

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

•សូមឆ្លើយ សំណួរ ខាងក្រោម ដោយផ្អែក លើ 6 ខែ ចុងក្រោយ
ប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ទទួលសេវាកម្ម រយៈពេល 6 ខែ ទេ គ្រាន់តែ ផ្តល់ ចម្លើយ
ដោយផ្អែក លើ សេវាកម្ម ដែលអ្នក បាន ទទួល ព្រមទាំង ដល់ពេលវេលា ៖
សូមចង្អុល លបង្ហាញ ថា តើ អ្នក យល់ស្រប ខ្លាំង ឬ យល់ស្រប ស្តី ត្រង់ចំណុចណាមួយ មិនយល់ស្រប
ឬមិនយល់ស្រប យ៉ាង ខ្លាំង ដូចជា យើងប្រយោគនីមួយៗ នៅខាងក្រោម នេះ ។ ជ្រើសរើស
" មិនអាច អនុវត្តបាន " ប្រសិនបើ សំណួរ គឺអំពីអ្វី មួយដែល មិនដែល លកើតឡើង។

•សូមបំពេញ ត្រីមាត្រី មិន ត្រីមាត្រី មិន ត្រីមាត្រី

ពេញលេញ	យល់ស្រប ខ្លាំង	យល់ស្រប	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ស្រប	មិនយល់ស្រប ខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ខ្ញុំ ចូលចិត្តសេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួលនៅទីនេះ ។	<input type="radio"/>					
2. ប្រសិនបើ ខ្ញុំ មាន ជម្រើស ផ្សេង ទៀត ខ្ញុំ នឹងនៅតែ ទទួលសេវាកម្ម ពី ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ដដែល ។	<input type="radio"/>					
3. ខ្ញុំ នឹងណែនាំ ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ទៅឲ្យមិត្តភក្តិ ឬ សមាជិក គ្រួសារ ។	<input type="radio"/>					
4. ទីតាំង សេវាកម្ម នេះ មាន ភាព ងាយស្រួល ។ ដូចជា កន្លែង ចតរថយន្ត មធ្យោបាយ ធ្វើ ដំណើរ សាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម	<input type="radio"/>					
5. បុគ្គលិក មាន ឆន្ទៈ ចង់ជួយ ឲ្យបាន ញឹកញាប់ តាម ដែល ខ្ញុំ គិតថា ចាំបាច់ ។	<input type="radio"/>					
6. បុគ្គលិក បាន ទូរស័ព្ទ ក្នុង រយៈពេល ២៤ ម៉ោង ។	<input type="radio"/>					
7. សេវាកម្ម មាន នៅពេលដែល លោក សមស្រប ខ្លាំង ។	<input type="radio"/>					
8. ខ្ញុំ អាច ទទួលបាន គ្រប់សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ គិតថា ត្រូវ ការ ។	<input type="radio"/>					
9. ខ្ញុំ អាច ជួបគ្រូ ពេទ្យ ផ្លូវ ចិត្តបាន នៅពេលណាដែល ខ្ញុំ ចង់ជួប។	<input type="radio"/>					
10. បុគ្គលិក នៅទីនេះ មាន ជំនាញ អាច រីកចម្រើន ផ្លាស់ ប្តូរ និង ធ្វើ ស្ទើរ យឺតយ៉ាវ បាន ។	<input type="radio"/>					
11. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ស្រួល ក្នុង ការ សួរ សំណួរ អំពីការ ព្យាបាល និងការ ប្រើ ថ្នាំ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>					
12. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាមាន សេរីភាព ក្នុង ការ គរា។	<input type="radio"/>					
13. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន គេ ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពីសិទ្ធិ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>					
14. បុគ្គលិក បាន លើកទឹកចិត្ត ឲ្យទទួលខុសត្រូវ លើ របៀបដែល ខ្ញុំ រស់នៅក្នុង ជីវិត របស់ខ្ញុំ ។	<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.

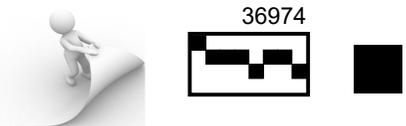
* CSI County Client Number

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

DHCS 1744 KH

36974

Must be entered on EVERY page



	យល់ព្រម ខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រម ខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
15. បុគ្គលិក ក្រុមប្រឹក្សា ប្រាប់ ខ្ញុំ ពីផលប៉ះពាល់ បន្ទាប់ បន្សំ អវិជ្ជា ដែលខ្ញុំ គួរ យកចិត្តទុកដាក់ ។	<input type="radio"/>					
16. បុគ្គលិក ក្រុមប្រឹក្សា គោរព ព្រមព្រៀង ប្រាថ្នា របស់ខ្ញុំ អំពីអ្នកណាដែល លក្ខណៈ ត្រូវ បាន និង អ្នក ណាដែល មិនត្រូវ បាន ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពីការ ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>					
17. ខ្ញុំ មិនមែន ជាបុគ្គលិក ទេ ដែលបាន សម្រេច ពីគោលដៅ ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>					
18. បុគ្គលិក យល់ពីសារៈ គារ ប្លង់ មី របស់ខ្ញុំ ។ ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម	<input type="radio"/>					
19. បុគ្គលិក ក្រុមប្រឹក្សា ជួយឱ្យខ្ញុំ ទទួលបាន ព័ត៌មាន ដែលខ្ញុំ ត្រូវ ការ ដើម្បី ឱ្យខ្ញុំ អាច ទទួលបាន កម្រិត បំប្រុង ដល់ របស់ខ្ញុំ បាន ។	<input type="radio"/>					
20. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន លើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើ ប្រាស់ កម្មវិធីដែល លក្ខណៈ បំប្រុង ដោយអ្នក ប្រើ ប្រាស់ ។ ក្រុមគាំទ្រ មជ្ឈមណ្ឌល ចូលរួម បង្កើន យុទ្ធសាស្ត្រ វិធានការ របស់ខ្ញុំ ប្រាប់ អ្នក មាន វិបត្តិ ជាដើម	<input type="radio"/>					
ជំនួយ ផ្នែក លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន						
21. ខ្ញុំ ដោះស្រាយ បញ្ហាប្រឈម ចាំ ថ្ងៃកាន់ តែ មាន ប្រសិទ្ធភាព ។	<input type="radio"/>					
22. ខ្ញុំ អាច គ្រប់គ្រង ជំងឺ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។	<input type="radio"/>					
23. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ វិបត្តិ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។	<input type="radio"/>					
24. ខ្ញុំ កំពុងមាន ទំនាក់ទំនង ប្រសើរ ជាង មុនជាមួយ បុគ្គលិក របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>					
25. ខ្ញុំ សម្រេចបាន លទ្ធផល ល្អ ប្រសើរ ជាង មុននៅក្នុង គុណភាព ភាពសង្គម ។	<input type="radio"/>					
26. ខ្ញុំ សម្រេចបាន លទ្ធផល ល្អ ប្រសើរ ជាង មុននៅសាលា និង/ឬ កន្លែង ធ្វើ ការ ។	<input type="radio"/>					
27. ស្ថានភាព ផ្ទះ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ឡើង។	<input type="radio"/>					
28. រោគសញ្ញា របស់ខ្ញុំ មិនកំពុង ខ្លាំង ខ្លាំង ឡើយ ទេ ។	<input type="radio"/>					
29. ខ្ញុំ ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ អត្ថប្រយោជន៍ យប់ពោះ ខ្ញុំ ជាង មុន។	<input type="radio"/>					
30. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ ចំពោះ សេចក្តី ត្រូវ ការ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។	<input type="radio"/>					
31. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ រឿង ផ្សេង ៗ បាន ប្រសើរ ជាង មុន នៅពេល លក្ខណៈ មាន បញ្ហា។	<input type="radio"/>					
32. ខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ ចង់ធ្វើ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។	<input type="radio"/>					

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



សំរាប់ សំណួរ ចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយសំរាប់ ទំនាក់ ទំនងជាមួយ យុគ្គល
 ដែលក្រៅពី អ្នក ផ្តល់ សេវាសុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់អ្នក ។

	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
ជំនាញ លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ដែល លទ្ធផល បាន ទទួល						
33. ខ្ញុំ រីករាយ និងមិត្តភាព ដែល លទ្ធផល 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 ដល់ ហត្ថមន៍ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>					
36. នៅពេល លមាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែល លទ្ធផល ត្រូវ ការ ពីគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ ។	<input type="radio"/>					

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



36974



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

1. តាម ការ ប៉ាន់ ស្មាន តើ អ្នក បាន ទទួលសេវា នៅទី នេះ រយៈពេល លប៉ុន្មាន ហើយ ?
- នេះជាការចូលរួមដំបូងរបស់អ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់សេវានេះ។
 - ខ្ញុំបានចូលរួមដំបូងជាមួយគ្រូពេទ្យច្រើនជាងមួយលើក ប៉ុន្តែខ្ញុំបានទទួលសេវាមិនទាន់បានមួយខែនៅឡើយទេ។
 - 1-2 ខែ
 - 3-5 ខែ
 - 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
 - ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ



<p>សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 2 ដល់ទី 4 ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា មុន ខណៈ ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់</p> <p>មួយឆ្នាំ ឬតិចជាង</p>	<p>សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 5 ដល់ទី 7 ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា មុន ខណៈ ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់</p> <p>ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ</p>
<p>2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ នូវ ឬ ទេ ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា ខណៈ ផ្លូវ ចិត្ត ?</p> <p>3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ ល្មើស ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?</p> <p>4. ចាប់ តាំងពី កូន របស់អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា ខណៈ ផ្លូវ ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យប់លិស របស់ពួកគេ ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ត្រូវបានកាត់បន្ថយ ខ្លាញ់ រ ឈឺចាប់ <input type="radio"/> ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា នៅដោយ ប៉ូលីស <input type="radio"/> ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជម្រក ឬ កម្មវិធី វិបត្តិ ណាមួយ <input type="radio"/> នៅដដែល <input type="radio"/> បានកើនឡើង <input type="radio"/> មិនពាក់ព័ន្ធ ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យប់លិសនៅឡើយ នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ 	<p>5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?</p> <p>6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?</p> <p>7. ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា ខណៈ ផ្លូវ ចិត្ត តើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ យប់លិស ទេ ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ត្រូវបានកាត់បន្ថយ ខ្លាញ់ រ ឈឺចាប់ <input type="radio"/> ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា នៅដោយ ប៉ូលីស <input type="radio"/> ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជម្រក ឬ កម្មវិធី វិបត្តិ ណាមួយ <input type="radio"/> នៅដដែល <input type="radio"/> បានកើនឡើង <input type="radio"/> មិនពាក់ព័ន្ធ ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យប់លិសនៅឡើយ នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

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

8. តើ ទរ របស់អ្នក គឺអ្វី ? បុរស ស្ត្រី
9. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិក ឡាទី ន? មាន អត់មានទេ មិនដឹង
10. តើ អ្នក ជា ពូជសាសន៍អ្វី ?
- ដើមកំណើតឥណ្ឌា ឬ អាឡាស្កា អាមេរិក
 - អាស៊ី
 - ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ
 - ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
- សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ែង លពាក់ ព័ន្ធ
- ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស
 - សាសន៍មួយទៀត
 - មិនដឹង

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

11. តើ អ្នក កើ តនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា?

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

12. តើ សំណេរឯកសារ ជាអ ក្សរ និង/ ឬ សេ វាក ម្មទាំ ងឡាយ ដែល អ្នក បាន ទទួល មាន អត់មានទេ ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជូនជាភាសាខ្មែរ លម្អិត ជ្រើសរើស មែន ទេ ?
 ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណដែល ល្បី បរាប់ អំពីសេវាកម្ម ដែល អាច រកបាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើ ប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម

13. តើ គិតអំពីសេវាកម្ម ម្ចាស់ ដែល អ្នក បាន ទទួល, តើ តាម តេ លេ សុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន ?
 តាម ទូរស័ព្ទ ឬការ ធ្វើ សន្ទិសីទតាម វីដេអូ
 គ្មាន តិចតួចណាស់ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ស្ទើរតែទាំងអស់ ទាំងអស់

14. តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈ telehealth របស់អ្នក ប្រើ ប្រាស់ទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយ ផ្ទាល់ មុខតាម បែប ប្រពៃណី
 កាន់តែចុះអន់ថយ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន ប្រហែលជាដូចគ្នា ដូចជាប្រសើរជាងមុន ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន
 មិនពាក់ព័ន្ធ

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

16. សូមផ្តល់ យោបល់នៅទីនេះ ។ យើងចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មតិគំហុក ជួរមាន និង អវិជ្ជមាន ។
 ដូចគ្នានេះ ផងដែរ ប្រសិនបើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែល មិនត្រូវ បាន គ្របដណ្តប់ ដោយកម្រ ឯសំណួរ នេះ ដែល អ្នក គិតថា គួរ មាន សូមសរសេរ ពួកវានៅទីនេះ ។
 សូមអរគុណចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់អ្នក ក្នុង ការ បំពេញកម្រ ឯសំណួរ នេះ ។

សូមអរគុណ លើការ ចំណាយពេលវេលា លើការ យល់ព្រម ទាំង នេះ !

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

 Date of Survey Administration:

0	5
---	---

 /

--	--

 /

2	0	2	6
---	---	---	---

 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

