

Treatment Perceptions Survey (ADULT)

CalOMS Provider ID:

Program Reporting Unit (address):

Setting: ☐ Early Intervention ☐ OP/IOP ☐ Residential ☐ OTP ☐ Detox/WM ☐ Recovery Services

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះអំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីនេះ ដើម្បីជួយកែលម្អសេវាកម្ម។ ប្រើ "មិនអាចអនុវត្តបាន" ប្រសិនបើសំណួរគឺអំពីអ្វីដែលអ្នកមិនធ្លាប់មាន។ ចម្លើយរបស់អ្នកគឺជាការសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនមានឥទ្ធិពលលើសេវាកម្មបច្ចុប្បន្ន ឬអនាគតដែលអ្នកទទួលបាននោះទេ។ កុំសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើទម្រង់នេះ។

ចម្លើយរបស់អ្នកត្រូវតែអាចអានដោយកុំព្យូទ័រ។ ដូច្នេះសូមប្រើប៊ិច ហើយដាក់អក្សរ "X" នៅក្នុងប្រអប់។ ជើងសរសេរចមើលតែមួយសម្រាប់សំណួរនីមួយៗ។

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ: (MM/DD/YYYY)

ត្រឹមត្រូវ មិនត្រឹមត្រូវ



គាំទ្រពេញទំហំ
យល់ព្រម
ខ្ញុំអញ្ចាញក្រីក
មិនយល់ស្រប
មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង
មិនអាចអនុវត្ត

1. ទីតាំងមានភាពងាយស្រួល (ការធ្វើដំណើរដោយរថយន្តក្រុង ចំងាយផ្លូវ ចំណត ។ល។).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. សេវាកម្មអាចរកបានភ្លាម នៅពេលដែលខ្ញុំត្រូវការវា.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ខ្ញុំបានជ្រើសរើសគោលដៅសង្គ្រោះ/ការព្យាបាល/ការស្តារឡើងវិញដំបូង ដោយមានជំនួយពីអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. បុគ្គលិកបានផ្តល់ពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ដល់ខ្ញុំក្នុងវគ្គអន្តរាគមន៍/ការព្យាបាល/ការសង្គ្រោះដំបូងរបស់ខ្ញុំ។	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. បុគ្គលិកបានព្យាបាលរូបខ្ញុំ ដោយមានការគោរព.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. បុគ្គលិកបាននិយាយជាមួយខ្ញុំ ក្នុងមធ្យោបាយមួយដែលខ្ញុំបានយល់.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. បុគ្គលិកមានការទោទន់ បត់បែន ទៅតាមប្រវត្តិសាស្ត្រ វប្បធម៌របស់ខ្ញុំ (ជាតិសាសនា សាសនា ភាសា ។ល។).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថា គេស្វាគមន៍ខ្ញុំនៅទីនេះ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ជាលទ្ធផលដោយផ្ទាល់នូវសេវាកម្មនានាដែលខ្ញុំកំពុងទទួល ខ្ញុំមានលទ្ធភាពប្រសើរជាងមុន ក្នុងការធ្វើការអ្វីផ្សេងនានា ដែលខ្ញុំចង់ធ្វើ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ជាលទ្ធផលផ្ទាល់នៃសេវាដែលខ្ញុំកំពុងទទួល ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាមិនសូវចង់ដូចមុន.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. បុគ្គលិកទីនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលសុខភាពរាងកាយរបស់ខ្ញុំនានា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. បុគ្គលិកទីនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំនានា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. បុគ្គលិកទាំងឡាយនៅទីនេះ បានជួយខ្ញុំភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវានានាដទៃទៀត តាមដែលត្រូវការ (សេវាសង្គម លំនៅដ្ឋាន។ល។).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ជាទូទៅ, ខ្ញុំមានការទេញចិត្តនឹងទេវាកម្មនានា ដែលខ្ញុំបានទទួល.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. ខ្ញុំបានទទួលនូវរាល់ការជួយ/សេវាកម្មនានា ទាំងអស់ ដែលខ្ញុំត្រូវការ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. ខ្ញុំនឹងធ្វើការណែនាំស្ថាប័ននេះ ទៅកាន់មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. ឥឡូវគិតអំពីសេវាកម្មនានា ដែលអ្នកបានទទួល, តើតាមគោលសុខភាពចំនួនប៉ុន្មាន (តាមទូរស័ព្ទ ឬការផ្ញើសន្និសីទតាមវីដេអូ)? ☐ គ្មាន ☐ តិចតួចណាស់ ☐ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ☐ ស្ទើរតែទាំងអស់ ☐ ទាំងអស់						
18. តើការពិនិត្យតាមរយៈ telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការមកពិនិត្យដោយផ្ទាល់មុខតាមបែបប្រពៃណី មានសារៈប្រយោជន៍ដល់អ្នកដែរឬទេ? ☐ ប្រសើរជាងមុនច្រើន ☐ ដូចជាប្រសើរជាងមុន ☐ ប្រហែលជាដូចគ្នា ☐ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ						
19. នៅពេលអ្នកចូលកម្មវិធីព្យាបាល តើបុគ្គលិកម្នាក់ៗបានផ្តល់ជូនអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃសៀវភៅណែនាំអ្នកដទៃ ឬបង្ហាញអ្នកពីកន្លែងដែលអ្នកអាចរកវាបាន? ☐ មាន ☐ អត់មានទេ						
20. តើបុគ្គលិកម្នាក់ៗបង្ហាញអ្នកនូវវីដេអូអំពីអ្នកដទៃ? ☐ មាន ☐ អត់មានទេ						
21. ការមើលវីដេអូអំពីអ្នកដទៃបានជួយខ្ញុំឱ្យយល់កាន់តែច្បាស់អំពីប្រព័ន្ធភាពមិនប្រក្រតីនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុនៅក្នុងខោនធី LA ។ ☐ យល់ព្រមខ្លាំង ☐ យល់ព្រម ☐ ខ្ញុំអញ្ចាញក្រីក ☐ មិនយល់ស្រប ☐ មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ						
22. ការមើលវីដេអូអំពីអ្នកដទៃបានជួយខ្ញុំនូវព័ត៌មានដែលខ្ញុំអាចប្រើដើម្បីចូលប្រើសេវាកម្មបំបាត់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនដែលមាន។ ☐ យល់ព្រមខ្លាំង ☐ យល់ព្រម ☐ ខ្ញុំអញ្ចាញក្រីក ☐ មិនយល់ស្រប ☐ មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ						



23. សូមអនុញ្ញាតឱ្យយើងដឹងពីយោបល់នានារបស់អ្នក។ តើអ្វីដែលមានប្រយោជន៍បំផុត អំពីកម្មវិធីនេះ? តើអ្នកនឹងផ្លាស់ ឬអ្វី អំពីកម្មវិធីនេះ? សូមកុំសរសេរព័ត៌មានណាមួយ ដែលអាចបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណអ្នក។ ជាឧទាហរណ៍, កុំសរសេរឈ្មោះ ឬលេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក។

ឥឡូវនេះប្រាប់យើងបន្តិចអំពីខ្លួនអ្នក

24. តើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មនៅទីនេះយូរប៉ុណ្ណាហើយ?

- ☐ ដំណើរទស្សនកិច្ចលើកដំបូង/ថ្ងៃ
- ☐ ២ សប្តាហ៍ឬតិចជាងនេះ
- ☐ ច្រើនជាង 2 សប្តាហ៍ប៉ុន្តែតិចជាង 4 សប្តាហ៍
- ☐ ៤ សប្តាហ៍ឬច្រើនជាងនេះ

25. លំដាប់អាយុ:

- ☐ ១៨-២៥ ☐ ៣៦-៤៥ ☐ ៥៦-៦៤
- ☐ ២៦-៣៥ ☐ ៤៦-៥៥ ☐ ៦៥+

26. តើអ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែងទេ?

- ☐ បាទ ☐ ទេ

27. តើអ្នកទទួលបានការលើកទឹកចិត្ត/ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែរឬទេ? សេវាកម្មគ្រប់គ្រង?

- ☐ បាទ ☐ ទេ

28. តើអ្វីទៅជាអត្តសញ្ញាណយេនឌ័របច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក?

- (ចំណាំ: នេះជារបៀបដែលអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណខ្លួនឯង ប្រហែលជាមិនដូចការរួមភេទដែលអ្នកធ្លាប់មាននោះទេ។ កំណត់ពីកំណើត)?
- ☐ ប្រុស
 - ☐ ស្រី
 - ☐ ស្រីទៅប្រុស (FTM)/ប្រុសប្តូរភេទ/បុរសប្តូរភេទ
 - ☐ ប្រុសទៅស្រី (MTF)/ប្តូរភេទស្រី/ស្រីឆ្លង
 - ☐ Genderqueer មិនត្រឹមតែប្រុសឬស្រី
 - ☐ ប្រភេទភេទបន្ថែម ឬផ្សេងទៀត:
 - ☐ ចូលចិត្តមិននិយាយ

29. តើអ្នកមានភេទអ្វីនៅពេលកើត?

- ☐ ស្រី ☐ ប្រុស
 - ☐ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រផ្សេងទៀត ☐ បដិសេធមិនឆ្លើយ
-

30. តើចំណង់ផ្លូវភេទរបស់អ្នកគឺជាអ្វី?

- | | |
|--|--|
| ☐ ភេទចំ/មនុស្សមានការស្រឡាញ់ស្នេហាអ្នក | ☐ ភេទស៊ីច |
| ☐ ភេទផ្ទុយ | ☐ ផ្លូវភេទ |
| ☐ ប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី | ☐ ទំនោរភេទមួយទៀត |
| ☐ ឡើយ (ប្រុស) | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div> |
| ☐ ភេទពីរប្រុសក៏ស្រឡាញ់ស្រីក៏ស្រឡាញ់ | ☐ Queer |
| ☐ មិនដឹង | ☐ ចូលចិត្តមិននិយាយ |

31. តើអ្នកជាជនជាតិជាប់ស្រឡាយមីកស៊ិក/អ៊ីស្បានិក/ឡានីនដែរឬទេ?

- ☐ បាទ ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

32. សាច់/ជាតិ/និន្ទា (សូមជ្រើសរើស អ្វីទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត):

- ☐ អាមេរិកាឥណ្ឌា/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ☐ អាស៊ី
- ☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង
- ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
- ☐ ស្បែកស/អាមេរិកាំងស
- ☐ សាសន៍មួយទៀត
- ☐ មិនដឹង

33. ស្ថានភាពជនពិការ (សូមគូសចំណាំទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ):

- ☐ ពិការរាងកាយ
- ☐ ពិការភ្នែក/ពិការភ្លែត
- ☐ ពិការភ្នែក/ច្រូង
- ☐ ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរួមគ្នា
- ☐ ពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍ Development ឬបញ្ហា
- ☐ ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់):
- ☐ គ្មាន

34. តើស្ថានភាពពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌរបស់អ្នកគឺជាអ្វី?

- ☐ ការត្រួតពិនិត្យសហគមន៍ក្រោយការចេញផ្សាយ (AB109) ឬនៅលើការសាកល្បងពីសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬយុត្តាធិការក្នុងតំបន់ណាមួយ
- ☐ រង់ចាំការកាត់ក្តី ការចោទប្រកាន់ ឬការកាត់ទោស
- ☐ លើការដោះលែងពីយុត្តាធិការណាមួយផ្សេងទៀត។
- ☐ ពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌផ្សេងទៀត។
- ☐ គ្មានការពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌ

សូមអរគុណ ដែលបានចំណាយពេលឆ្លើយ នូវសំណួរទាំងអស់នេះ!