



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

•សូមឆ្លើយ សំណួរ ខាង ក្រោម ដោយផ្អែក លើ 6 ខែ ចុងក្រោយ
ឬប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ទទួលសេវាកម្ម រយៈពេល 6 ខែ ទេ គ្រាន់ តែ ផ្តល់ ចម្លើយ
ដោយផ្អែក លើ សេវាកម្ម ដែល អ្នក បាន ទទួល ព្រមទាំង ដល់ពេលនេះ ។
សូមចងចាំ លបង្ហាញ ថា អ្នក យល់ស្រប ខ្លាំង យល់ស្រប ស្តី តទៅចំណុចកណ្តាល មិនយល់ស្រប
ឬមិនយល់ស្រប យ៉ាង ខ្លាំង ដូចជា យល់ស្រប យោគន៍មួយ នៅខាង ក្រោម នេះ ។ ជ្រើសរើស
" មិនអាច អនុវត្តបាន " ប្រសិនបើ សំណួរ គឺអំពីអ្វី មួយដែល មិនដែល លកើត ឡើយ ។

•សូមបំពេញ តួ ងារ ដូច ខាង ក្រោម ត្រឹមត្រូវ ។

ពេញលេញ	ត្រឹមត្រូវ មិនត្រឹមត្រូវ	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹក	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ខ្ញុំ ចូលចិត្តសេវាកម្ម ដែល ល្អ បាន ទទួលបាននេះ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ប្រសិនបើ ខ្ញុំ មាន ជម្រើស ផ្សេង ទៀត ខ្ញុំ នឹងនៅតែ ទទួលបានសេវាកម្ម ពី ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ដដែល ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ខ្ញុំ នឹងណែនាំ ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ទៅឱ្យមិត្តភក្តិ ឬ សមាជិក គ្រួសារ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ទីតាំង សេវាកម្ម នេះ មាន ភាព ងាយស្រួល ។ ដូចជា កន្លែង ចតរថយន្ត មធ្យោបាយ ធ្វើ ដំណើរ សាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. បុគ្គលិក មាន ឆន្ទៈ ចង់ជួយ ឱ្យបាន ញឹកញាប់ តាម ដែល ខ្ញុំ គិតថា ចាំបាច់ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. បុគ្គលិក បាន ទូរស័ព្ទ ក្នុង វិញ្ញត្តិ ងារ រយៈពេល ២៤ ម៉ោង ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. សេវាកម្ម មាន នៅពេល ដែល លោក សមស្រប ខ្លាំង ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ខ្ញុំ អាច ទទួលបាន គ្រប់ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ គិតថា ត្រូវ ការ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ខ្ញុំ អាច ជួបគ្រូ ពេទ្យ ផ្លូវ ចិត្តបាន នៅពេល ណាដែល ខ្ញុំ ចង់ជួប ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. បុគ្គលិក នៅទីនេះ មាន ជំនាញ ខ្លាំង អាច រីកចម្រើន ផ្លាស់ ប្តូរ និង ជួសជុល យឺតយ៉ាវ បាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ស្រួល ក្នុងការ សួរ សំណួរ អំពីការ ព្យាបាល និងការ ប្រើ ថ្នាំ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាមាន សេវិកា ក្នុងការ គាំទ្រ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន គេ ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពីសិទ្ធិ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. បុគ្គលិក បាន លើកទឹកចិត្ត ឱ្យទទួលបាន គ្រូ ពេទ្យ លើ របៀបដែល ខ្ញុំ រស់នៅក្នុង ជីវិត របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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

36665



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



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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល ខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង រីករាយ ជាមួយបាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាខ្ញុំ ជាសមាជិក កម្រិត នៅក្នុង ងងឹត ហតមន៍ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. នៅពេលមាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែលខ្ញុំ ត្រូវ ការ ពីគ្រូសារ ឬ មិត្តភក្តិ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

សំណួរ ផ្លូវចិត្ត ពិគ្រោះ ជីវិត

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 ។

	មិនពេញចិត្ត ខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត	ភាគច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនមែន មិនពេញចិត្ត គ្រប់	ភាគច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង
ការ ពេញចិត្ត ផ្លូវចិត្ត ជីវិត							
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 ជាមួយ មនុស្ស ចាំ ផ្នែក							
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 វិជ្ជា 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



គ្រួសារ

4. តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាចំពោះ :

- a. របៀបដែលអ្នកនិងគ្រួសាររបស់អ្នកប្រព្រឹត្តិកិច្ចចំពោះគ្នាទៅវិញទៅមក?
- 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. បទឧក្រិដ្ឋហិង្សាណាមួយ ដូចជាការវាយប្រហារ ការចាប់រំលោភ ការវាយប្លន់យកទ្រព្យសម្បត្តិ ឬអំពើប្លន់ជាដើម? មាន អត់មានទេ
- b. បទឧក្រិដ្ឋហិង្សាណាមួយ ដូចជាចោរកម្ម គាត់ផ្ទះ ចោរលួចទ្រព្យសម្បត្តិ ឬលុយកាក់ ឬគ្រឿងបរិក្ខារប្រើប្រាស់ជាដើម? មាន អត់មានទេ

7. កាលពីខែមុន តើអ្នកត្រូវបានចាប់ខ្លួនដោយបទឧក្រិដ្ឋណាមួយ?

គ្មានការចាប់ខ្លួនទេ ចាប់ខ្លួនមួយលើក ចាប់ខ្លួនពីរលើក ចាប់ខ្លួនបីលើក ចាប់ខ្លួនបួនលើក ឬច្រើនជាងនេះ

8. តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាចំពោះ :

- a. តើអ្នកមានសុវត្ថិភាពប៉ុណ្ណាដែរនៅតាមដងផ្លូវក្នុងសង្គមរបស់អ្នក?
- 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

36665



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 តាំងពីអ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ?
- មាន អត់មានទេ
3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?
- មាន អត់មានទេ
4. ចាប់ តាំងពីកូនរបស់អ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីស របស់ពួកគេ ...
- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ ខ្លាំង រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ
 - ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នោះទេ ដោយ ប៉ុលីស
 - ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយ ប៉ុលីស ទៅ កាន់ កម្មវិធី ជម្រក ឬ កម្មវិធី បង្ការ ណាមួយ
 - នៅដដែល
 - បានកើនឡើង
 - មិនពាក់ព័ន្ធ ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីស នៅទី នេះ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត រយៈពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?
- មាន អត់មានទេ
6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?
- មាន អត់មានទេ
7. ចាប់ តាំងពីអ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ យុវលីស ទេ ...
- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ ខ្លាំង រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ
 - ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នោះទេ ដោយ ប៉ុលីស
 - ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយ ប៉ុលីស ទៅ កាន់ កម្មវិធី ជម្រក ឬ កម្មវិធី បង្ការ ណាមួយ
 - នៅដដែល
 - បានកើនឡើង
 - មិនពាក់ព័ន្ធ ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីស នៅទី នេះ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

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

8. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ? សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ែង លពាក់ ព័ន្ធ
- ប្រុស អ្នកដែលបានរក្សាស្ថានភាពភេទ ភេទប្រុសទៅជាស្រី
 - ស្រី អ្នកដែលបានរក្សាស្ថានភាពភេទ ភេទស្រីទៅជាប្រុស
 - ភេទដែលពិបាកកំណត់ ដូចជាអ្នកប្តូរភេទជាដើម អត្តសញ្ញាណភេទមួយទៀត
9. តើ អ្នក គិតអំពីខ្លួន ឯងថាជាអ្វី ? សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ែង លពាក់ ព័ន្ធ
- តើអ្នកគិតអំពីខ្លួនឯងថាជាអ្វី :
 - ប្រុសស្រីឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី
 - ភេទពីរប្រុសក្រីស្រឡាញ់ស្រីក្រីស្រឡាញ់
 - ទំនោរភេទមួយទៀត
 - មិនដឹង
 - ជ្រើសរើសនឹងមិនឆ្លើយ

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

10. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិកឡាទី ឬ ទេ? មាន អត់មានទេ មិនដឹង

11. តើ អ្នក ជា ពូជសាសន៍អ្វី? *សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាងលម្អិត បំផុត*

- ដើមកំណើតឥណ្ឌា ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស
- អាស៊ី សាសន៍មួយទៀត
- ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ មិនដឹង
- ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

12. តើ អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា?

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

13. តើ សំណើឯកសារ ជាអក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម ម្តេច ម្នាក់ ឯង បាន ទទួលបាន ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជូន ជាភាសាដទៃ លើ អ្នក ជ្រើសរើស មែន ទេ? មាន អត់មានទេ
ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណដៃ លេខ បរិស្ថាន អំពីសេវាកម្ម ម្តេច ម្នាក់ បាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម

14. តើ គ្រូ គិតអំពីសេវាកម្ម ឬ នានា ដែល អ្នក បាន ទទួលបាន តើ តាម តេលេសុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន តាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទិសិទ្ធិ តាម វីដេអូ គ្មាន តិចតួចណាស់ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ស្ទើរតែទាំងអស់ ទាំងអស់



15. តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈពេល telehealth របស់អ្នក ប្រើប្រាស់ ទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាម បែបប្រពៃណី កាន់តែចុះអន់ថយ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន ប្រហែលជាដូចគ្នា ដូចជាប្រសើរជាងមុន ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន មិនពាក់ព័ន្ធ

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

17. សូមផ្តល់ យោបល់នៅទីនេះ ៖ យើងចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មតិគំហុក ផ្ទៃក្នុង និង អវិជ្ជមាន ៖ ដូចគ្នានេះ ផងដែរ ប្រសិនបើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែលមិនត្រូវ បាន គ្រប់ដណ្តប់ ដោយកម្រ ឯសំណួរ នេះ ដែល អ្នក គិតថា គួរ មាន សូមសរសេរ ពួកវានៅទីនេះ ៖ សូមអរគុណចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់អ្នក ក្នុង ការ បំពេញកម្រ ឯសំណួរ នេះ ៖

សូមអរគុណដល់ការ ចំណាយពេលវេលា លើការ យល់ព្រម ទាំងនេះ !

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

 Date of Survey Administration:

0	5
---	---

 /

--	--

 /

2	0	2	5
---	---	---	---

 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

