

សូមជូនចំណាត់ការ ដល់ ១ បងប្អូន ឆ្មោត ឱ្យសេ វាប្រ សើរ ឡើងដោយខ្លួន យល់ពី មួយរយៈកាល ចង្អុល យ បង្អួក និងទុកជាការ សម្លាត់ ហើយនឹងមិនមាន ភស្តុតាង សេវាក ម្នាក់ ឬ ម្នាក់ អនាគតនៃ ល្អក ឬក្នុង បង្អួក ទទួលបាន ឡើយ។

২৯

ត្រី មត្រ វ

មិន ត្រឹម មត្ត ។



ការ សង់ មតិអក ប្រើ ប្រាស់ កម្មវិ ធី MHSIP:

សូមឆ្លើយសំណួរដូចតទៅនេះ ដោយផ្អែកលើសេវាកម្ម ឬ យៈពេល ៦ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលសេវាកម្ម ឬ យៈពេល ៦ ខែ មកហើយ

អ្នកគ្រាន់តែផ្តល់ចម្លើយដោយផ្អែកលើសេវាកម្មដែលបានទទួល ឬ មកដល់ពេលនេះ បានហើយ។

សូមចង្អុលប្រាប់ថា តើអ្នកយល់ស្របជាខ្លាំង ឯ, យល់ស្រប, អព្យាក្រឹត, មិនយល់ស្រប ឬ មិនយល់ស្របជាខ្លាំង ដល់ការ អះអាងនីមួយៗខាងក្រោម។ ប្រសិនបើសំណួរទាក់ទងនឹងអ្វីមួយដែលអ្នកឬកូនរបស់អ្នកមិនបានជួបប្រទះ សូមជ្រើសយកចម្លើយមិនពាក់ព័ន្ធ ដើម្បីបង្ហាញថា សំណួរនេះមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការ អះអាងនោះទេ។

1.	ខ្ញុំចូលចិត្តសេវាកម្មដែលខ្ញុំបានទទួលនៅទីនេះ។	○	○	○	○	○	○
2.	ប្រសិនបើខ្ញុំមានជម្រើសផ្សេងទៀត ខ្ញុំនឹងនៅតែទទួលយកសេវាកម្មពីទីភ្នាក់ងារនេះដដែល។	○	○	○	○	○	○
3.	ខ្ញុំនឹងណែនាំទីភ្នាក់ងារនេះទៅឲ្យមិត្តភក្តិ ឬ សមាជិកគ្រួសារ។	○	○	○	○	○	○
4.	ទីតាំងសេវាកម្មនេះមានភាពងាយស្រួល (ដូចជា កន្លែងចែកថយន្ត មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម) ។	○	○	○	○	○	○
5.	បុគ្គលិកមានឆន្ទៈចង់ជួបខ្ញុំបានញឹកញាប់តាមដែលខ្ញុំគិតថាអាច។	○	○	○	○	○	○
6.	បុគ្គលិកបានទូរស័ព្ទមកខ្ញុំវិញក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង។	○	○	○	○	○	○
7.	សេវាកម្មមាននៅពេលដែលសាកសមសម្រាប់ខ្ញុំ។	○	○	○	○	○	○
8.	ខ្ញុំអាចទទួលបានគ្រប់សេវាកម្ម ដែលខ្ញុំគិតថាខ្ញុំត្រូវការ។	○	○	○	○	○	○
9.	ខ្ញុំអាចជួបគ្រូពេទ្យផ្លូវចិត្តបាន នៅពេលណាដែលខ្ញុំចង់ជួប។	○	○	○	○	○	○
10.	បុគ្គលិកនៅទីនេះមានជំនឿថាខ្ញុំអាចរីកចម្រើន ផ្លាស់ប្តូរ និង ធូរស្បើយវិញបាន។	○	○	○	○	○	○
11.	ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ស្រួលក្នុងការសួរសំណួរអំពីការព្យាបាលនិងការប្រើថ្នាំរបស់ខ្ញុំ។	○	○	○	○	○	○
12.	ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាមានសេរីភាពក្នុងការគរ។	○	○	○	○	○	○
13.	ខ្ញុំត្រូវបានគេផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។	○	○	○	○	○	○
14.	បុគ្គលិកបានលើកទឹកចិត្តខ្ញុំឱ្យទទួលខុសត្រូវលើរបៀបដែលខ្ញុំរស់នៅក្នុងជីវិតរបស់ខ្ញុំ។	○	○	○	○	○	○
15.	បុគ្គលិកបានប្រាប់ខ្ញុំពីផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំអ្វីខ្លះដែលខ្ញុំគួរយកចិត្តទុកដាក់។	○	○	○	○	○	○
16.	បុគ្គលិកបានគោរពបំណងប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំអំពីអ្នកណាដែលគួរត្រូវបាន និង អ្នកណាដែលមិនគួរត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ។	○	○	○	○	○	○
17.	ខ្ញុំ មិនមែនជាបុគ្គលិកទេ ដែលបានសម្រេចពីគោលដៅព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ។	○	○	○	○	○	○
18.	បុគ្គលិកយល់ពីសារភាពប្បដមរបស់ខ្ញុំ (ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម) ។	○	○	○	○	○	○
19.	បុគ្គលិកបានជួយឲ្យខ្ញុំទទួលបានព័ត៌មានដែលខ្ញុំត្រូវការ ដើម្បីឲ្យខ្ញុំអាចទទួលបានបន្តគ្រប់គ្រងដំណើររបស់ខ្ញុំបាន។	○	○	○	○	○	○
20.	ខ្ញុំត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់កម្មវិធីដែលគ្រប់គ្រងដោយអ្នកប្រើប្រាស់ (ក្រុមគាំទ្រមជ្ឈមណ្ឌលចូលជួបសុំជំនួយដោយសេរីខ្សែទូរស័ព្ទសម្រាប់អ្នកមានវិបត្តិ ជាដើម) ។	○	○	○	○	○	○

ជាលទ្ធផល ឈ្នាល នៃ សេវាក ម្តង ល្បី បាន ទទួល

21.	ជាលទ្ធផលផ្ទាល់នៃ សេវាកម្មដែលខ្ញុំបានទទួល៖						
22.	ខ្ញុំដោះស្រាយបញ្ហាប្រចាំថ្ងៃកាន់តែមានប្រសិទ្ធិភាព។						
23.	ខ្ញុំអាចគ្រប់គ្រងជីវិតរបស់ខ្ញុំបានប្រសើរជាងមុន។						
24.	ខ្ញុំអាចដោះស្រាយវិបត្តិបានប្រសើរជាងមុន។						
25.	ខ្ញុំកំពុងមានទំនាក់ទំនងប្រសើរជាងមុនជាមួយគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។						
26.	ខ្ញុំសម្រេចបានលទ្ធផលប្រសើរជាងមុននៅក្នុងស្ថានភាពសង្គម។						
27.	ខ្ញុំសម្រេចបានលទ្ធផលប្រសើរជាងមុននៅសាលា និង/ឬ កន្លែងធ្វើការ។						
28.	ស្ថានភាពផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានប្រសើរឡើង។						
29.	រោគសញ្ញារបស់ខ្ញុំមិនកំពុងរំខានខ្ញុំខ្លាំងនោះទេ។						
30.	ខ្ញុំឆ្លើយតបនឹងអត្ថន័យចំពោះ ខ្ញុំជាងមុន។						
31.	ខ្ញុំអាចដោះស្រាយចំពោះ សេចក្តីត្រូវការរបស់ខ្ញុំបានប្រសើរជាងមុន។						
32.	ខ្ញុំអាចដោះស្រាយពិធីសារផ្សេងៗបានប្រសើរជាងមុន នៅពេលពួកវាមានបញ្ហា។						

*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



610



ជំនាញចិត្តសង្គម	ជំនាញចិត្ត	ភាគច្រើនមិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ភាគច្រើនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត

សំរាប់ សំណួរ ចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយសំរាប់ ទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គល ដែលក្រៅពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក ។

ជាលទ្ធផល ឈ្នាល នៃ សេវាកម្ម ដែល បាន ទទួល

33. សំរាប់សំណួរចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយសំរាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គល ដែលក្រៅពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក។						
34. ខ្ញុំរីករាយនឹងមិត្តភាពដែលខ្ញុំមាន។						
35. ខ្ញុំមានអ្នកដែលខ្ញុំអាចធ្វើឱ្យរីករាយជាមួយបាន។						
36. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាខ្ញុំជាសមាជិកម្នាក់នៅក្នុងសហគមន៍របស់ខ្ញុំ។						

សូមឆ្លើយ យ៉ាង ខ្លាំង ខាង ក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់តែ ច្បាស់ ។

1. តាមការ ជាន់ស្មាន តើ អ្នក បាន ទទួលសេវានៅទី នេះ រយៈពេល ប៉ុន្មាន ហើយ?

- ☐ នេះជាការចូលរួមដំបូងរបស់អ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់សេវានេះ។
☐ ខ្ញុំបានចូលរួមដំបូងក្នុងការប្រើប្រាស់សេវានេះ ប៉ុន្តែខ្ញុំបានទទួលសេវាមិនទាន់បានមួយខែនៅឡើយទេ។
☐ 1-2 ខែ

- ☐ 3-5 ខែ
☐ 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
☐ ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ

ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវាកម្ម នៅទី នេះ តិចជាង ១ ឆ្នាំ ។

2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត រហូត ដល់ ឥឡូវ?

☐ បាទ/ចាស ☐ អត់មានទេ

3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ អត់មានទេ

4. ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត តើ ការ ប៉ះទង្គិច ជាមួយ យុវជន បង្កបង្កើន ឬ កាត់បន្ថយ ...

- ☐ ត្រូវបានកាត់បន្ថយ (ឧទាហរណ៍ដូចជា ពួកគេមិនត្រូវបានចាប់ខ្លួន នៅដោយប៉ូលីស ត្រូវបាននាំខ្លួនដោយប៉ូលីសទៅកាន់កម្មវិធីទីផ្សារ ឬ កម្មវិធីវិបត្តិណាមួយ)
☐ នៅដដែល
☐ បានកើនឡើង
☐ មិនពាក់ព័ន្ធ (ពួកគេមិនបានប៉ះទង្គិចជាមួយប៉ូលីសនៅឡើយទេ ឬ ឆ្លៀតបន្លំនោះទេ)

➔ ចូលទៅកាន់ សំណួរ លេខ ៨ ខាង ក្រោម

ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវាកម្ម នៅទី នេះ រយៈពេល ១ ឆ្នាំ ឬច្រើន ជាង នេះ ។

5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ អត់មានទេ

6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ អត់មានទេ

7. ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត តើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ យុវជន ឬទេ ...

- ☐ ត្រូវបានកាត់បន្ថយ (ឧទាហរណ៍ដូចជា ពួកគេមិនត្រូវបានចាប់ខ្លួន នៅដោយប៉ូលីស ត្រូវបាននាំខ្លួនដោយប៉ូលីសទៅកាន់កម្មវិធីទីផ្សារ ឬ កម្មវិធីវិបត្តិណាមួយ)
☐ នៅដដែល
☐ បានកើនឡើង
☐ មិនពាក់ព័ន្ធ (ពួកគេមិនបានប៉ះទង្គិចជាមួយប៉ូលីសនៅឡើយទេ ឬ ឆ្លៀតបន្លំនោះទេ)

សូមឆ្លើយ យ៉ាង ខ្លាំង ខាង ក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់តែ ច្បាស់ ។

8. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ? ☐ ស្រី ☐ ប្រុស ☐ ផ្សេងទៀត

9. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើត មុន ឬ ក្រោយ រយៈពេល ១ ឆ្នាំ ឬ ក្រោយ ១ ខែ ? ☐ បាទ/ចាស ☐ អត់មានទេ ☐ មិនដឹងទេ

10. តើ អ្នក ជា ប្រជាជន ឬ មិន ? (សូមគូសសម្គាល់ ត្រង់ ប្រាំបី យ៉ាង ណា ក៏ បាន)

- ☐ ដើមកំណើត កម្ពុជា ឬ អាស៊ាន អាមេរិក ☐ ជនជាតិ ដើម អាមេរិក កំពុង / អ្នករស់នៅ នៅ ដែនកោះ ប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្សេងទៀត ☐ មិនដឹងទេ
☐ អាស៊ី ☐ ដើមកំណើត ជនជាតិ ស្បែកស្ករ
☐ ជនជាតិ អាមេរិក អាហ្វ្រិក / ស្បែកខ្មៅ ☐ ផ្សេងទៀត

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page



11. តើ អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា ? [mm/dd/yyyy]

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

[ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ]

12. តើ សេវាកម្ម ម្តង ឈ្នួល បានទទួលបានត្រូវ បានផ្តល់ ជាភាសាខ្មែរ ឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស ☐ អត់មានទេ

13. តើ ព័ត៌មានជាលាយ លក្ខណ៍ អក្សរ (ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណ ផែន លៀង ហាប អំពីសេវាកម្ម ម្តង ឈ្នួល បានទទួលបាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អំពី សុខភាពផ្លូវចិត្ត ជាដើម) អាច រកបាន ជាភាសាខ្មែរ ឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស ☐ អត់មានទេ

14. តើ អ្វី ជាមូលហេតុចម្បង ដែល អ្នក បានចូលរួម ក្នុង ការ ជំរឿន ? (ត្រូវសរសេរ ម្តង មួយ)៖
☐ ខ្ញុំបានសំរេចចិត្តចូលរួមដោយខ្លួនឯង។ ☐ មានអ្នកផ្សេងដែលណែនាំឱ្យខ្ញុំចូលរួម។ ☐ ខ្ញុំបានចូលរួមដោយប្រឆាំងនឹងឆន្ទៈរបស់ខ្ញុំ។

15. សូមកំណត់អត្តសញ្ញាណ អ្នក ដែលបានជួយអ្នក បំពេញផ្នែក ណាមួយនៃ ការ សួរ មតិ (ត្រូវសរសេរ ម្តង មួយ លើគ្រប់ចម្លើយ យ៉ាងលម្អិត ត្រឹមត្រូវ)៖

- ☐ ខ្ញុំមិនត្រូវការជួយណាមួយទេ។
- ☐ អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត/អ្នកគាំទ្រសុខភាពផ្លូវចិត្តបានជួយខ្ញុំ។
- ☐ អ្នកប្រើប្រាស់សុខភាពផ្លូវចិត្តម្នាក់ទៀតបានជួយខ្ញុំ។
- ☐ សមាជិកគ្រួសារខ្ញុំម្នាក់បានជួយខ្ញុំ។
- ☐ អ្នកសម្ភាសន៍ជំនាញម្នាក់បានជួយខ្ញុំ។
- ☐ គ្រូពេទ្យពិនិត្យជម្ងឺផ្លូវចិត្ត/អ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់ខ្ញុំបានជួយខ្ញុំ។
- ☐ បុគ្គលិកម្នាក់ក្រៅពីគ្រូពេទ្យពិនិត្យជម្ងឺផ្លូវចិត្ត ឬ អ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់ខ្ញុំបានជួយខ្ញុំ។
- ☐ មានអ្នកផ្សេងជួយខ្ញុំ តើជាអ្នកណាខ្លះ?

16. សូមផ្តល់ យោបល់នៅទីនេះ ៖ យើងចាប់ អារម្មណ៍ ទាំងអស់ពីការបរិច្ចាគ និង អវិជ្ជមាន ។ ដូចគ្នានេះ ផងដែរ ប្រសិនបើ មាន ផ្នែក ណាមួយដែលមិនត្រូវ បាន គ្របដណ្តប់ ដោយកម្រ ឯសំណួរ នេះ ដែលអ្នក គិតថាគួរ មាន សូមសរសេរ រឺ ពួកវានៅទីនេះ ។ សូមអរគុណចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់អ្នក ក្នុង ការ បំពេញកម្រៃ ឯសំណួរ នេះ ។

សូមអរគុណដែលបាន ចំណាយពេលវេលា យល់ព្រម ទាំងនេះ !

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

☐ Ref ☐ Imp ☐ Lan ☐ Oth



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

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Reporting Unit:

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

610

