

បញ្ជីសំណួរ សុខភាព អ្នកជំងឺ

បញ្ជីសំណួរនេះ ជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់ ដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នក នូវការថែទាំសុខភាព ដ៏ល្អបំផុត ដែលអាចធ្វើទៅបាន ។ ចម្លើយទាំងឡាយរបស់អ្នកនឹងជួយ ក្នុងការយល់ បញ្ហានានា ដែលអ្នកមាន ។ សូមឆ្លើយសំណួរនីមួយៗ អោយបានពេញលេញ លើកលែងតែ អោយអ្នករំលងទៅសំណួរមួយទៀត ។

កាលបរិច្ឆេទ _____ ឈ្មោះ: _____ អាយុ _____ ភេទ: ស្រី ប្រុស

| | មិន | | | |
|---|--------------|---------------------|--------------|--------------|
| 1. ក្នុងអំឡុងពេល ៤ សប្តាហ៍មុន តើអ្នកបានទទួលការរំខាន ប៉ុណ្ណា ដោយបញ្ហាដូចតទៅនេះ? | រំខាន | រំខាន | រំខាន | រំខាន |
| សោ: | សោ: | បន្តិចបន្តួច | ច្រើន | ច្រើន |
| ក. ឈឺពោះ: | [] | [] | [] | [] |
| ខ. ឈឺខ្នង | [] | [] | [] | [] |
| គ. ឈឺដៃ ឆើង ឬ សន្លាក់ (ជង្គង់, ត្រគាក់ ។ល។) | [] | [] | [] | [] |
| ឃ. ការឈឺចុកនៃការធ្លាក់រដូវ ឬបញ្ហាដទៃទៀត ទាក់ទងនឹង រដូវរបស់អ្នក..... | [] | [] | [] | [] |
| ង. ការចុកចាប់ ឬ បញ្ហានានា ក្នុងពេល រួមភេទ | [] | [] | [] | [] |
| ច. ឈឺក្បាល | [] | [] | [] | [] |
| ឆ. ឈឺដើមទ្រូង | [] | [] | [] | [] |
| ជ. វិលមុខ. | [] | [] | [] | [] |
| ឈ. ងងឹតមុខ | [] | [] | [] | [] |
| ញ. មានអារម្មណ៍ថា ឈ្នះដូងអ្នកបុកគឺប្ប ឬ ដើរលឿន | [] | [] | [] | [] |
| ដ. ការពិបាកដកដង្ហើម | [] | [] | [] | [] |
| ប. ទល់លាមក, លាមកមិនរឹង ឬ រាករូស | [] | [] | [] | [] |
| ឌ. ក្អកចង្ហារ, គោមច្រើន ឬ ឆ្អល់ពោះ | [] | [] | [] | [] |

| | អត់ | | | |
|--|------------|---------------------|--------------|--------------|
| 2. ជាង ២ សប្តាហ៍កន្លងទៅ តើអ្នកត្រូវបានរំខាន ញឹកញាប់ ប៉ុណ្ណា ដោយ បញ្ហា ដូចតទៅនេះ? | សោ: | សោ: | សោ: | សោ: |
| សោ: | សោ: | បន្តិចបន្តួច | ច្រើន | ច្រើន |
| ក. មានអារម្មណ៍ ឬ ចូលចិត្តតិចតួច ក្នុងការធ្វើអ្វីផ្សេងៗ..... | [] | [] | [] | [] |
| ខ. ស្រពាបស្រពោន, ភានតឹងចិត្ត ឬ អស់សង្ឃឹម | [] | [] | [] | [] |
| គ. ដំណេកមិនងាយលក់ ឬ មិនលក់ ឬ ដំណេកច្រើនពេក | [] | [] | [] | [] |
| ឃ. អស់កម្លាំង ឬ មានកម្លាំងតិចតួច..... | [] | [] | [] | [] |
| ង. បាយមិនសូវបាន ឬ បរិភោគច្រើនពេក | [] | [] | [] | [] |
| ច. មានអារម្មណ៍មិនល្អ ចំពោះខ្លួនឯង – ឬ យល់ថាខ្លួនឯងអន់ ឬ បានធ្វើឲ្យខ្លួនឯង និង គ្រួសារ ចុះអន់ថយ..... | [] | [] | [] | [] |
| ឆ. អារម្មណ៍មិនមូល ដូចជា អានសារព័ត៌មាន ឬ មើលទូរទស្សន៍..... | [] | [] | [] | [] |
| ជ. ធ្វើចលនា ឬ និយាយយឺតៗ ដែលអ្នកឯងសង្កេតឃើញ? ឬផ្ទុយពីនោះ – នៅមិនស្ងៀម ចេះតែដើរចុះដើរឡើងច្រើនហួសពីធម្មតា | [] | [] | [] | [] |
| ឈ. គិតថាខ្លួនស្លាប់ទៅវិញប្រសើរជាង ឬ ចង់ធ្វើបាបខ្លួនឯង តាមបែបណាមួយ | [] | [] | [] | [] |

FOR OFFICE CODING:
 Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation
 Maj Dep Syn if #2a or b and 5 or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all)
 Other Dep Syn if #2a or b and 2, 3 or 4 of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all)

3. សំណួរ ស្តីពី ភាពរសាប់រសល់ចិត្ត ។

ក. ក្នុងអំឡុងពេល ៤ សប្តាហ៍កន្លងទៅ តើអ្នកធ្លាប់មានភាពរសាប់រសល់ចិត្តឬទេ – គឺថា មានអារម្មណ៍ភ័យខ្លាច ឬ ស្លន់ស្លោ មួយរំពេច?.....[] ទេ ចាំស/បាទ
[] []

បើប្រសិនបើអ្នកគូស “ទេ” ចូររំលងទៅសំណួរលេខ 5.

ខ. តើរឿងនេះធ្លាប់កើតមានពីមុនមកទេ?[] ទេ ចាំស/បាទ
[] []

គ. តើភាពរសាប់រសល់ខ្លះៗលេចចេញមក ដោយរាងកាយមួយរំពេចឬ – បានសេចក្តីថា ក្នុងស្ថានភាព ដែលអ្នកមិនរំពឹងថា វាមានភាពរសាប់រសល់ ឬ មិនសុខស្រួល?[] []

ឃ. តើវា រំខានដល់អ្នកច្រើន ឬក៏អ្នកបារម្ភ វានឹងមានក្រោយទៀត?[] []

4. ចូរគិតពីការពិបាក ភាពរសាប់រសល់ដ៏អាក្រក់ចុងក្រោយរបស់អ្នក ។

ក. តើអ្នកមានការពិបាកដកដង្ហើមឬទេ?[] ទេ ចាំស/បាទ
[] []

ខ. តើចេះដូងរបស់អ្នកដើរលឿនខ្លាំង, បុកគឺប្លាស្ទិក ឬដើរឈប់ៗឬទេ?.....[] []

គ. តើអ្នកចុក ឬ តឹង ដើមទ្រូងឬទេ?[] []

ឃ. តើអ្នកបានបែកញើសឬទេ? [] []

ង. តើអ្នក ហាក់ដូចជា ស្ទុះ/ស្លាក់ឬទេ?.....[] []

ច. តើអ្នកធ្លាប់ទទួលបានភាពក្តៅមួយរំពេច ឬ រងញ័រឬទេ?[] []

ឆ. តើអ្នកមានផែនចងក្រង ឬ ផ្តល់ពោះ ឬ មានអារម្មណ៍ថាមានរាករូសឬទេ?[] []

ជ. តើអ្នកមានវិលមុខ, ធ្លាក់ចោល ឬ ងងឹតមុខឬទេ?.....[] []

ឈ. តើអ្នកមានងាយស្រួលពន់ ឬ ស្លឹក នៅ ផ្នែកសិរីរាងកាយ របស់អ្នកឬទេ?.....[] []

កា. តើអ្នកមានផែនចងក្រងប្រាណឬទេ?[] []

កខ. តើអ្នកមានផែនចងក្រងស្លាប់ឬទេ?.....[] []

5. ជាង ៤ អាទិត្យកន្លងទៅ តើអ្នកត្រូវបានរំខាន ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ដោយបញ្ហាដូចតទៅនេះ?

| | អត់ សោះ | ច្រើន ថ្ងៃ | ច្រើនជាង ប្រាំពីរថ្ងៃ |
|---|------------|---------------|--------------------------|
| ក. មានអារម្មណ៍អន្ទះអន្ទែង រសាប់រសល់ ឬ បារម្ភច្រើន អំពីរឿងផ្សេងៗ [] | [] | [] | [] |

បើប្រសិនបើអ្នកគូស “អត់សោះ” ចូររំលងទៅសំណួរលេខ 6.

ខ. មានអារម្មណ៍នៅមិនស្ងៀម គឺពិបាកអង្គុយឲ្យនៅនឹងមួយកន្លែង..... [] [] []

គ. ធ្លាប់អស់កម្លាំង..... [] [] []

ឃ. តឹងណែន ឈឺ ឬ ចុកសាច់ដុំ..... [] [] []

ង. ដំណេកមិនងាយលក់ ឬ នៅតែ ងងុយដេក [] [] []

ច. អារម្មណ៍មិនមូល ពីរឿងផ្សេងៗ ដូចជា អានសៀវភៅ ឬ មើលទូរទស្សន៍..... [] [] []

ឆ. ងាយគុញទ្រាន ឬ ធ្លាក់ខឹង..... [] [] []

FOR OFFICE CODING:
Pan Syn if #3a-d are all “Yes” and 4 or more of #4a-k are “Yes”
Other Anx Syn if #5a and answers to 3 or more of #5b-g are “more than half the days”

6. សំណួរ ស្តីពី ការបរិភោគអាហារ ។

- ក. តើ ជាញឹកញាប់ អ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកមិនអាចទប់បានពីរឿងបរិភោគ – ទេ ចាំស/បាទ
 ពីមុខម្ហូប និង ចំនួន ឬទេ? [] []
- ខ. ក្នុងរយៈពេល ២-ម៉ោង មនុស្សភាគច្រើនយល់ថា អ្នកបរិភោគអាហារ មាន ចំនួន
 ច្រើន ខុសពីតម្រូវការឬទេ? [] []

បើប្រសិនបើអ្នកគូស “ទេ” ចំពោះលេខ 6ក ឬ លេខ 6ខ ចូររំលងទៅសំណួរលេខ 9.

- គ. តើរឿងនេះកើតមាន ញឹកញាប់ មានជាមធ្យម ពីរដងក្នុងមួយអាទិត្យ ក្នុងរយៈពេល៣ខែមុនឬទេ? [] []

7. ក្នុងអំឡុងពេល ៣ខែមុន តើ ជាញឹកញាប់ អ្នកមានដែលបានធ្វើកិច្ចការអ្វី ដូចតទៅ ដើម្បី កុំអោយឡើងទម្ងន់ឬទេ? ទេ ចាំស/បាទ

- ក. ធ្វើឲ្យខ្លួនវាងចង្ហោរក្អក? [] []
- ខ. លេបថ្នាំទល់លាមក លើសពីពីរដងច្រើនជាងចំនួនដែលតម្រូវឲ្យលេប? [] []
- គ. តម - មិនញាំអ្វីសោះ យ៉ាងតិច ២៤ម៉ោង? [] []
- ឃ. ហាត់ប្រាណច្រើនជាងមួយម៉ោង ដោយមានគោលដៅច្រើនសាវាង ការកើនទម្ងន់ បន្ទាប់ពីបានបរិភោគហួសកម្រិត? [] []

8. បើប្រសិនបើអ្នក គូស “ចាំស/បាទ” ចំពោះបែបណាមួយ ដើម្បីចៀសវាង ទេ ចាំស/បាទ
 ការកើនទម្ងន់ តើរឿងនេះ មាន ជាញឹកញាប់ ជាមធ្យម ពីរដងក្នុងមួយអាទិត្យឬទេ?..... [] []

9. តើអ្នកដែលដឹកស្រាឬទេ (ដោយរាប់ទាំង យេវ ឬ ស្រាទំពាំងបាយជូង)? [] []

បើប្រសិនបើអ្នកគូស “ទេ” ចូររំលងទៅសំណួរលេខ 11.

10. តើអ្វីដូចតទៅនេះ មានដែលកើតឡើងដល់អ្នក ច្រើនជាងមួយដង ឬទេ ក្នុងរយៈពេល ៦ ខែ កន្លងទៅនេះ? ទេ ចាំស/បាទ

- ក. អ្នកបានដឹកសុរា ទោះបីជា ដជួបបណ្ឌិតបានណែនាំថា អ្នកត្រូវតែឈប់ ដោយសារ
 បញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក? [] []
- ខ. អ្នកបានដឹកសុរា រហូតដល់ស្រវឹងយ៉ាងខ្លាំង ឬ ស្រវឹង នៅពេលអ្នកកំពុងធ្វើការ ទៅសាលារៀន
 ឬកំពុងថែទាំកូនក្មេង ឬ កំពុងទទួលខុសត្រូវចំពោះកិច្ចការដទៃទៀត [] []
- គ. អ្នកខានពុំបានទៅធ្វើការ ឬក៏ ទៅយឺត ពេលទៅធ្វើការងារ ទៅសាលារៀន ឬ ធ្វើកិច្ចការ
 ដទៃទៀត ដោយសារតែអ្នកបានដឹកស្រា ឬក៏ ស្រវឹងស្រា [] []
- ឃ. អ្នកមានបញ្ហា ក្នុងការទំនាក់ទំនងអ្នកដទៃ នៅពេលអ្នកដឹកស្រា [] []
- ង. អ្នកបានបើកបរ បន្ទាប់ពីដឹកអស់ជាច្រើនដង ឬ បន្ទាប់ពីបានដឹកហួសប្រមាណ [] []

11. បើប្រសិនបើអ្នក គូសនូវបញ្ហា ណាមួយ នៅក្នុងបញ្ជីសំណួរនេះ តើបញ្ហាទាំងនេះបានធ្វើអោយអ្នក ពិបាក ប៉ុណ្ណា ក្នុងការបំពេញការងារ ការថែទាំកិច្ចការផ្ទះ ឬ ការទំនាក់ទំនងអ្នកដទៃ?

| | | | |
|----------|-------|-------|---------|
| មិនពិបាក | ពិបាក | ពិបាក | ពិបាក |
| សោះឡើយ | គួរសម | ណាស់ | ក្រៃលែង |
| [] | [] | [] | [] |

FOR OFFICE CODING:
 Bul Ner if #6a, b and c and #8 are all “Yes”; Bin Eat Dis is the same but #8 either ‘No’ or left blank
 Alc Abu if any of #10a-e are “Yes”

(សំណួរបន្ថែម)

12. ក្នុងអំឡុងពេល ៤ អាទិត្យកន្លងទៅ តើអ្នកបានត្រូវវាង ប៉ុណ្ណា ដោយបញ្ហាដូចតទៅនេះ?

| | មិនវាង សោះ | វាង បន្តិចបន្តួច | វាង ច្រើន |
|---|---------------|---------------------|--------------|
| ក. បារម្ភអំពីសុខភាពរបស់អ្នក | [] | [] | [] |
| ខ. ទម្ងន់ ឬ សម្រស់របស់ខ្លួន | [] | [] | [] |
| គ. មានតម្រូវការផ្លូវភេទបន្តិចបន្តួច ឬ គ្មានសោះ ពេលរួមភេទ | [] | [] | [] |
| ឃ. មានបញ្ហាពិបាកជាមួយ ប្តី/ប្រពន្ធ ដៃគូ/សង្សារ ឬ មិត្តប្រុស/មិត្តស្រី | [] | [] | [] |
| ង. មានភាពតានតឹង ក្នុងការថែទាំកូន មាតាបិតា ឬ សមាជិកគ្រួសារដទៃទៀត | [] | [] | [] |
| ច. មានភាពតានតឹងនៅកន្លែងធ្វើការ ឬ នៅក្រៅផ្ទះ ឬនៅសាលារៀន | [] | [] | [] |
| ឆ. មានបញ្ហា ឬ បារម្ភ ពីរឿងលុយកាក់ | [] | [] | [] |
| ជ. គ្មានអ្នកទីពីរ ពេលមានបញ្ហាកើតឡើង | [] | [] | [] |
| ឈ. មានរឿងអាក្រក់កើតឡើង ថ្មីៗ | [] | [] | [] |
| ញ. គិត ឬរំពឹងយល់ ពីរឿងអាក្រក់ ដែលបានកើតឡើងដល់អ្នក ពីអតីតកាល – ដូចជា ផ្ទះអ្នកត្រូវបានបំផ្លិចបំផ្លាញ មានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវគេវាយ ឬ ធ្វើបាប ឬក៏ ត្រូវគេបង្ខំអោយរួមភេទ | [] | [] | [] |

13. ក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំកន្លងទៅ តើអ្នកដែលត្រូវបានគេវាយ ទះកំហៀង ទាត់ទាក់ ឬ បើមិនដូច្នោះទេ បានត្រូវគេ ធ្វើបាបលើរាងកាយ ឬ មានគេបង្ខំអោយអ្នករួមភេទដោយមិនស្ម័គ្រចិត្តដែរឬទេ? [] ទេ [] ចា់ស/បាទ

14. តើអ្វីជារឿងដែលមានភាពតានតឹងខ្លាំងជាងគេ នៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក សព្វថ្ងៃនេះ?

[] ទេ [] ចា់ស/បាទ

15. តើអ្នកកំពុងប្រើថ្នាំ ព្យាបាល ភាពរសាប់រសល់ ការថយថយទឹកចិត្ត ឬ ការតានតឹងក្នុងចិត្តឬទេ? [] ទេ [] ចា់ស/បាទ

16. សម្រាប់តែស្ត្រីប៉ុណ្ណោះ៖ សំណួរស្តីពី ការធ្លាក់រដូវ ការមានផ្ទៃពោះ និង ការកើតកូន ។

- ក. តើចំណុចណាមួយ ដែលរៀបរាប់បានល្អបំផុត សម្រាប់ការធ្លាក់រដូវរបស់អ្នក?
 - ___ ការធ្លាក់រដូវ មិនធ្លាស់ប្តូរទេ
 - ___ គ្មានការធ្លាក់រដូវទេ ពីព្រោះ មានផ្ទៃពោះ ឬ ទើបតែសម្រាលកូនរួច
 - ___ ការធ្លាក់រដូវបានក្លាយទៅជា មិនប្រក្រតី ឬ បានធ្លាស់ប្តូរ មិនឡើងទាត់ រយៈពេល និង ចំនួន
 - ___ គ្មានការធ្លាក់រដូវទេ យ៉ាងតិចមួយឆ្នាំមកហើយ
 - ___ មានការធ្លាក់រដូវ ពីព្រោះត្រូវប្រើថ្នាំ ហ្វីម៉ូន ស្ត្រី ហៅថា hormone replacement (estrogen) therapy (HRT) ឬ ថ្នាំលេបតម្រូវអោយមានកូន
- ខ. ក្នុងអំឡុងសប្តាហ៍ មុនរដូវរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម តើអ្នកមានបញ្ហា ធ្ងន់ធ្ងរ ជាមួយនឹងបន្ទាស់ប្តូរនៃអារម្មណ៍ឬទេ - ដូចជា ការថយថយទឹកចិត្ត, ការរសាប់រសល់ចិត្ត, ការក្រហល់ក្រហាយ, ការខឹងសម្បារ ឬ ភាពស្រពាប់ស្រពោន? [] []
- បើឆ្លើយ ចា់សៈ តើបញ្ហាទាំងនេះរលាយបាត់ទៅវិញឬ នៅចុងបញ្ចប់នៃ ការធ្លាក់រដូវរបស់អ្នកនោះ? [] []
- គ. តើអ្នកមានសម្រាលកូនទេ កាលពី ៦ ខែ មុននោះ? [] []
- ឃ. តើអ្នកមានសម្រាលកូនទេ ក្នុងអំឡុងពេល ៦ ខែមុននោះ? [] []
- ង. តើអ្នកមានការពិបាក ក្នុងការមានផ្ទៃពោះឬទេ? [] []