

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

•សូមឆ្លើយ សំណួរ ខាងក្រោម ដោយផ្អែកលើ 6 ខែ ចុងក្រោយ
ឬប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ទទួលសេវាកម្ម រយៈពេល 6 ខែ ទេ គ្រាន់តែ ផ្តល់ ចម្លើយ
ដោយផ្អែកលើ សេវាកម្ម ដែលអ្នក បាន ទទួល ពូកែមកដល់ពេលនេះ ។
សូមចង្អុល លបង្ហាញ ថា តើ អ្នក យល់ស្របខ្លាំង ឬ យល់ស្រប ស្តី តទៅចំណុចកណ្តាល មិនយល់ស្រប
ឬមិនយល់ស្រប យ៉ាងខ្លាំង ដូចជា យើងប្រយោគនីមួយៗនៅខាងក្រោម នេះ ។ ជ្រើសរើស
" មិនអាច អនុវត្តបាន " ប្រសិនបើ សំណួរ គឺអំពីអ្វី មួយដែល មិនដែល លកើតឡើង។

•សូមបំពេញ ក្នុង រង្វង់ ឱ្យបាន ត្រឹមត្រូវ មិន ត្រឹមត្រូវ

ពេញលេញ	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ខ្ញុំ ចូលចិត្តសេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ 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 ទៅឱ្យមិត្តភក្តិ ឬ សមាជិក គ្រួសារ ។	<input type="radio"/>					
4. ទីតាំង សេវាកម្ម នេះ មាន ភាព ងាយស្រួល ។ <i>ដូចជា កន្លែង ចតរថយន្ត 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 មក ខ្ញុំ វិញ រយៈពេល ២៤ ម៉ោង ។	<input type="radio"/>					
7. សេវាកម្ម មាន នៅពេល ដែល 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 ផ្តល់ វិចិត្រ បាន នៅពេល ណាដែល ខ្ញុំ ចង់ជួប ។	<input type="radio"/>					
10. បុគ្គលិក នៅទីនេះ មាន ជំនាញ ខ្ពស់ អាច រីកចម្រើន ផ្លាស់ ប្តូរ និង ជួរ ស្ទើរ យឺត 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 សេវិកា ក្នុង ការ គាំទ្រ ។	<input type="radio"/>					
13. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន គេ ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពីសិទ្ធិ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>					
14. បុគ្គលិក បាន លើកទឹកចិត្ត ឱ្យ ទទួលខុសត្រូវ 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

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

Must be entered on EVERY page

DHCS 1744 KH

54937



	យល់ព្រម ខ្ពស់ ង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រម ខ្លាំង ង	មិនពាក់ព័ន្ធ
15. បុគ្គលិក កបាន ប្រាប់ ខ្ញុំ ពីផលប៉ះពាល់ បន្ទាប់ បន្សំ អវិជ្ជា ដែលខ្ញុំ គួរ យកចិត្តទុកដាក់ ។	<input type="radio"/>					
16. បុគ្គលិក កបាន 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 ប្បដ មី របស់ខ្ញុំ ។ ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម	<input type="radio"/>					
19. បុគ្គលិក កបាន 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 ។ ក្រុមគ្រប់គ្រង មជ្ឈមណ្ឌល ចូលរួម បង្កើន យុទ្ធសាស្ត្រ វិធានការ របស់ខ្ញុំ ប្រាប់ អ្នក មាន វិបត្តិ ជាដើម	<input type="radio"/>					
ជំនាញ លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួល						
21. ខ្ញុំ ដោះស្រាយ បញ្ហាប្រចាំ ថ្ងៃកាន់ តែ មាន ប្រសិទ្ធផល ភាព ។	<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 សង្គម ។	<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 ខាន 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 សូមឆ្លើយ យល់ស្រាប់ ទំនាក់ ទំនងជាមួយ យុគ្គល ដែល លក្រៅពី អ្នក ផ្តល់ សេវាសុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់អ្នក ។

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

សំណួរ ផ្លូវចិត្ត ពិគ្រោះយោបល់

សូមឆ្លើយ យល់ស្រាប់ នីមួយៗ ដូចតទៅនេះ:

ដោយជ្រើសយកចម្លើយ យល់ស្រាប់ លទ្ធផលនៃការ ពិបាកពិសោធន៍ របស់អ្នក ឬអារម្មណ៍ របស់អ្នក បាន ប្រសើរ ជាង គេ ។

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

ការ ពេញចិត្តនឹង ជីវិតទូទៅ	មិនពេញចិត្ត កខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត	ភាគច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនមែន មិនពេញចិត្ត កណ្តាល	ភាគច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត កខ្លាំង
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"/>
ស្ថានភាព រស់នៅ 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"/>
សកម្មភាព និង ការ ធ្វើ កិច្ចការ ជាធម្មតាប្រចាំថ្ងៃ 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 រយៈពេល វិជ្ជាជីវៈ ឬ ស្រាវជ្រាវ ?	<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

54937



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 ការវាយប្លន់យកទ្រព្យសម្បត្តិ ឬអំពើប្លន់ជាដើម? មាន អត់មានទេ
- b. បទឧក្រិដ្ឋហិង្សាណាមួយដូចជាចោរកាត់ផ្ទះ ចោរលួចទ្រព្យសម្បត្តិ ឬលុយកាក់ ឬគ្រឿងបោកប្រាស់ជាដើម? មាន អត់មានទេ

7. កាលពីខែមុន តើអ្នកត្រូវបានចាប់ខ្លួនដល់បទឧក្រិដ្ឋណាមួយ?

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

54937



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?
- នេះជាការចូលរួមពិនិត្យដំបូងរបស់អ្នកនៅទីនេះ។
 - ខ្ញុំបានចូលរួមពិនិត្យជាមួយគ្រូពេទ្យច្រើនជាងមួយលើក ប៉ុន្តែខ្ញុំបានទទួលសេវាមិនទាន់បានមួយខែនៅឡើយទេ។
 - 1-2 ខែ
 - 3-5 ខែ
 - 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
 - ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 2 ដល់ទី 4
ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព
ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់

មួយឆ្នាំ ឬតិចជាង

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 5 ដល់ទី 7
ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព ផ្លូវ
ចិត្ត សម្រាប់

ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ

2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នកចាប់ផ្តើមទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត?
- មាន អត់មានទេ
3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នកចាប់ផ្តើមទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត រយៈពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ?
- មាន អត់មានទេ
4. ចាប់ តាំងពីកូនរបស់អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន របស់ពួកគេ ...
- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ ខ្លាញ់ រ ឈឺចាប់
 - ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា នៅដោយ ប៉ូលីស
 - ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជម្រក ឬ កម្មវិធី វិបត្តិ ណាមួយ
 - នៅដដែល
 - បានកើនឡើង
 - មិនពាក់ព័ន្ធ ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន នៅទី នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នកចាប់ផ្តើមទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត រយៈពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ?
- មាន អត់មានទេ
6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នកចាប់ផ្តើមទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត រយៈពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ?
- មាន អត់មានទេ
7. ចាប់ តាំងពីអ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត តើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ យុវជន ទេ ...
- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ ខ្លាញ់ រ ឈឺចាប់
 - ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា នៅដោយ ប៉ូលីស
 - ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជម្រក ឬ កម្មវិធី វិបត្តិ ណាមួយ
 - នៅដដែល
 - បានកើនឡើង
 - មិនពាក់ព័ន្ធ ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន នៅទី នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

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

8. តើ អ្នក មាន មតិយោបល់ អ្វី? បុរស ស្ត្រី
9. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិកឡាទី ន? មាន អត់មានទេ មិនដឹង
10. តើ អ្នក ជា ពូជសាសន៍ អ្វី? *សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ែង លពាក់ ព័ន្ធ*
- ដើមកំណើតឥណ្ឌា ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស
 - អាស៊ី សាសន៍មួយទៀត
 - ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ មិនដឹង
 - ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

* 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 ខិត្តប័ណ្ណ ដែល ល្បី បរាប់ អំពីសេវាកម្ម ម្តង លអាច រកបាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើ ប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម

13. ឥឡូវ គិតអំពីសេវាកម្ម ម្នាតា ដែល អ្នក បាន ទទួល, តើ តាម គេ លេ សុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន ?
 តាម ទូរស័ព្ទ ឬការ ធ្វើ សន្និសីទតាម 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 ទាំ ងមតិគបិវិជ្ជមាន និង អវិជ្ជមាន ។
 ដូចគ្នានេះ ផងដែរ ប្រសិនបើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែល មិនត្រូវ បាន គ្របដណ្តប់ ដោយកម្រ ងសំណួរ នេះ ដែល អ្នក គិតថា គួរ មាន សូមសរសេរ ពួកវានៅទីនេះ ។
 សូមអរគុណចំពោះ ពេលវេលា និងការ សហការ របស់អ្នក ក្នុងការ បំពេញកម្រ ងសំណួរ នេះ ។

សូមអរគុណ លបាន ចំណាយពេលវេលា លើការ យល់ព្រម ទាំ ងនេះ !

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

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

