

ការអង្កេត អំពីការយល់ដឹងនៃការព្យាបាល (មនុស្សចាស់)

Program Reporting Unit (if required by your county):

**County / Provider Use
Only**

[illegible]

Treatment Setting (required): ☐ OP/IOP ☐ Residential ☐ OTP/NTP ☐ Detox/WM (standalone) ☐ Partial hospitalization

- សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះស្តីអំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នកនៅកម្ពុជា ឬនៅក្នុងតំបន់ដែលអ្នកបានបំពេញការងារស្រាវជ្រាវស្រាវអង្កេត។ សូមប្រើ "មិនអាចត្រូវបានប្រសិនបើសំណួរ" សម្រាប់អ្វីដែលអ្នកមិនមានបទពិសោធន៍។ ចម្លើយរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្ងាត់ និងមិនអាចមានឥទ្ធិពលលើសវនាការពេលបច្ចុប្បន្ន ឬអនាគតឡើយ។
- សូមបំពេញក្នុងរង្វង់ទាំងស្រុង។  ត្រឹមត្រូវ ● មិនត្រឹមត្រូវ ○ ☒ ☑

1. ទីតាំងមានភាពងាយស្រួល (ការធ្វើដំណើរងាយ រថយន្តក្រុង ងងឹតងាយ រថឆ្នាំ ១ល។)។
2. សេវាកម្មអាច រកបានភ្លាម នៅពេលដែលខ្ញុំ ត្រូវការវា។
3. ខ្ញុំ បានជ្រើសរើសផែនការព្យាបាល នានា តាមការជួយរបស់អ្នក ផ្តល់ សេវាឱ្យខ្ញុំ ។
4. បុគ្គលិក បានផ្តល់ ពេលវេលាអោយ ខ្ញុំ បានគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។

5. បុគ្គលិក កបានប្រព្រឹត្តិ ចំពោះ ខ្ញុំ ដោយ ការគោរព ។
6. បុគ្គលិក កបាននិយាយជាមួយខ្ញុំ ក្នុង ឯមធ្យោបាយ មួយដែលខ្ញុំ បានយល់។
7. បុគ្គលិក កមានការទោទេ នបត់បែន ទៅតាម ប្រវត្តិ សាវតារ វប្បធម៌របស់ខ្ញុំ (ជាតិសាសនា សាសនា ភាសា ។ល។)។
8. ខ្ញុំ មានអារម្មណ៍ ថា គេស្វាគមន៍ខ្ញុំ នៅទី នេះ។

9. ជាលទ្ធផលដោយផ្ទាល់ នូវសេវាកម្មនានាដែលខ្ញុំ កំពុងទទួលខ្ញុំ មានលទ្ធភាព ប្រសើរជាងមុន ក្នុងការធ្វើការប្រៀបធៀប នានាដែល ចង់ធ្វើ។

10. ជាលំនួច លម្អ្នាល នៃសេវាដែលខ្ញុំ កំពុងទទួលខ្ញុំ មានអារម្មណ៍ ថាមិនសូវចង់ដូចមុន។

11. បុគ្គលិក កម្មនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នក ផ្តល់ ការថែទាំព្យាបាល សុខភាពរាងកាយរបស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ ។

12. បុគ្គលិក ភារកិច្ចនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នក ផ្តល់ ការថែទាំព្យាបាល សុខភាពឆ្លង រចិត្ត របស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ ។

13. បុគ្គលិក កទាំងឡាយនៅទី នេះ បានជួយខ្ញុំ ភ្ជាប់ ទំនាក់ទំនងទៅកាន់ សេវានានាដទៃទៀត តាមដែលត្រូវការ
(សេវាសង្គម លំនៅដ្ឋាន ។ល។)។

14. ជាមួយ ខ្ញុំ ពេញចិត្តនឹង ឯសេវាកម្មដែល លក់ បានទទួល។

15. ខ្ញុំ បានទទួលនូវរាល់ការជួយ/សេវាកម្មនានា ទាំងអស់ ដែលខ្ញុំ ត្រូវការ។

16. ខ្ញុំ និងណែនាំទីភ្នាក់ ងារនេះទៅឲ្យមិ ត្តភ ក្តិ ឬ សមាជិកគ្រួសារ។

17. ឥឡូវគិតអំពីសេវាកម្មនានា ដែលអ្នក បានទទួល, តើមេតេសុខភាពចំនួនប៉ុន្មាន (តាមទូរស័ព្ទ ឬការធ្វើសន្និសីទតាមវីដេអូ)?

☐ គ្មាន ☐ តិចតួចណាស់ ☐ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ☐ ស្ទើរតែទាំងអស់ ☐ ទាំងអស់

18. តើវាពិនិត្យតាម រយៈ telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹង ឯកាមកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាមបែបប្រពៃណី មានសារៈប្រយោជន៍ដែលជួយដែរឬទេ?

○ ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន ○ ដូចជាប្រសើរជាងមុន ○ ប្រហែលជាដូចគ្នា ○ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន ○ មិនពាក់ព័ន្ធ

19. សូមផ្តល់ មតិយោបល់បន្ថែម អំពីបទពិសោធន៍ នៃការព្យាបាល របស់អ្នក ។ កុំសរសេរព័ត៌មានណាមួយដែលអាចបញ្ជាក់ ពីអត្តសញ្ញាណ របស់អ្នក ឧទាហរណ៍៖ កុំសរសេរឈ្មោះ ឬលេខទូរសព្ទ របស់អ្នក ។ កុំប្រើប្រាស់ទីកន្លែង នេះដើម្បី រាយការណ៍អំពីស្ថានភាពអាសន្ន ឬវិបត្តិ ។ សម្រាប់ជំនួយភ្លាមៗ សូមទាក់ទងអ្នក ផ្តល់ សេវាព្យាបាល របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅលេខ ១១១។

ឥឡូវប្រាប់យើងបន្តិចអំពីខ្លួនអ្នក ។

20. តើទរបស់អ្នក គឺអ្វី ?

○ បុរស ○ ស្រី

21. ចន្លោះ អាយុ៖

☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45
☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+

22. ជាតិពន្ធ ជាតិសាសន៍ (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត។) ៖

☐ មាន ☐ អត់មានទេ ☐ មិនដឹង

23. ជាតិពន្ធ ជាតិសាសន៍ (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត។)៖

○ អាមេរិកាំតណា/ជនជាតិដើមអាទ្យាស័កា

☐ မာလိ

○ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង

○ ចន្លោះអាយុ៖

○ ស្បែកស/អាមេរិកាំងស

○ សាសន៍មួយទៀត

○ មិនដឹង

30352

សមអរគុណ ដែលបានចំណាយពេលឆ្លើយ នូវសំណួរទាំងអស់នេះ!