

កម្រងសំណួររបស់ CRAFT 2.1+N

បំពេញដោយអ្នកជម្ងឺ

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ដោយស្មោះត្រង់ ។ ចម្លើយរបស់លោក-អ្នកត្រូវបានរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ។

ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែកន្លងទៅនេះ តើលោក-អ្នកបានធ្វើទង្វើខាងក្រោមរយៈពេលប៉ុន្មានថ្ងៃ៖

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <p>1. ទទួលបានស្រាបៀរ ស្រា ឬគ្រឿងស្រវឹងណាមួយច្រើនជាងពីរ-បីក្រែប? សូមសរសេរ "0" ប្រសិនបើគ្មាន។</p> | <input type="text"/>
ចំនួនថ្ងៃ |
| <p>2. ប្រើប្រាស់កញ្ចប់ណាមួយ (ខេនណាប៊ី ប្រេង ក្រមួន តាមការដក់បារី ការលេប ការលាប ឬអាចបរិភោគបាន) ឬ "កញ្ចប់សំយោគ" (ឧទាហរណ៍ "K2" ឬ "Spice")? សូមសរសេរ "0" ប្រសិនបើគ្មាន។</p> | <input type="text"/>
ចំនួនថ្ងៃ |
| <p>3. ប្រើប្រាស់អ្វីមួយផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបាននូវអារម្មណ៍ដល់កំពូល (ឧទាហរណ៍ ថ្នាំគ្រាប់ ឱសថឧសច្ចាប័ងទៀត ឱសថមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា និងរបស់ដែលអ្នកហិត ឬ ការលេប ឬចាក់ ហិត ឬជក់បង្គុយ)? សូមសរសេរ "0" ប្រសិនបើគ្មាន។</p> | <input type="text"/>
ចំនួនថ្ងៃ |
| <p>4. ប្រើឧបករណ៍ជក់* ដែលមានផ្ទុកជាតិនីកូទីន និង/ឬ រសជាតិនីកូទីន ឬប្រើផលិតផលថ្នាំជក់ណាមួយ? * ដូចជាឧបករណ៍បារីអេឡិចត្រូនិក បរិមាណបរិភោគ ឧបករណ៍ជក់បារីដូចជា JUUL, ការដក់ហើយបោះបោល ដូចជាជាហ្វូដា (Puff Bar), ប៊ិចជក់បារី ឬអ៊ីហ្គុកា (e-hookahs)។ បារីបារីស៊ីហ្គា ស៊ីហ្គាលីលឡូស ហ្គុកា ថ្នាំជក់ទំពៅ ថ្នាំជក់ហិត ថ្នាំជក់ម្សៅមានសំណើម សារធាតុអាចរលាយ ឬថង់នីកូទីន។</p> | <input type="text"/>
ចំនួនថ្ងៃ |

សូមអានសេចក្តីណែនាំទាំងនេះ មុនពេលបន្តដំណើរការ៖

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់លេខ "0" ក្នុងប្រអប់ទាំងអស់ខាងលើ សូមឆ្លើយសំណួរ 5 ខាងក្រោម បន្ទាប់មកឈប់។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់លេខ "1" ឬច្រើនជាងនេះ សម្រាប់ សំណួរ 1, 2, ឬ 3 ខាងលើ សូមឆ្លើយសំណួរ 5-10 ខាងក្រោម។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់លេខ "1" ឬច្រើនជាងនេះ សម្រាប់ សំណួរ 4 ខាងលើ សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់នៅទំព័រក្រោយ។

សូមគូសរង្វង់មួយ

- | | |
|---|--------------------|
| <p>5. តើលោក-អ្នកធ្លាប់ជិះក្នុងឡានដែលបើកដោយអ្នកណាម្នាក់ (រួមទាំងខ្លួនអ្នក) ដែលស្រវឹង ឬទើបតែទទួលបាន គ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនដែរឬទេ?</p> | ទេ / ចាទ
/ ចាស់ |
| <p>6. តើលោក-អ្នកធ្លាប់ទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ដើម្បីបន្ធូរអារម្មណ៍ ធ្វើឱ្យមានអារម្មណ៍ល្អ ចំពោះខ្លួនឯង ឬឱ្យចូលនឹងគេចុះដេរឬទេ?</p> | ទេ / ចាទ
/ ចាស់ |
| <p>7. តើលោក-អ្នកធ្លាប់ទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ខណៈដែលលោក-អ្នកនៅតែឯង ឬតែម្នាក់ឯង ដែរឬទេ?</p> | ទេ / ចាទ
/ ចាស់ |
| <p>8. តើលោក-អ្នកធ្លាប់ភ្លេចទង្វើដែលលោក-អ្នកបានធ្វើ ខណៈដែលទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់ គ្រឿងញៀន ដែរឬទេ?</p> | ទេ / ចាទ
/ ចាស់ |
| <p>9. តើគ្រួសាររបស់លោក-អ្នក ឬក៏មិត្តភក្តិធ្លាប់ប្រាប់អ្នកថា អ្នកគួរតែកាត់បន្ថយការទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់ គ្រឿងញៀនដែរឬទេ?</p> | ទេ / ចាទ
/ ចាស់ |
| <p>10. តើលោក-អ្នកធ្លាប់បង្កបញ្ហាច្រើនដែរឬទេ ខណៈដែលលោក-អ្នកទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន?</p> | ទេ / ចាទ
/ ចាស់ |

កំណត់សម្គាល់ សម្រាប់បុគ្គលិកគ្លីនិក និងកំណត់ត្រាសុខភាព៖ ព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រាក្នុងទំព័រនេះ ត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រក្សាភាពសម្ងាត់ពិសេសរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ (42 CFR ផ្នែកទី2) ដែលហាមឃាត់ ការចែកចាយព័ត៌មាននេះ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ។ ការអនុញ្ញាតទូទៅនៃការចែករំលែកព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ ហេតុផលនេះឡើយ។

សំណួរខាងក្រោមសួរអំពីការប្រើប្រាស់របស់អ្នកអំពីឧបករណ៍ជក់ណាមួយដែលមានជាតិ និង/ឬ រសជាតិនីកូទីន ឬប្រើផលិតផលថ្នាំជក់ណាមួយ*

គូសរង្វង់ចម្លើយរបស់អ្នកសម្រាប់សំណួរនីមួយៗ។

សូមគូសរង្វង់មួយ

1.	តើអ្នកបានព្យាយាមប្រើការឈប់ជក់ (QUIT) ប៉ុន្តែមិនអាចឬទេ?	ទេ	បាទ /ចាស
2.	តើអ្នកជាក់ឬប្រើថ្នាំជក់ឥឡូវនេះ ពីព្រោះវាពិតជាពិបាកក្នុងការឈប់ជក់ឬទេ?	ទេ	បាទ /ចាស
3.	តើអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា អ្នកមានការញៀនថ្នាំពីការជក់ ឬថ្នាំជក់ឬទេ?	ទេ	បាទ /ចាស
4.	តើអ្នកធ្លាប់មានចំណង់យ៉ាងខ្លាំងចំពោះការជក់ឬការប្រើថ្នាំជក់ឬទេ?	ទេ	បាទ /ចាស
5.	តើអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា ដូចជាអ្នកត្រូវការជាក់លាក់ចំពោះការជក់ឬការប្រើថ្នាំជក់ឬទេ?	ទេ	បាទ /ចាស
6.	តើវាពិបាករក្សាពីការជក់ឬការប្រើថ្នាំជក់នៅទីកន្លែងដែលអ្នកមិនត្រូវបានគេរំពឹងទុក ដូចជាសាលារៀនឬទេ?	ទេ	បាទ /ចាស
7.	នៅពេលអ្នកមិនបានជក់ ឬប្រើថ្នាំជក់ក្នុងរយៈពេលមួយ (ឬនៅពេលអ្នកព្យាយាមឈប់ប្រើ)...		
a.	តើអ្នកពិបាកចំពោះការផ្ទះស្មារតី ពីព្រោះអ្នកមិនអាចជក់ឬប្រើថ្នាំជក់ឬទេ?	ទេ	បាទ /ចាស
b.	តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អាចឆាប់ខឹងច្រើន ពីព្រោះអ្នកមិនអាចជក់ឬប្រើថ្នាំជក់ឬទេ?	ទេ	បាទ /ចាស
c.	តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា ត្រូវការខ្លាំង ឬចំណង់ខ្លាំងចំពោះការជក់ ឬប្រើថ្នាំជក់ឬទេ?	ទេ	បាទ /ចាស
d.	តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា ព្រួយបារម្ភ មិនបានសម្រាក ឬថប់បារម្ភ ពីព្រោះអ្នកមិនអាចជក់ឬប្រើថ្នាំជក់ឬទេ?	ទេ	បាទ /ចាស

* ឯកសារយោង

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist. *J Adolesc Health, 35*(3), 225–230;

McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern-Felsher, B. (2018). Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535.

កំណត់សម្គាល់ សម្រាប់បុគ្គលិកគ្លីនិក និងកំណត់ត្រាសុខភាព:

ព័ត៌មានដែលគេបានកត់ត្រាក្នុងទំព័រនេះ ត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រក្សាភាពសម្ងាត់ពិសេសរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ (42 CFR ផ្នែកទី2) ដែលហាមឃាត់ការចែកចាយព័ត៌មាននេះ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ។ ការអនុញ្ញាតទូទៅនៃការចែករំលែកព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ ហេតុផលនេះឡើយ។