

វេនធ្វើការពេលយប់ – ការវាយតម្លៃពីស្ថានភាពប្រឈមមុខ

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល។

* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

ប្រសិនបើនេះជាការប្រឈមមុខការ ដាក់ទៅតាមកម្រិត
 សូមបំពេញទម្រង់បែបបទដោយយោងទៅតាមការងារពេលយប់ថ្មីៗនៅកន្លែងធ្វើការបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្លាប់ធ្វើការពេលយប់ទេ
 សុំឆ្លើយទៅតាមការយល់ដឹងដ៏ប្រសើរបំផុតរបស់អ្នកអំពីការងារពេលយប់ដែលអ្នកនឹងចូលរួមនៅថ្ងៃអនាគត។

(ប្រសិនបើមិនប្រាកដថា តើបេក្ខជនត្រូវធ្វើការពិនិត្យរាងកាយជាពិសេសដោយសារតែវេនការងារយប់មិនទៀងទាត់

នោះការពិនិត្យរាងកាយមិនគួរធ្វើឡើងមុនការដាក់ទៅតាមកម្រិតការងារនោះឡើយ។

ប្រសិនបើការងារពេលយប់ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាកត្តាផ្តល់ផលអាក្រក់បន្ទាប់ពី 6 ខែ

ការពិនិត្យរាងកាយនឹងត្រូវបានធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីការចាត់ទៅតាមកម្រិតការងារនោះ។)

1. តើអ្នកបានធ្វើការវេន រួមទាំងវេនយប់ផងដែរ ប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ?

☐ តិចជាង 5 ឆ្នាំ ☐ 5-9 ឆ្នាំ ☐ 10-14 ឆ្នាំ ☐ 15-19 ឆ្នាំ ☐ 20 ឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះ
- ☐ មិនអាចអនុវត្តបាន
2. សូមបញ្ជាក់នូវការរៀបចំការងាររបស់អ្នកនៅក្នុងតួនាទីបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

☐ 3 វេន ☐ 2 វេន ☐ ពីរថ្ងៃម្តង (ប្តូរវេន 24 ម៉ោងម្តង) ☐ វេនយប់តែប៉ុណ្ណោះ
- ☐ ផ្សេងៗ(មិនទៀងទាត់)
3. តើវេនការងាររបស់អ្នកវិលមកវិញទៀងទាត់ដែរឬទេ?

☐ ទៀងទាត់ (សូមបន្តទៅសំណួរ 3-1) ☐ មិនទៀងទាត់ (សូមបន្តទៅសំណួរ 4)
- 3-1. តើវេនការងាររបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរតាមលំដាប់ពីវេនពេលព្រឹកទៅ → វេនពេលរសៀល → វេនពេលយប់ មែនឬទេ?

☐ មែនហើយ ☐ មិនមែនទេ
4. តើលោកអ្នកមានរយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងរាងពេលចេញពីធ្វើការ មុននឹងចូលទៅធ្វើការវិញ?

☐ ច្រើនជាង 11 ម៉ោង ☐ តិចជាង 11 ម៉ោង
5. តើលោកអ្នកបានធ្វើការវេនយប់ជាបន្តបន្ទាប់ជាមធ្យមប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ កាលពីឆ្នាំកន្លងទៅ?

☐ មិនបន្តទៅថ្ងៃវេនយប់ ☐ 2 ថ្ងៃ ☐ 3 ថ្ងៃ ☐ 4 ថ្ងៃ ☐ 5 ថ្ងៃ ឬច្រើនជាងនេះ
6. តើបន្ទុកការងារ និងពេលសម្រាកយ៉ាងណាដែរសម្រាប់វេនយប់ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងវេនថ្ងៃ?

1) បន្ទុកការងារ: ប្រៀបធៀបទៅនឹងវេនថ្ងៃ ☐ ប្រហែលគ្នា ☐ តិចជាង ☐ ច្រើនជាង
 2) ពេលសម្រាក: ប្រៀបធៀបទៅនឹងវេនថ្ងៃ ☐ ប្រហែលគ្នា ☐ តិចជាង ☐ ច្រើនជាង
7. តើលោកអ្នកធ្វើការតែម្នាក់ឯងកក់នៅវេនយប់ឬ?

☐ តែម្នាក់ឯង ☐ មិនមែនទេ
8. តើគេអនុញ្ញាតឱ្យសកម្មភាពខាងក្រោមនេះដែរឬទេ ក្នុងពេលវេនយប់?

ដេកក្នុងពេលវេនយប់	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត
តំបន់សម្រាក	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត
ពេលញ្ជាំអាហារ / ញ្ជាំអាហារលេង	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត
សម្របសម្រួលតារាងវេនយប់របស់អ្នក	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត
9. ជាមធ្យម តើលោកអ្នកធ្វើការប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?

☐ តិចជាង 40 ម៉ោង ☐ 40 ម៉ោង ☐ 41-51 ម៉ោង ☐ 52-59 ម៉ោង ☐ 60 ម៉ោង ឬច្រើនជាងនេះ

វេនធ្វើការពេលយប់ – វិបត្តិដំណេក(សន្ទនាស្បៀងអនិទ្ទា)

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល។

--

* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

1-3. សូមបញ្ជាក់នូវកម្រិតនៃបញ្ហាដូចខាងក្រោមនេះក្នុងកំឡុងពេលពីរសប្តាហ៍កន្លងមក។					
	គ្មាន	ទាប	មធ្យម	ខ្ពស់	ខ្ពស់ខ្លាំង
1. មិនងងឹយដេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ដេកមិនស្របស្បែក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ឆាប់ភ្ញាក់ពីដំណេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. តើលោកអ្នកពេញចិត្តយ៉ាងណាដែរ ចំពោះរបៀបដេកបច្ចុប្បន្ននេះរបស់អ្នក?</p> <p><input type="checkbox"/> ពេញចិត្តខ្លាំង <input type="checkbox"/> ពេញចិត្ត <input type="checkbox"/> មធ្យម <input type="checkbox"/> មិនពេញចិត្ត <input type="checkbox"/> មិនពេញចិត្តខ្លាំង</p> <p>5. តើអ្នកគិតថាវិបត្តិដំណេករបស់អ្នកបណ្តាលមកពីសកម្មភាពរបស់អ្នកនៅពេលថ្ងៃយ៉ាងណាដែរ?</p> <p>(នឿយហត់នៅពេលថ្ងៃ សមត្ថភាព ការផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់ ការចងចាំ អារម្មនៅពេលធ្វើការក្នុងការិយាល័យឬនៅផ្ទះ)</p> <p><input type="checkbox"/> មិនទាល់តែសោះ <input type="checkbox"/> តិចតួច <input type="checkbox"/> ល្មម <input type="checkbox"/> ច្រើន <input type="checkbox"/> ច្រើនណាស់</p> <p>6. តើមនុស្សទាំងឡាយនិយាយថាសុខុមាលភាពរបស់អ្នកបានថយចុះ ដោយសារតែបញ្ហាដេករបស់អ្នកដែរឬទេ?</p> <p><input type="checkbox"/> មិនទាល់តែសោះ <input type="checkbox"/> តិចតួច <input type="checkbox"/> ល្មម <input type="checkbox"/> ច្រើន <input type="checkbox"/> ច្រើនណាស់</p> <p>7. តើលោកអ្នកមានការព្រួយបារម្ភយ៉ាងណាដែរចំពោះបញ្ហាដំណេករបស់អ្នកបច្ចុប្បន្ននេះ?</p> <p><input type="checkbox"/> មិនទាល់តែសោះ <input type="checkbox"/> តិចតួច <input type="checkbox"/> ល្មម <input type="checkbox"/> ច្រើន <input type="checkbox"/> ច្រើនណាស់</p>					

វេនធ្វើការពេលយប់ – វិបត្តិដំណេក(ការគេងលក់នៅពេលថ្ងៃ)

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល។

--

* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

	គេងមិន លក់ទាល់ តែសោះ	គេងលក់ តិចតួច	គេងលក់	គេងលក់ ខ្លាំង
1. នៅពេលអង្គុយចុះ និងអាន	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. នៅពេលមើលទូរទស្សន៍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. នៅពេលស្ថិតនៅក្នុងទីសាធារណៈនៅឡើយ ដូចជារោងសិល្បៈ ឬកន្លែងពេលប្រជុំ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. នៅពេលជិះរថយន្តក្រុង ភាគស៊ីអេសរយៈពេល ប្រហែលមួយម៉ោង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. នៅពេលទំលេងយ៉ាងស្រួលក្នុងខណៈដែល សម្រាកពេលរៀល	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. នៅពេលដែលអង្គុយ និងនិយាយជាមួយអ្នកណាម្នាក់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. នៅពេលអង្គុយយ៉ាងស្ងៀមស្ងាត់ បន្ទាប់ពី បាយថ្ងៃត្រង់រួច	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. នៅពេលបើកបរ និងឈប់ពីបីនាទីដោយសារចរាចរ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

វេនធ្វើការពេលយប់ – វិបត្តិដំណេក(គុណភាពនៃដំណេក)

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល

--

* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

1-4. សូមឆ្លើយទៅនឹងសំណួរអំពីការគេងពេលវេនយប់ក្នុងរយៈពេលមួយខែកន្លងទៅនេះ។

1. តើលោកអ្នកចូលគេងនៅម៉ោងប៉ុន្មានដែរ? () ម៉ោង () នាទី
2. តើលោកអ្នកចំណាយរយៈពេលប៉ុន្មានទើបគេងលក់? () ម៉ោង () នាទី
3. តើលោកអ្នកភ្ញាក់ពីដំណេកនៅម៉ោងប៉ុន្មាន? () ម៉ោង () នាទី
4. ជាភ្នែង តើលោកអ្នកដេកបានប៉ុន្មានម៉ោងដែរ? () ម៉ោង () នាទី
5. តើលោកអ្នកគេងមិនលក់ដោយសារមូលហេតុខាងក្រោមនេះប៉ុន្មានដងដែរ?

	គ្មានទេ	តិចជាងមួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍	1-2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍	3 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬច្រើនជាងនេះ
ដេកមិនលក់អស់ពេល 30 នាទី	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ការភ្ញាក់នៅពេលកំពុងដេកលក់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ភ្ញាក់ទៅរកបន្ទប់ទឹក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ពិបាកដកដង្ហើននៅពេលដេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ដោយសារស្រមុកឡើងពេក ឬក្អក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
មានអារម្មណ៍ថាគ្រឿងកំដៅពេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
មានអារម្មណ៍ថាក្តៅខ្លាំងពេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ដោយសារស្រពិចស្រពិល ឬស្រពិចស្រពិល	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ដោយសារតែការរំលោភ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
មូលហេតុដទៃទៀត()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. តើលោកអ្នកគួរឱ្យពិន្ទុគុណភាពនៃដំណេករបស់អ្នកក្នុងមួយខែកន្លងមកយ៉ាងដូចម្តេច?

☐ ល្អណាស់ ☐ ជាទូទៅល្អ ☐ ជាទូទៅមិនល្អ ☐ អាក្រក់ណាស់

7. តើលោកអ្នកបានផឹកថ្នាំ(ជួយឱ្យគេងលក់)ដើម្បីឱ្យគេងលក់ក្នុងមួយខែកន្លងមកញឹកញាប់ប៉ុន្មានដែរ?

☐ គ្មានទេ ☐ តិចជាងមួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ☐ 1-2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ☐ 3 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬច្រើនជាងនេះ

8. តើលោកអ្នកបានខំព្យាយាមឱ្យនៅដឹងខ្លួននៅពេលបើកបរ ឬញ៉ាំងអាហារ ឬនៅពេលចូលរួមសកម្មភាពសង្គមក្នុងមួយខែកន្លង មកញឹកញាប់យ៉ាងដូចម្តេច?

☐ គ្មានទេ ☐ តិចជាងមួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ☐ 1-2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ☐ 3 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬច្រើនជាងនេះ

9. ការបំពេញការងាររបស់លោកអ្នកក្នុងមួយខែកន្លងមកមានការលំបាកយ៉ាងណាដែរ?

☐ គ្មានទេ ☐ មិនលំបាក ☐ លំបាកតិចតួច ☐ លំបាកខ្លាំង

វេនធ្វើការពេលយប់ – ជម្ងឺគ្រោះពោះវៀន

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល

--

* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V

1. នៅក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួនពេញ បន្ទាប់ពីបានទទួលទានអាហាររួច ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?

- ☐ គ្មានសោះ ☐ តិចជាងមួយថ្ងៃក្នុងមួយខែ ☐ មួយថ្ងៃក្នុងមួយខែ ☐ 2-3 ថ្ងៃក្នុងមួយខែ
☐ មួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ☐ ច្រើនជាងពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ☐ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

2. តើអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួនពេញបន្ទាប់ពីញ៉ូរួច បានកើតមានឡើងលើសពីប្រាំមួយខែមកហើយមែនទេ?

- ☐ ទេ ☐ មែនហើយ

3. តើលោកអ្នកមិនអាចបញ្ចប់ការញ៉ូអាហារក្នុងពេលបីខែកន្លងមកហើយ ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?

- ☐ គ្មានទេ ☐ តិចជាងមួយថ្ងៃក្នុងមួយខែ ☐ មួយដងក្នុងមួយខែ ☐ 2-3 ថ្ងៃក្នុងមួយខែ
☐ មួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ☐ ច្រើនជាងពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ☐ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

4. តើរោគសញ្ញាដែលមិនអាចបញ្ចប់ការញ៉ូអាហារបានចាប់ផ្តើមតាំងពីប្រាំមួយខែមកហើយមែនឬទេ?

- ☐ ទេ ☐ មែនហើយ

5. តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ឈឺ ឬរលាកនៅក្នុងពោះរបស់អ្នក(មិនមែនទ្រូង ឬឆ្អឹងលើន្ទូងទឹក) ក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមកនេះ ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?

- ☐ គ្មានទេ ☐ តិចជាងមួយថ្ងៃក្នុងមួយខែ ☐ មួយថ្ងៃក្នុងមួយខែ ☐ 2-3 ថ្ងៃក្នុងមួយខែ
☐ មួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ☐ លើសពីពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ☐ ស្ទើររាល់ថ្ងៃ

6. តើការឈឺគ្រោះ ឬរោគសញ្ញារលាកបានចាប់ផ្តើមលើសពីប្រាំមួយខែមកហើយមែនឬទេ?

- ☐ ទេ ☐ មែនហើយ

វេនធ្វើការពេលយប់ – ជម្ងឺមហារីកដោះ

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល

--

* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

1. វដ្តនៃការពិនិត្យដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់ជម្ងឺមហារីកសុដន់នៅប្រទេសកូរ៉េខាងត្បូងមានដូចតទៅ។ តើអ្នកធ្លាប់បានគេសួរពិនិត្យដែលស្ថិតិសមសម្រាប់អាយុរបស់អ្នកឬទេមកទល់ពេលនេះ?

- អាយុចាប់ពី 30 ឆ្នាំ៖ ស្វ័យវិនិច្ឆ័យរោគរៀងរាល់ខែ
- អាយុចាប់ពី 35 ឆ្នាំ៖ ការពិនិត្យបែបវេជ្ជសាស្ត្រដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរៀងរាល់ 2 ឆ្នាំ
- អាយុចាប់ពី 40 ឆ្នាំ៖ ការពិនិត្យបែបវេជ្ជសាស្ត្រដោយវេជ្ជបណ្ឌិត និងការថតការស្តើងរៀងរាល់ 1 ឬ 2 ឆ្នាំម្តង

- ☐ ស្ទើរតែមិនដែល
- ☐ ខ្ញុំបានធ្វើគេសួរពីរបីដងហើយ។
- ☐ ខ្ញុំរក្សាទុកវាស្ទើរគ្រប់ពេល។

2. សូមបញ្ជាក់នូវរាល់រោគសញ្ញាបង្កឱ្យនូវរបស់អ្នក។

- ☐ ខ្ញុំស្លាប់ទៅមានដុំពកមួយនៅក្នុងដោះរបស់ខ្ញុំ។
- ☐ មានសារធាតុបញ្ចេញពីក្បាលដោះ។
- ☐ ក្បាលដោះរបស់ខ្ញុំប្រេះបែក ឬខូចផុត។
- ☐ គ្មានរោគសញ្ញាអ្វីទេ។

3. តើអ្នកមានបានឱ្យគេឆ្លុះដោះដោយការស្តើង ឬការឆ្លុះដងខ្លួនដោយប្រើរលកសម្លេងក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមកហើយដែរឬទេ?

- ☐ គ្មានទេ ☐ មាន