

CHILDREN'S ADMINISTRATION GAIN-SS

កំណែទី (GVER)៖ GSS-annual 2.0.1

រក្សាសិទ្ធិ © 2005 ដោយ៖ Chestnut Health Systems

ឈ្មោះអតិថិជន (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល)		1. កាលបរិច្ឆេទ	2. <input type="checkbox"/> នីតិជន <input type="checkbox"/> យុវជន	3. <input type="checkbox"/> អតិថិជនបានបដិសេធមិនឆ្លើយនឹងសំណួរនានា <input type="checkbox"/> អតិថិជនមិនអាចឆ្លើយនឹងសំណួរនានាបាន
លេខទូរស័ព្ទរបស់អតិថិជន	ខ្សែថ្ងៃកំណើតរបស់អតិថិជន	4. លេខ CAMIS PERSON ID		ពូជសាសន៍/ជាតិពន្ធុ
អាសយដ្ឋានរបស់អតិថិជន		ក្រុង	រដ្ឋ	លេខស៊ីបខ្នង
ឈ្មោះរបស់បុគ្គលិកធ្វើការផ្នែកសង្គមកិច្ច			លេខទូរស័ព្ទរបស់បុគ្គលិកធ្វើការផ្នែកសង្គមកិច្ច	
5. អតិថិជនត្រូវគេបញ្ជូនមកសំរាប់ការវាយតម្លៃ <input type="checkbox"/> សុខភាពផ្នែកខួរក្បាល <input type="checkbox"/> ការញៀនសារជាតិគីមី <input type="checkbox"/> សហករណ៍-ការញៀនសារជាតិគីមី <input type="checkbox"/> អតិថិជនមិនត្រូវបានគេបញ្ជូនមកទេ		6. អតិថិជនបច្ចុប្បន្ននេះកំពុងទទួលសេវាកម្ម <input type="checkbox"/> សុខភាពផ្នែកខួរក្បាល <input type="checkbox"/> ការញៀនសារជាតិគីមី <input type="checkbox"/> សហករណ៍-ការញៀនសារជាតិគីមី		7. <input type="checkbox"/> សេវាការពារកុមារ (CPS) <input type="checkbox"/> សេវាស្ម័គ្រចិត្តផ្នែកករណីគ្រួសារ <input type="checkbox"/> សេវាផ្នែកសម្រុះសម្រួលគ្រួសារ (FRS) <input type="checkbox"/> សេវាសុខុមាលភាពកុមារនិងគ្រួសារ <input type="checkbox"/> សុខភាពកុមារ និងការតាមដានការអប់រំ (CHET)

ការវាយតម្លៃជាសកលស្តីពីសេចក្តីត្រូវការនានារបស់បុគ្គល-សំណួរពិនិត្យមើលខ្លីៗ (GAIN-SS)

សំណួរទាំងឡាយខាងក្រោមនេះគឺជាសំណួរស្តីអំពីបញ្ហាចិត្តសាស្ត្រ, បញ្ហាភរិយាបថ, ឬបញ្ហាផ្ទាល់ខ្លួននានាដែលកើតឡើងជាទូទៅ ។ គេចាត់ទុកបញ្ហាទាំងអស់នេះថាជាបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរណាស់ កាលណាអ្នកចេះតែមានវាហើយមានទ្រុឌទ្រោមអស់រយៈពេលពីរអាទិត្យឬលើសជាងទៅទៀតនោះ, កាលណាបញ្ហាចេះតែបន្តកើតឡើង, កាលណាបញ្ហាចេះតែរារាំងអ្នក មិនឲ្យជួបតាមកិច្ចការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក, ឬកាលណាបញ្ហាធ្វើឲ្យអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកមិនអាចបន្តដំណើរទៅមុខទៀតបាន ។ សូមឆ្លើយនឹងសំណួរ “បាទ/ចា៖” ឬ “ទេ” ។

សុខភាពផ្នែកខួរក្បាលដែលកំពុងបង្កឥរិយាបថនានានៅក្នុងខ្លួន (IDSc 1)៖ ក្នុងកំឡុងពេល 12 ខែកន្លងទៅនេះ, តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរនានា . . .

a. ធ្វើឲ្យអ្នកមានអារម្មណ៍ដូចជាជាប់ឃុំ, ឯកភោ, ទុក្ខព្រួយ, ស្រដូតស្រងាត់, ឬអស់សង្ឃឹមពីអនាគតឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖	<input type="checkbox"/> ទេ
b. ធ្វើឲ្យអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការគេង, យល់សប្តិអាក្រក់, គេងមិនចេះផ្អែក, ឬចេះតែងងាយគេងនៅពេលថ្ងៃឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖	<input type="checkbox"/> ទេ
c. ធ្វើឲ្យអ្នកមានអារម្មណ៍រស់រវល់, ភ័យ, តឹងចិត្ត, ខ្លាច, ស្ទន់, ឬដូចជាមានអ្វីមួយអាក្រក់នឹងកើតឡើងឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖	<input type="checkbox"/> ទេ
d. ពេលណាមានអ្វីមួយធ្វើឲ្យអ្នកនឹកឃើញដល់រឿងអតីតកាល, អ្នកប្រែជាមានទុក្ខព្រួយខ្លាំង និងកើតក្តីជ្រុលច្របល់ក្នុងចិត្តឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖	<input type="checkbox"/> ទេ
e. ធ្វើឲ្យអ្នកគិតមមែអំពីការចង់បញ្ចប់ជីវិត ឬការចង់ធ្វើអត្តឃាតឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖	<input type="checkbox"/> ទេ

បើមានចម្លើយ “បាទ/ចា៖” ចាប់ពីពីរឡើងទៅ, ចូរបញ្ជូនទៅរកកន្លែងសុខភាពផ្នែកខួរក្បាល, លើកលែងតែ បើយល់ថាលើសំណួរ (e) មានចំណុចវិជ្ជមានក្នុងការចង់ធ្វើអត្តឃាត, ចូរបញ្ជូនទៅកាន់បណ្តាញដោះស្រាយវិបត្តិ (CRISIS LINE) ឬ DMHP (អ្នកឯកទេសផ្នែកគាំពារសុខភាពខួរក្បាល)

សុខភាពផ្នែកខួរក្បាលដែលកំពុងបង្កឥរិយាបថនានានៅក្នុងខ្លួន (EDSc 2)៖ នៅក្នុងកំឡុងពេល 12 ខែកន្លងទៅនេះ, តើអ្នកមានបានប្រព្រឹត្តករណីនានាខាងនេះពីរដង ឬលើសឬទេ?

a. និយាយភូតភរឬបោក ដើម្បីយកអ្វីដែលអ្នកចង់បាន ឬដើម្បីជៀសវាងពីការធ្វើអ្វីមួយឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖	<input type="checkbox"/> ទេ
b. មានការពិបាកក្នុងការផ្តាត់អារម្មណ៍នៅសាលា, នៅកន្លែងធ្វើការ, ឬនៅផ្ទះឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖	<input type="checkbox"/> ទេ
c. មានការពិបាកក្នុងការផ្តាត់អារម្មណ៍ស្តាប់ការណែនាំពន្យល់នៅសាលា, នៅកន្លែងធ្វើការ, ឬនៅផ្ទះឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖	<input type="checkbox"/> ទេ

d. ជាមនុស្សចូលចិត្តតែសម្ភតគេ ឬគំរាមកំហែងគេឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៎ះ	<input type="checkbox"/> ទេ
e. ចាប់ផ្តើមវាយគប់ជាមួយមនុស្សដទៃឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៎ះ	<input type="checkbox"/> ទេ
បើ មានចម្លើយ “បាទ/ចា៎ះ” ចាប់ពីពិរឿងទៅ, ចូរបញ្ជូនទៅរកកន្លែងសុខភាពផ្នែកខ្លួនរក្សាល		
ការពិនិត្យរកមើលការញៀនសារជាតិគីមី (SDScr 3)៖ ក្នុងកំឡុងពេល 12 ខែកន្លងទៅនេះ, តើ.....		
a. អ្នកមានប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំញៀនរៀងរាល់អាទិត្យឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៎ះ	<input type="checkbox"/> ទេ
b. អ្នកមានចំណាយពេលច្រើនដើម្បីរកគ្រឿងស្រវឹងឬថ្នាំញៀន, ប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងឬថ្នាំញៀន, ឬបង្កើនអារម្មណ៍តាមអនុភាពនៃគ្រឿងស្រវឹងឬថ្នាំញៀន (ស្រមើស្រមៃ, ឈឺស្តាត់) ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៎ះ	<input type="checkbox"/> ទេ
c. អ្នកមានរក្សាការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងឬថ្នាំញៀន បើទុកណាជាការប្រើប្រាស់នោះបានបង្កឱ្យអ្នកមានបញ្ហាសង្គម, បង្កឱ្យអ្នកមានការវាយគប់គ្នា, ឬបង្កឱ្យអ្នកមានរឿងហេតុជាមួយមនុស្សដទៃយ៉ាងណាក៏ដោយឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៎ះ	<input type="checkbox"/> ទេ
d. ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងឬថ្នាំញៀនរបស់អ្នកបានធ្វើឱ្យអ្នកបោះបង់ចោល, កាត់បន្ថយ, ឬមានបញ្ហាក្នុងការចូលរួមក្នុងសកម្មភាពសំខាន់ៗនៅកន្លែងធ្វើការ, សាលារៀន, ផ្ទះ, ឬវិការដ្ឋានសង្គមនានាឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៎ះ	<input type="checkbox"/> ទេ
e. អ្នកមានឆ្លងកាត់បញ្ហាធ្លាក់ថយឥទ្ធិពលពីគ្រឿងស្រវឹងឬថ្នាំញៀនដូចជាការញៀនរំពៃ, ការក្អកចង្ហោរ, ការពិបាកអង្គុយទប់ខ្លួនឱ្យនឹងឬការគេង, ឬត្រូវតែប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងឬថ្នាំញៀនដើម្បីជួយបញ្ឈប់ការឈឺស្តាត់ ឬបំបាត់បញ្ហាធ្លាក់ថយឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងស្រវឹងឬថ្នាំញៀនឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា៎ះ	<input type="checkbox"/> ទេ
បើមានចម្លើយ “បាទ/ចា៎ះ” ចាប់ពីពិរឿងទៅនៅក្នុងបញ្ហាការញៀនសារជាតិគីមី ឬសហករណ៍-ការញៀនសារជាតិគីមី, (ការញៀនសារជាតិគីមី និងសុខភាពផ្នែកខ្លួនរក្សាល), ចូរបញ្ជូនទៅ CDP ឬអ្នកផ្តល់ការបំរើផ្នែកពិធីព្យាបាលនៃការញៀនសារជាតិគីមី		
ខ្ញុំយល់ថា សំណៅចម្លងនៃទម្រង់លិខិតនេះអាចនឹងត្រូវគេប្រើប្រាស់ទុកជាផ្នែកមួយនៃការបញ្ជូនទៅរកសេវាជំនួយនានា ។		
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ	