></p>	<p>សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 5 ដល់ទី 7 ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ 1 ចិត្ត សម្រាប់  <b>ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ</b></p>
<p>2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព រដ្ឋ 1 ចិត្ត ? <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p> <p>3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេល នោះ ឬទេ ? <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p> <p>4. ចាប់ តាំងពី កូន របស់ អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព រដ្ឋ 1 ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីន របស់ ពួកគេ ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ត្រូវបាន កាត់បន្ថយ</li> <li><i>ឧទាហរណ៍ ដូចជា ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា ទៅដោយ ប៉ូលីស ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយ ប៉ូលីស ទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ កម្មវិធី ជំនួយ ណាមួយ</i></li> <li><input type="radio"/> នៅដដែល</li> <li><input type="radio"/> បាន កើនឡើង</li> <li><input type="radio"/> មិនពាក់ព័ន្ធ</li> </ul> <p><i>ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីន នៅឆ្នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ</i></p>	<p>5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល 90 ថ្ងៃ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ? <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p> <p>6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេល នោះ ឬទេ ? <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p> <p>7. ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព រដ្ឋ 1 ចិត្ត តើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ យុវលីន ទេ ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ត្រូវបាន កាត់បន្ថយ</li> <li><i>ឧទាហរណ៍ ដូចជា ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា ទៅដោយ ប៉ូលីស ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយ ប៉ូលីស ទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ កម្មវិធី ជំនួយ ណាមួយ</i></li> <li><input type="radio"/> នៅដដែល</li> <li><input type="radio"/> បាន កើនឡើង</li> <li><input type="radio"/> មិនពាក់ព័ន្ធ</li> </ul> <p><i>ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីន នៅឆ្នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ</i></p>

\* CSI County Client Number

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

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



29273





8. តើ អ្នក ប្រើប្រាស់ កម្មវិធី ?  ប្រើប្រាស់  មិនប្រើប្រាស់

9. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើតមុនសិក្សា/ អេស៊ីយ៉ា / អាមេរិក ឬ កូរ៉េ ទេ ?  មាន  អត់មានទេ  មិនដឹង

10. តើ អ្នក ជា ប្រជាជន ជនជាតិ ណា ?  ដើមកំណើតកម្ពុជា ឬ អាស៊ាន/អាមេរិក  ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស  
 សូម គូស ខ្សែ ប្រាប់ ឈ្មោះ យ៉ាង លម្អិត  អាស៊ី  សាសន៍ មួយ ទៀត  
 ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ  មិនដឹង  
 ជនជាតិដើមអាមេរិក / អ្នករស់នៅ ដែនកោះ ប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្សេង ទៀត

11. តើ អ្នក កើត នៅ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ ណា ?

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

12. តើ សំណើ ឯកសារ ជា អក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម មុន ឯកសារ ដទៃ បាន ទទួល បាន ឬ ទេ ?  មាន  អត់មានទេ  
 ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជូន ជា ភាសា ដើម ឬ អ្នក ជ្រើស រើ សម្រាប់ ទេ ?  
 ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណ ដៃ លេខ ប្រាប់ អំពី សេវាកម្ម មួយ លេខ រក បាន សិទ្ធិ របស់ អ្នក ជា អ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អំពី សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ជាដើម

13. តើ អ្នក គិត អំពី សេវាកម្ម មុន ឯកសារ ដទៃ បាន ទទួល បាន តាម តេឡេសុខភាព ចំនួន ប៉ុន្មាន ?  
 តាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទនា សិន តាម វីដេអូ  
 គ្មាន  តិចតួចណាស់  ប្រហែល ពាក់កណ្តាល  ភ្លើង តែ ទាំង អស់  ទាំង អស់

14. តើ ការ ពិនិត្យ តាម រយៈ ពេល telehealth របស់ អ្នក ប្រៀបធៀប ទៅ នឹង ការ មក ពិនិត្យ ដោយ ផ្ទាល់ មុខ តាម បែប ប្រពៃណី មាន សារៈ ប្រយោជន៍ ដល់ លទ្ធផល ឬ ទេ ?  
 កាន់តែ ចុះ អន់ថយ  ដូច ជា កាន់តែ អាក្រក់ ជាង មុន  ប្រហែល ជា ដូចគ្នា  ដូច ជា ប្រសើរ ជាង មុន  ល្អ ប្រសើរ ជាង មុន ច្រើន  មិន ពាក់ព័ន្ធ

15. ខ្ញុំ ចង់ ទទួល បាន ការ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត របស់ ខ្ញុំ សម្រាប់ កម្មវិធី នេះ បន្ថែម ទៀត តាម រយៈ ការ ជួប ពិគ្រោះ ដោយ ប្រយោល  
 មិន យល់ ព្រម ខ្លាំង  មិន យល់ ព្រម  អព្យាក្រឹត  យល់ ព្រម  យល់ ព្រម ខ្លាំង  មិន ពាក់ព័ន្ធ



16. សូម ផ្តល់ យោបល់ នៅ ទី នេះ ។ យើង ចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មតិ គំហើញ ផ្លូវ ចិត្ត និង អវិជ្ជមាន ។ ដូច គ្នា នេះ ផង ដែរ ប្រសិន បើ មាន ផ្នែក ណា មួយ ដែល មិន ត្រូវ បាន គ្រប ដណ្តប់ ដោយ កម្រ ដំណោះស្រាយ នេះ ដែល អ្នក គិត ថា គួរ មាន សូម សរសេរ ព្រឹត្តិការណ៍ នៅ ទី នេះ ។ សូម អរគុណ ចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់ អ្នក ក្នុង ការ បំពេញ កម្រិត ដំណោះស្រាយ នេះ ។

សូម អរគុណ ចំពោះ ការ ចំណាយ ពេលវេលា របស់ អ្នក ទាំង នេះ !

**FOR OFFICE USE ONLY**

County Code:   Date of Survey Administration:   /   /       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\*\*\*

