



- សូមជួយគ្នា ងារ របស់យើងធ្វើឲ្យសេវាប្រសើរឡើងដោយឆ្លើយសំណួរមួយចំនួន។ ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងទុកជាការសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនមានគន្លឹះពេលលើសេវាកម្មបច្ចុប្បន្ន អនាគតនៃអ្នកឬកូនរបស់អ្នកនឹងទទួលបានឡើយ។
- សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមដោយផ្អែកលើសេវាកម្ម រយៈពេល ៦ ខែចុងក្រោយនេះ ឬប្រសិនបើសេវាកម្មមិនត្រូវបានទទួលអស់រយៈពេល ៦ ខែមកហើយ អ្នកគ្រាន់តែផ្តល់ចម្លើយដោយផ្អែកលើសេវាកម្មដែលបានទទួល ព្រោះមកដល់ពេលនេះ បានហើយ។ សូមចង្អុលបញ្ជាក់ថា តើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ មិនយល់ស្រប មិនទាន់សម្រេចចិត្ត យល់ស្រប ឬយល់ស្របជាមួយ ដូចគ្នា ដោយសារការអះអាងនីមួយៗខាងក្រោម។ ប្រសិនបើសំណួរទាក់ទងនឹងអ្វីមួយដែលអ្នកឬកូនរបស់អ្នកមិនបានជួបប្រទះ សូមជ្រើសយកចម្លើយមិនពាក់ព័ន្ធដើម្បីបង្ហាញថាសំណួរនេះមិនពាក់ព័ន្ធ។

ត្រីមាស ១ មិនត្រឹមត្រូវ ១	មិនយល់ ល្អ ២	មិនយល់ ពេញលេញ ៣	អព្យាក្រឹត ៤	យល់ ពេញលេញ ៥	យល់ ពេញលេញ ៥	មិនពាក់ ព័ន្ធ
1. ជារួម ឬ ពេញចិត្តនឹងសេវាកម្មដែលកូនរបស់ខ្ញុំបានទទួល។	<input type="radio"/>					
2. ខ្ញុំបានជួយជ្រើសរើសសេវាកម្មរបស់កូនខ្ញុំ។	<input type="radio"/>					
3. ខ្ញុំបានជួយជ្រើសរើសគោលដៅព្យាបាលរបស់កូនខ្ញុំ។	<input type="radio"/>					
4. មនុស្សដែលជួយកូនខ្ញុំនៅជាប់ជាមួយយើងមិនថាមានបញ្ហាអ្វីក៏ដោយ។	<input type="radio"/>					
5. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាកូនរបស់ខ្ញុំមានគ្នាដើម្បីនិយាយជាមួយនៅពេលលក់មានបញ្ហា។	<input type="radio"/>					
6. ខ្ញុំបានចូលរួមគ្នាដោះស្រាយបញ្ហាបញ្ហាបញ្ហារបស់កូន។	<input type="radio"/>					
7. សេវាកម្មដែលកូនខ្ញុំនឹង/ឬគ្រួសារខ្ញុំបានទទួលគឺត្រឹមត្រូវសម្រាប់យើង។	<input type="radio"/>					
8. ទីតាំងសេវាកម្មមានភាពងាយស្រួលសម្រាប់យើង។	<input type="radio"/>					
9. សេវាកម្មមាននៅតាមពេលវេលាលាងលាងស្រួលសម្រាប់យើង។	<input type="radio"/>					
10. គ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានទទួលជំនួយលើដៃចង់បានសម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>					
11. គ្រួសាររបស់ខ្ញុំទទួលបានជំនួយប្រើប្រាស់នៃលើកត្រូវការសម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>					
12. បុគ្គលិកបានប្រព្រឹត្តិដូចគ្នាដោយការគោរព។	<input type="radio"/>					
13. បុគ្គលិកបានគោរពជំនឿខាងវិញ្ញាណ និងសាសនារបស់គ្រួសារខ្ញុំ។	<input type="radio"/>					
14. បុគ្គលិកបាននិយាយជាមួយខ្ញុំតាមរបៀបដែលខ្ញុំយល់។	<input type="radio"/>					
15. បុគ្គលិកយល់ពីសារៈសំខាន់របស់ខ្ញុំ/ជនជាតិរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>					
ជាលទ្ធផល លទ្ធផលនៃសេវាកម្មដែលកូននិង/ឬគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានទទួល						
16. កូនខ្ញុំពូកែដោះស្រាយបញ្ហាជីវិតប្រចាំថ្ងៃ។	<input type="radio"/>					
17. កូនខ្ញុំមានទំនាក់ទំនងកាន់តែប្រសើរជាមួយមនុស្សគ្រួសារ។	<input type="radio"/>					
18. កូនខ្ញុំមានទំនាក់ទំនងកាន់តែប្រសើរជាមួយមិត្តភក្តិ និងមនុស្សដទៃទៀត។	<input type="radio"/>					
19. កូនខ្ញុំកំពុងទទួលបានលទ្ធផលល្អជាងមុននៅសាលា និង/ឬការងារ។	<input type="radio"/>					
20. កូនរបស់ខ្ញុំអាចទប់ទល់នឹងស្រាយបានប្រសើរជាងមុននៅពេលធ្វើមួយមានបញ្ហា។	<input type="radio"/>					
21. ខ្ញុំពេញចិត្តនឹងជីវិតគ្រួសាររបស់ខ្ញុំនាពេលឆ្លាតវៃនេះ។	<input type="radio"/>					
22. កូនខ្ញុំអាចធ្វើរឿងដែលលក់ចង់ធ្វើបានប្រសើរជាងមុន។	<input type="radio"/>					

សំរាប់សំណួរចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយសំរាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គលដែលក្រៅពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក។

ជាលទ្ធផល លទ្ធផលនៃសេវាកម្មដែលកូននិង/ឬគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានទទួល	មិនយល់ ល្អ ២	មិនយល់ ពេញលេញ ៣	អព្យាក្រឹត ៤	យល់ ពេញលេញ ៥	យល់ ពេញលេញ ៥	មិនពាក់ ព័ន្ធ
23. ខ្ញុំស្គាល់មនុស្សដែលនឹងស្តាប់ និងយល់ពីខ្ញុំនៅពេលខ្ញុំត្រូវការនិយាយ។	<input type="radio"/>					
24. ខ្ញុំមានមនុស្សដែលជួយស្រួលនិយាយជាមួយអំពីបញ្ហាបញ្ហារបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>					
25. នៅពេលមានវិបត្តិខ្ញុំនឹងមានការគាំទ្រដែលខ្ញុំត្រូវការពីគ្រួសារឬមិត្តភក្តិ។	<input type="radio"/>					
26. ខ្ញុំមានអ្នកដែលខ្ញុំអាចធ្វើរឿងរីករាយជាមួយបាន។	<input type="radio"/>					

27. តើអ្វីដែលលំបាកបំផុតអំពីសេវាកម្មដែលអ្នកនិងកូនរបស់អ្នកបានទទួល រយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ ?
 តើមានអ្វីដែលនឹងធ្វើឱ្យសេវាកម្មនោះបានប្រសើរឡើង? សូមផ្តល់យោបល់នៅទីនេះ។ យើងចាប់អារម្មណ៍ទាំងអស់អំពីការប្តឹងបណ្តឹង និងអវិជ្ជមាន។

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

13774



Must be entered on EVERY page

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ដូចតទៅនេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹងពីរបៀបដែល លក្ខន្តិកៈ របស់អ្នក កំពុងធ្វើ ។

1. តើ បច្ចុប្បន្ននេះ កូន របស់អ្នក កំពុងរស់នៅជាមួយ យើង ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
2. តើ កូន របស់អ្នក បាន រស់នៅកន្លែង ណាមួយដូចតទៅនេះ នៅក្នុង រយៈពេល ៧ ថ្ងៃ មួយ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ? *សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាង លម្អិត ពីនេះ*
 - ជាមួយឪពុក ឬ ម្តាយម្នាក់ ឬ ទាំងពីរនាក់
 - ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង
 - មណ្ឌលអប់រំកែប្រែរបស់រដ្ឋ
 - ជាមួយសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត
 - ផ្ទះសម្រាប់ក្រុមមនុស្សមានវិបត្តិ
 - រក់ចេញផ្ទះ/គ្មានផ្ទះសំបែង/រស់នៅតាមផ្លូវ
 - មណ្ឌលកុមារកំព្រា
 - មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា
 - ផ្សេងទៀត
 - មណ្ឌលព្យាបាលកុមារកំព្រា
 - មន្ទីរពេទ្យ
 - ពន្ធនាគារក្នុងមូលដ្ឋានឬកន្លែងឃុំឃាំង
3. កាល ពីម្ខាង មុន តើ កូន របស់អ្នក បាន ទៅជួបគ្រូ ពេទ្យ (ឬគិលានុបដ្ឋាយិ កា) ដើម្បី ពិនិត្យសុខភាព ឬក៏ដោយសារ គាត់ ឈឺទេ ?
 - បានជួប នៅក្នុងគ្លីនិក ឬ ការិយាល័យ
 - បានជួប ប៉ុន្តែមានកែនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ប៉ុណ្ណោះ
 - អត់មានទេ
 - មិនបានចាំទេ
4. តើ កូន របស់អ្នក មាន កំពុងប្រើ ថ្នាំ សម្រាប់ បញ្ហាអារម្មណ៍ / អាកប្បកិរិយា ដែរ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ

4a. បើ មាន មែន តើ គ្រូ ពេទ្យ ឬ គិលានុបដ្ឋាយិ កាបាន ប្រាប់ អ្នក និង/ឬ កូន របស់អ្នក នូវ ផលប៉ះពាល់ បន្ទាប់ នូវ អ្វី ខ្លះ ដែល ល្អ ឬ កូន របស់អ្នក គួរ យកចិត្តទុកដាក់ ? មាន អត់មានទេ

5. តាម ការ ប៉ាន់ស្មាន តើ កូន របស់អ្នក បាន ទទួលសេវា កម្ម មុននោះ ទេ ឬ ប៉ុណ្ណាហើយ ?
 - នេះជាការមកជួបពិនិត្យផ្លូវចិត្តជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់កូនខ្ញុំនៅទីនេះ។ 1-2 ខែ
 - កូន របស់ខ្ញុំ បាន មកពិនិត្យ ម្តង ម្តង ជាមួយ គ្រូ ពេទ្យ ច្រើន ដង មួយ ឆ្នាំ ប៉ុន្តែបាន ទទួលសេវា កម្ម មិនទាន់ បាន ដល់មួយខែ នៅឡើយទេ ។ 3-5 ខែ
 - កូន របស់ខ្ញុំ បាន មកពិនិត្យ ម្តង ម្តង ជាមួយ គ្រូ ពេទ្យ ច្រើន ដង មួយ ឆ្នាំ ប៉ុន្តែបាន ទទួលសេវា កម្ម មិនទាន់ បាន ដល់មួយខែ នៅឡើយទេ ។ 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
 - ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 6 ដល់ទី 11
ប្រសិនបើ កូន របស់អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្ម ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 12 ដល់ទី 17
ប្រសិនបើ កូន របស់អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្ម ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់

- មួយឆ្នាំ ឬតិចជាង**
6. តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន មាន អត់មានទេ ចាប់ តាំងពីចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ដែរ ឬទេ ?
 7. តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន មាន អត់មានទេ រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?
 8. ចាប់ តាំងពីកូន របស់អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន របស់ពួកគេ ... ត្រូវបានកាត់បន្ថយ
ឧទាហរណ៍ ពួកគេ នៅមិនទាន់ បាន យក ខ្លួន ឬ មាន ជម្លោះ ជាមួយ យុវជន ឬ នាំ ខ្លួន ដោយបំប្លែង ទៅកាន់ មន្ទីរ រយៈពេល ដ៏ វែង ឬ ក្រុម ជំនុំ អង្គ មួយនោះឡើយទេ
 នៅដដែល
 បានកើនឡើង
 មិនពាក់ព័ន្ធ
ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន នៅឡើយទេ ឬ នូវ មុននោះ ទេ
 9. តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពីសាលា មាន អត់មានទេ ឬ ការ ងារ ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ចាប់ តាំងពីចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា កម្ម ឬ ទេ ?
 10. តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពីការ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុង រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ដែរ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
 11. ចាប់ តាំងពីចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា កម្ម ចំនួន ថ្ងៃ ដែល លក្ខន្តិកៈ ចូលរៀន គឺ៖
 ច្រើនជាង ប្រហែលដូចគ្នា តិចជាង
 មិនពាក់ព័ន្ធ → *សូមជ្រើសរើសថាហេតុអ្វីបានជាចំណុចនេះមិនអនុវត្ត*
 កុមារមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា កម្ម ឬទេ
 កុមារនៅក្មេងពេកមិនអាចចូលរៀននៅសាលាបានទេ
 កុមារត្រូវបានបណ្តេញចេញពីសាលា
 កុមារត្រូវបានផ្តល់ការសិក្សានៅផ្ទះ
 កុមារបានឈប់រៀន
 ផ្សេងទៀត

- ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ**
12. តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន មាន អត់មានទេ រយៈពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?
 13. តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន មាន អត់មានទេ រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?
 14. ក្នុង រយៈពេល មួយឆ្នាំ ចុងក្រោយ នេះ តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន ជាមួយ យុវជន... ត្រូវបានកាត់បន្ថយ
ឧទាហរណ៍ ពួកគេ នៅមិនទាន់ បាន យក ខ្លួន ឬ មាន ជម្លោះ ជាមួយ យុវជន ឬ នាំ ខ្លួន ដោយបំប្លែង ទៅកាន់ មន្ទីរ រយៈពេល ដ៏ វែង ឬ ក្រុម ជំនុំ អង្គ មួយនោះឡើយទេ
 នៅដដែល
 បានកើនឡើង
 មិនពាក់ព័ន្ធ
ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន នៅឡើយទេ ឬ នូវ មុននោះ ទេ
 15. តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពីការ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុង រយៈពេល ១២ ខែ មុនឬទេ ? មាន អត់មានទេ
 16. តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពីការ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុង រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ដែរ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
 17. ក្នុង រយៈពេល មួយឆ្នាំ កន្លង ទៅនេះ ចំនួន ថ្ងៃ ដែល លក្ខន្តិកៈ ចូលរៀន គឺ៖
 ច្រើនជាង ប្រហែលដូចគ្នា តិចជាង
 មិនពាក់ព័ន្ធ → *សូមជ្រើសរើសថាហេតុអ្វីបានជាចំណុចនេះមិនអនុវត្ត*
 កុមារមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា កម្ម ឬទេ
 កុមារនៅក្មេងពេកមិនអាចចូលរៀននៅសាលាបានទេ
 កុមារត្រូវបានបណ្តេញចេញពីសាលា
 កុមារត្រូវបានផ្តល់ការសិក្សានៅផ្ទះ
 កុមារបានឈប់រៀន
 ផ្សេងទៀត

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

13774



សូមស្នើ យល់ព្រម ដូចតទៅនេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹងបន្តិចបន្តួច ចំពោះកូនរបស់អ្នក ។

18. តើ កូនរបស់អ្នក គឺអ្វី ? បុរស ស្រី
19. តើ ឪពុកម្តាយ របស់អ្នក មាន ដើមកំណើតជាជនជាតិ ម៉ិកស៊ិកូ/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិកឡាទី ទេ ? មាន អត់មានទេ មិនដឹងទេ
20. តើ កូនរបស់អ្នក ជាពូជសាសន៍អ្វី ? ដើមកំណើតកណ្តាល ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស
 អាស៊ី សាសន៍មួយទៀត
 សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាងលម្អិត ព័ន្ធ ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ មិនដឹង
 ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
21. តើ កូនរបស់អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា ?

--	--

 ខែ -

--	--

 ថ្ងៃ -

--	--	--	--

 ឆ្នាំ
22. តើ កូនរបស់អ្នក មាន ការ ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal (Medicaid) ដែរ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
23. តើ សំណៅឯកសារ ជាអក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម មុន ឯង មួយ ឬ ច្រើន បាន ទទួលបាន ក្រុម បាន ផ្តល់ ជូន ជា ភាសា ដែល លក់ បាន ជ្រើស រើ សម្រាប់ ខ្លួន ខ្លួន រឺ មេ ម៉ែ ទេ ? មាន អត់មានទេ
 ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណ ដែល ល្បី ប្រាប់ អំពី សេវាកម្ម មុន ឯង លក់ បាន សិទ្ធិ របស់ អ្នក ជា អ្នក ប្រើ ប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ជាដើម
24. បើ និយាយ អំពី សេវាកម្ម មុន ឯង លក់ បាន ទទួលបាន វិញ តើ ក្នុង កម្រិត ណា ដែល បាន ធ្វើ ឡើង តាម រយៈ ការ ជួប ពិគ្រោះ ដោយ ប្រយោល កាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទនា រឺ ដទៃ ទៀត ? គ្មាន តិចតួចណាស់ ប្រហែល ពាក់កណ្តាល ភ្លើង តែ ទាំង អស់ ទាំង អស់

25. តើ ការ ជួប ពិគ្រោះ សុខភាព ដោយ ប្រយោល មាន ផល ប្រយោជន៍ កម្រិត ណា ដែរ បើ ប្រៀប ធៀប ទៅ នឹង ការ ជួប ពិគ្រោះ ដោយ ផ្ទាល់ សម្រាប់ កូន របស់ អ្នក ? កាន់តែ ចុះ អន់ ថយ ដូច ជា កាន់តែ អាក្រក់ ជាង មុន ប្រហែល ជា ដូចគ្នា ដូច ជា ប្រសើរ ជាង មុន ល្អ ប្រសើរ ជាង មុន ច្រើន មិន ពាក់ព័ន្ធ

26. ខ្ញុំ ចង់ ទទួល បាន ការ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត កូន 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



សូមអរគុណ លើការ ចំណាយពេល លើក យល់ព្រម ទាំង នេះ !

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

 Date of Survey Administration:

0	5
---	---

 /

--	--

 /

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

 County Reporting Unit (optional):

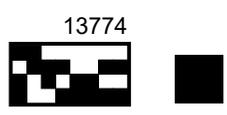
--	--	--	--	--	--	--	--

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