

Treatment Perceptions Survey (ADULT)

CalOMS Provider ID:

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

Program Reporting Unit (address):

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

Setting: Early Intervention OP/IOP Residential Recovery Support Services

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

ចម្លើយរបស់អ្នកត្រូវតែអាចអានដោយកុំព្យូទ័រ។ ដូច្នេះសូមប្រើប៊ិច ហើយដាក់អក្សរ "X" នៅក្នុងប្រអប់។ ជេសរើសចមើយតែមួយសម្រាប់សំណួរនីមួយៗ។

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ: (MM/DD/YYYY)

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

ត្រឹមត្រូវ មិនត្រឹមត្រូវ

គាំទ្រពេញទំហំ
យល់ព្រម
ខ្ពស់ព្យាក្រឹត
មិនយល់ស្រប
មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង
មិនអាចអនុវត្ត

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



23. សូមអនុញ្ញាតឱ្យយើងដឹងពីយោបល់នានារបស់អ្នក។ តើអ្វីដែលមានប្រយោជន៍បំផុត អំពីកម្មវិធីនេះ? តើអ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរអ្វី 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. តើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ទេ?

- បាទ ទេ

27. តើអ្វីទៅជាអត្តសញ្ញាណយេនឌ័របច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក?

(ចំណាំ: នេះជារបៀបដែលអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណខ្លួនឯង ប្រហែលជាមិនដូចការរួមភេទដែលអ្នកធ្លាប់មាននោះទេ។ កំណត់ពីកំណើត?)

- ប្រុស
- ស្រី
- ស្រីទៅប្រុស (FTM)/ប្រុសប្តូរភេទ/បុរសប្តូរភេទ
- ប្រុសទៅស្រី (MTF)/ប្តូរភេទស្រី/ស្រីឆ្លង
- Genderqueer មិនត្រឹមតែប្រុសឬស្រី
- ប្រភេទភេទបន្ថែម ឬផ្សេងទៀត:
- ចូលចិត្តមិននិយាយ

28. តើអ្នកមានភេទអ្វីនៅពេលកើត?

- ស្រី ប្រុស
 - អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រផ្សេងទៀត បដិសេធមិនឆ្លើយ
-

29. តើចំណងជួរភេទរបស់អ្នកគឺជាអ្វី?

- ប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី
- ភេទចម្រុះ/មនុស្សមានការស្រឡាញ់ស្នេហាអ្នកភេទផ្ទុយ
- ភេទពីរប្រុសក៏ស្រឡាញ់ស្រីក៏ស្រឡាញ់
- អ្វីផ្សេងទៀត: (សូមពណ៌នា)
- មិនដឹងទេ។
- ចូលចិត្តមិននិយាយ

30. តើអ្នកជាជនជាតិជាប់សែស្រឡាយមីកស៊ិក /អ៊ីស្បានិក/ឡាទីនដែរឬទេ?

- បាទ ទេ មិនស្គាល់

31. សាខា/ភូមិ/ស្ថានភាព (សូមជ្រើសរើស អ្វីទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត):

- អាមេរិកាឥណ្ឌា/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- អាស៊ី
- ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង
- ជនជាតិដើមហាវៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
- ស្បែកស/អាមេរិកាំងស
- សាសន៍មួយទៀត:
- មិនដឹង

32. ស្ថានភាពជនពិការ (សូមគូសចំណាំទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ):

- ពិការរាងកាយ
- ពិការភ្នែក/ពិការភ្នែក
- ពិការភ្នែក/ដួង
- ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរួមគ្នា
- ពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍ Development ឬបញ្ហា
- ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់):
- គ្មាន

33. តើស្ថានភាពពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌរបស់អ្នកគឺជាអ្វី?

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

សូមអរគុណ ដែលបានចំណាយពេលឆ្លើយ នូវសំណួរទាំងអស់នេះ!