



- សូម ជួយ ទីភ្នាក់ ងារ របស់ យើង កែលម្អ សេវាកម្ម ដោយ ឆ្លើយ សំណួរ មួយ ចំនួន។ ចម្លើយ របស់អ្នក នឹងត្រូវ បាន រក្សាទុក ជាសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្ម ឬប្រាក់ ឬអនាគត ដែលអ្នក ទទួលបាន នោះទេ ។
- សូមឆ្លើយ យល់ច្បាស់ ខាងក្រោម ដោយផ្អែក លើ 6 ខែ ចុងក្រោយ ឬប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ទទួលសេវាកម្ម ម្យ៉ាងណា យល់ 6 ខែ ទៅ ត្រឹមត្រូវ តែ ផ្តល់ ចម្លើយ ដោយផ្អែក លើសេវាកម្ម ដែលអ្នក បាន ទទួល ហួសមកដល់ពេលនេះ ។ សូមចងចាំ លម្អិត ថា តើ អ្នក យល់ស្រប បន្ទាប់ មក យល់ស្រប បន្ត តទៅចំណុចណាមួយ មិនយល់ស្រប ឬមិនយល់ស្រប យ៉ាងខ្លាំង ឬមិនយល់ស្រប យោងតាម យោគន៍មួយនៅខាងក្រោម នេះ ។ ជ្រើសរើស " មិនអាច អនុវត្តបាន " ប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ឆ្លើយ ដល់សំណួរ ណាមួយ ឬមិនបាន ឆ្លើយ តាមការ ណាមួយ ។

• សូមបំពេញ ក្នុង រង្វង់ ឱ្យបាន ពេញលេញ។	មិន ត្រឹមត្រូវ ។	យល់ស្រប មធ្យម	យល់ស្រប ម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ស្រប ម	មិនយល់ស្រប មធ្យម	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ខ្ញុំ ចូលចិត្តសេវាកម្ម ដែល ល្អ បាន ទទួលបាននេះ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. ប្រសិនបើ ខ្ញុំ មាន ជម្រើស ផ្សេងទៀត	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ខ្ញុំ នឹងនៅតែ ទទួលសេវាកម្ម ពី ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ដដែល	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ខ្ញុំ នឹងណែនាំ ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ទៅឲ្យមិត្ត ភ្ញៀវ ឬ សមាជិកគ្រួសារ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ទីតាំង សេវាកម្ម នេះ មាន ភាពងាយស្រួល ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ដូចជា កន្លែង ចត រថយន្ត មធ្យោបាយ ធ្វើ ដំណើរ សាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. បុគ្គលិក មាន ឆន្ទៈ ចង់ជួយ ឲ្យបាន លឿន តាម ដែល គិតថា ចាំបាច់ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. បុគ្គលិក បាន ទូរស័ព្ទ មក ខ្ញុំ រឺ ឮ ក្នុង រយៈពេល ២៤ ម៉ោង ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. សេវាកម្ម មាន នៅពេលដែល លោក សមស្រប ខ្ញុំ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ខ្ញុំ អាច ទទួលបាន គ្រប់ សេវាកម្ម ដែល គិតថា ត្រូវ ការ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ខ្ញុំ អាច ជួបគ្រូ ពេទ្យ រឺ ចិត្តជំនាញ នៅពេលណាដែល ខ្ញុំ ចង់ជួប ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. បុគ្គលិក នៅទីនេះ មាន ជំនាញ ខ្ពស់ អាច រក្សាទុក ចិត្ត ឆ្លាស់ ឆ្លើយ និង ចម្លើយ យឺតយ៉ាវ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ស្រួល ក្នុងការ សួរ សំណួរ អំពីការ ព្យាបាល និងការ ប្រើប្រាស់ របស់ខ្ញុំ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាមាន សេវាកម្ម ក្នុងការ គាំទ្រ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន គេ ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពីសិទ្ធិ របស់ខ្ញុំ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. បុគ្គលិក បាន លើកទឹកចិត្ត ឱ្យ ទទួលបាន ត្រូវ លើ របៀបដែល ខ្ញុំ រស់នៅក្នុង ជីវិត របស់ខ្ញុំ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. បុគ្គលិក បាន ប្រាប់ ខ្ញុំ ពីផលប៉ះពាល់ របស់ បន្ទុក ឬ ខ្លះ ដែល ខ្ញុំ គួរ យកចិត្តទុក ដាក់ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. បុគ្គលិក បាន គោរព ព័ត៌មានប្រាកដ របស់ខ្ញុំ អំពីអ្នក ណាដែល គួរ ត្រូវ បាន និង អ្នក ណាដែល មិនគួរ ត្រូវ បាន ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពីការ ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. ខ្ញុំ មិនមែនជា បុគ្គលិក ទេ ដែល បាន សម្រប ចំពោះការ ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. បុគ្គលិក យល់ពីសារៈ ការ ប្រុងប្រយ័ត្ន របស់ខ្ញុំ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ដូចជា ព្យាបាល សាសនា សាសនា ភាសា ជាដើម	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. បុគ្គលិក បាន ជួយឱ្យខ្ញុំ ទទួលបាន ព័ត៌មាន ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ដើម្បី ឱ្យខ្ញុំ អាច ទទួលបាន គ្រប់គ្រង ដង្ហើម របស់ខ្ញុំ បាន ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន លើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់ កម្មវិធី ដែល ល្អ គ្រប់គ្រង ដោយអ្នក ប្រើប្រាស់ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ក្រុមគ្រូ មន្ត្រី មធ្យម ឈ្លាន ចូលដល់បង្គន់ខ្លួនដោយសេរី ខ្សែទូរស័ព្ទ ប្រាប់ អ្នក មាន វិបត្តិ ជាដើម	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ជាលទ្ធផល ឈ្នាល នៃ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួល	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ខ្ញុំ ដោះស្រាយ បញ្ហាប្រចាំថ្ងៃ កាន់តែ មាន ប្រសិទ្ធភាព ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. ខ្ញុំ អាច គ្រប់គ្រង ជីវិត របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. ខ្ញុំ ដោះស្រាយ វិបត្តិ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. ខ្ញុំ កំពុងមាន ទំនាក់ទំនង ប្រសើរ ជាង មុនជាមួយ យុគ្រួសារ របស់ខ្ញុំ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. ខ្ញុំ សម្រប ចំពោះ លទ្ធផល ល្អ ប្រសើរ ជាង មុននៅក្នុង អារម្មណ៍ ភាពសង្គម ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. ខ្ញុំ សម្រប ចំពោះ លទ្ធផល ល្អ ប្រសើរ ជាង មុននៅសាលា និង/ឬ កន្លែង ធ្វើការ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. អារម្មណ៍ ភាព ផ្ទុះ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ឡើង ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. រោគសញ្ញា របស់ខ្ញុំ មិនកំពុង ខាន ខ្លាំង នោះទេ ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. ខ្ញុំ ធ្វើ រឿង ដែល លាភ អត្ថប្រយោជន៍ ខ្ញុំ ជាង មុន ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ ចំពោះ សេចក្តី ត្រូវ ការ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ រឿង ផ្សេងៗ បាន ប្រសើរ ជាង មុន នៅពេល ល្អ ក្នុងការ បញ្ហា ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. ខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ ចង់ធ្វើ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

47393

DHCS 1744 KH

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

Must be entered on EVERY page



ជាលទ្ធផល លទ្ធផល នៃ សេវា មុន ដែល បាន ទទួល

33 ខ្ញុំ រីករាយ និងមិត្តភាព ដែល មាន ។

34 ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល អាច ធ្វើ រឿង រីករាយ ជាមួយ បាន ។

35 ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាខ្ញុំ ជាមិត្ត មិត្តភាព ក្នុង ក្រុម មិត្តភាព របស់ខ្ញុំ ។

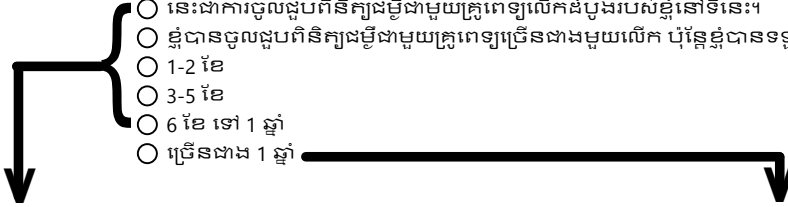
36 នៅពេល មាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែល ត្រូវ ការ ពីគ្រួសារ ឬ មិត្តភាព ។

☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐

សូមឆ្លើយ យល់ ខាងក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់តែ ច្បាស់ ។

1. តាម ការ ប៉ាន់ស្មាន តើ អ្នក បាន ទទួលសេវានៅទី នេះ រយៈពេល ប៉ុន្មាន ហើយ?

- ☐ នេះជាការចូលរួមប្រតិបត្តិការជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំនៅទីនេះ។
- ☐ ខ្ញុំបានចូលរួមប្រតិបត្តិការជាមួយគ្រូពេទ្យច្រើនជាងមួយលើក ប៉ុន្តែខ្ញុំបានទទួលសេវាមិនទាន់បានមួយខែនៅឡើយទេ។
- ☐ 1-2 ខែ
- ☐ 3-5 ខែ
- ☐ 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
- ☐ ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ



សូមឆ្លើយ យល់ ចាប់ពីទី 2 ដល់ទី 4

ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា មុន ខណៈពេល ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់



មួយឆ្នាំ ឬក៏ច្រើនជាង

សូមឆ្លើយ យល់ ចាប់ពីទី 5 ដល់ទី 7

ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា មុន ខណៈពេល ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់



ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ

2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ខ្លួន ឬទេ ☐ មាន ☐ អត់មានទេ
ចាប់តាំងពីអ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវា
សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ?

3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ខ្លួន ឬទេ ☐ មាន ☐ អត់មានទេ
លើ 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?

4. ចាប់តាំងពីកូន របស់អ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត
តើ ការ ប៉ះទង្គិច ជាមួយ យុវជន របស់ពួកគេ ...

☐ ត្រូវបានកាត់បន្ថយ
ឧទាហរណ៍ ដូចជា ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ខ្លួន នា ជានិច្ច ដោយ ប៉ូលីស
ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយប្រកបដោយ
កម្មវិធី ជំនួយ ណាមួយ

☐ នៅដដែល

☐ បានកើនឡើង

☐ មិនពាក់ព័ន្ធ
ពួកគេ មិនបាន ប៉ះទង្គិច ជាមួយ យុវជននៅឡើយទេ នេះ ឬ
ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ខ្លួន ឬទេ ☐ មាន ☐ អត់មានទេ
លើ 9 ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?

6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ខ្លួន ឬទេ ☐ មាន ☐ អត់មានទេ
លើ 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?

7. ចាប់តាំងពីអ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្តតើ អ្នក មាន
នូវបញ្ហា យុវជន ...

☐ ត្រូវបានកាត់បន្ថយ
ឧទាហរណ៍ ដូចជា ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ខ្លួន នា ជានិច្ច ដោយ ប៉ូលីស
ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយប្រកបដោយ
កម្មវិធី ជំនួយ ណាមួយ

☐ នៅដដែល

☐ បានកើនឡើង

☐ មិនពាក់ព័ន្ធ
ពួកគេ មិនបាន ប៉ះទង្គិច ជាមួយ យុវជននៅឡើយទេ នេះ ឬ
ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



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

8. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ? ☐ ប្រុស ☐ អ្នកដែលបានរក្សាការសម្ងាត់ប្រភេទ : ភេទប្រុសទៅជាប្រុស
☐ ស្រី ☐ អ្នកដែលបានរក្សាការសម្ងាត់ប្រភេទ : ភេទស្រីទៅជាប្រុស
☐ ភេទដែលពិបាកកំណត់ ដូចជាអ្នកប្តូរភេទជាដើម ☐ អត្តសញ្ញាណភេទមួយទៀត
9. តើ អ្នក គិតអំពីខ្លួន ឯងថាជាអ្វី ? ☐ ភេទចម្រុះ/មនុស្សមានការស្រឡាញ់ស្នេហាអ្នកភេទផ្ទុយ ☐ ទំនោរភេទមួយទៀត
☐ ប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី ☐ មិនដឹង
☐ ភេទពីរប្រុសក៏ស្រឡាញ់ស្រីក៏ស្រឡាញ់ ☐ ជ្រើសរើសនឹងមិនឆ្លើយ
10. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិកឡាទី ឬ ទេ ? ☐ មាន ☐ អត់មានទេ ☐ មិនដឹង
11. តើ អ្នក ជាពូជ ដណ្តើម ឬ អ្នក ជាអ្នក មកពី ប្រទេស ដទៃ ? ☐ ដើមកំណើតកណ្តា ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក ☐ ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស្ករ
☐ អាស៊ី ☐ សាសន៍មួយទៀត
☐ ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ ☐ មិនដឹង
☐ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
12. តើ អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា ?

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--
13. តើ សំណើឯកសារ ជាអក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម មុន ឬ ក្រោយ ដែល អ្នក បាន ទទួល ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជូន ជាភាសា ដៃ អ្នក ជ្រើស រើស មែន ទេ ? ☐ មាន ☐ អត់មានទេ
 ឧទាហរណ៍ ឱក្ខន្ធប័ណ្ណ ដែល ល្បី បំផុត អំពី សេវាកម្ម មុន ឬ ក្រោយ ដែល អ្នក បាន ជួប នឹង រូប រាង អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អំពី សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម

14. ឥឡូវ គិតអំពីសេវាកម្ម មុន ឬ ក្រោយ ដែល អ្នក បាន ទទួល តើ តាម គេ លេខ ភាព ចំនួន ប៉ុន្មាន ?
 តាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទនា សំឡេង រឺ ដៃ អ្នក
☐ គ្មាន ☐ តិចតួចណាស់ ☐ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ☐ ល្មើតែទាំងអស់ ☐ ទាំងអស់
15. តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈពេល telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាម បែបប្រពៃណី មាន សារៈ ប្រយោជន៍ ដល់ អ្នក ឬ ទេ ? ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ
☐ កាន់តែចុះអន់ថយ ☐ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន ☐ ប្រហែលជាដូចគ្នា ☐ ដូចជាប្រសើរជាងមុន ☐ ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន
16. ខ្ញុំ ចង់ ទទួលបាន ការ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់ខ្ញុំ សម្រាប់ កម្មវិធី នេះ បន្ថែម ទៀត តាម រយៈពេល ការ ជួបពិគ្រោះ ដោយប្រយោល
☐ មិនយល់ព្រមខ្លាំង ☐ មិនយល់ព្រម ☐ អព្យាក្រឹត ☐ យល់ព្រម ☐ យល់ព្រមខ្លាំង ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ
17. សូមផ្តល់ យោបល់នៅទីនេះ ។ យើងចាប់ អារម្មណ៍ ទាំងអស់ អំពី ការ ប្រើប្រាស់ និង អវិជ្ជមាន ។ ដូចគ្នានេះ ផងដែរ ប្រសិនបើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែល មិនត្រូវ បាន គ្របដណ្តប់ ដោយកម្រ ឬ មិន គ្រប់គ្រាន់ នេះ ដែល អ្នក គិតថា គួរ មាន សូមសរសេរ ព័ត៌មាននៅទីនេះ ។
 សូមអរគុណចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់អ្នក ក្នុង ការ បំពេញកម្រិត ដ៏សំខាន់ នេះ ។

សូមអរគុណ លោក លោកស្រី យល់ឃើញ ទាំងអស់នេះ !

FOR OFFICE USE ONLY																						
County Code: <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			Date of Survey Administration: <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td>0</td><td>5</td><td>/</td><td> </td><td> </td><td>/</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td> </tr> </table>	0	5	/			/	2	0	2	5	County Reporting Unit (optional): <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
0	5	/			/	2	0	2	5													
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 <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																						
Must be entered on EVERY page																						