

ផែនការពេលវេលា - ការវាយតម្លៃពីស្ថានភាពប្រឈមមុខ

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល។

* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

1. តើអ្នកបានធ្វើការជាផែនការទាំងអស់យប់ផងដែរ ប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ?
 - តិចជាង 5 ឆ្នាំ 5-9 ឆ្នាំ 10-14 ឆ្នាំ 15-19 ឆ្នាំ 20 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ
 - មិនអាចអនុវត្តបាន
2. សូមបញ្ជាក់នូវការរៀបចំការងាររបស់អ្នកនៅក្នុងតួនាទីបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
 - 3 ខែ 2 ខែ ពីរថ្ងៃម្តង (ប្តូរខែ 24 ម៉ោងម្តង) ផែនការតែប៉ុណ្ណោះ
 - ផ្សេងៗ(មិនទៀងទាត់)
3. តើផែនការងាររបស់អ្នកវិលជុំយ៉ាងទៀងទាត់ដែរឬទេ?
 - ទៀងទាត់ (☞សូមបន្តទៅសំណួរ 3-1) មិនទៀងទាត់ (☞សូមបន្តទៅសំណួរ 4)
- 3-1. តើផែនការងាររបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរតាមលំដាប់ពីផែនពេលព្រឹកទៅ → ផែនពេលរសៀល → ផែនពេលយប់មែនឬទេ?
 - មែនហើយ មិនមែនទេ
4. តើលោកអ្នកមានរយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងរវាងពេលចេញពីធ្វើការ មុននឹងចូលទៅធ្វើការវិញ?
 - ច្រើនជាង 11 ម៉ោង តិចជាង 11 ម៉ោង
5. តើលោកអ្នកបានធ្វើការផែនការយប់ជាបន្តបន្ទាប់ជាមធ្យមប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ កាលពីឆ្នាំកន្លងទៅ?
 - មិនបន្តទៅថ្ងៃផែនការយប់ 2 ថ្ងៃ 3 ថ្ងៃ 4 ថ្ងៃ 5 ថ្ងៃ ឬច្រើនជាងនេះ
6. តើបន្ទុកការងារ និងពេលសម្រាកយ៉ាងណាដែរសម្រាប់ផែនការយប់ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងផែនការថ្ងៃ?
 - 1) បន្ទុកការងារ: ប្រៀបធៀបទៅនឹងផែនការថ្ងៃ ប្រហែលគ្នា តិចជាង ច្រើនជាង
 - 2) ពេលសម្រាក: ប្រៀបធៀបទៅនឹងផែនការថ្ងៃ ប្រហែលគ្នា តិចជាង ច្រើនជាង
7. តើលោកអ្នកធ្វើការតែម្នាក់ឯងនៅផែនការយប់ឬ?
 - តែម្នាក់ឯង មិនមែនទេ
8. តើគេអនុញ្ញាតឲ្យសកម្មភាពខាងក្រោមនេះដែរឬទេ ក្នុងពេលផែនការយប់?

ដេកក្នុងពេលផែនការយប់	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត
តំបន់សម្រាក	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត
ពេលញាំអាហារ / ញាំអាហារលេង	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត
សម្របសម្រួលតារាងផែនការយប់របស់អ្នក	<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

វេទន៍ការពេលយប់ – វិបត្តិដំណេក(សន្ទទស្សន៍អនិទ្រា)

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល។

* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

1-3. សូមបញ្ជាក់នូវកម្រិតនៃបញ្ហាដូចខាងក្រោមនេះក្នុងកំឡុងពេលពីសប្តាហ៍កន្លងមក។	គ្មាន	ទាប	មធ្យម	ខ្ពស់	ផ្តល់ ខ្លាំង
1. មិនងងឹយដេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ដេកមិនស្តប់ស្តាល់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ឆាប់ភ្នាក់ពីដំណេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. តើលោកអ្នកពេញចិត្តយ៉ាងណាដែរ ចំពោះរបៀបដេកបច្ចុប្បន្ននេះរបស់អ្នក?
 ពេញចិត្តខ្លាំង ពេញចិត្ត មធ្យម មិនពេញចិត្ត មិនពេញចិត្តខ្លាំង

5. តើអ្នកគិតថាវិបត្តិដំណេករបស់អ្នកបណ្តាលមកពីសកម្មភាពរបស់អ្នកនៅពេលថ្ងៃយ៉ាងណាដែរ?
 (នឿយហត់នៅពេលថ្ងៃ សមត្ថភាព ការផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់ ការចងចាំ អារម្មនៅពេលធ្វើការក្នុងការិយាល័យ ឬនៅផ្ទះ)
 មិនទាល់តែសោះ តិចតួច ល្មម ច្រើន ច្រើនណាស់

6. តើមនុស្សទាំងឡាយនិយាយថាសុខុមាលភាពរបស់អ្នកបានថយចុះ ដោយសារតែបញ្ហាដេករបស់អ្នកដែរឬទេ?
 មិនទាល់តែសោះ តិចតួច ល្មម ច្រើន ច្រើនណាស់

7. តើលោកអ្នកមានការព្រួយបារម្ភយ៉ាងណាដែរចំពោះបញ្ហាដំណេករបស់អ្នកបច្ចុប្បន្ននេះ?
 មិនទាល់តែសោះ តិចតួច ល្មម ច្រើន ច្រើនណាស់

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 ឬក៏ទ្រុងពេលប្រជុំ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. នៅពេលជិះរថយន្តក្រុង តាក់ស៊ីអស់រយៈពេល ប្រហែលមួយម៉ោង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. នៅពេលទំរតលេងយ៉ាងស្រួលក្នុងខណៈដែល សម្រាកពេលរៀន	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. នៅពេលដែលអង្គុយ និងនិយាយជាមួយ អ្នកណាម្នាក់	<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. ជាក់ស្តែង តើលោកអ្នកដេកបានប៉ុន្មានម៉ោងដែរ? () ម៉ោង () នាទី
5. តើលោកអ្នកគេងមិនលក់ដោយសារមូលហេតុខាងក្រោមនេះប៉ុន្មានដងដែរ?

	គ្មានទេ	តិចជាមួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍	1-2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍	3 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬច្រើនជាងនេះ
ដេកមិនលក់អស់ពេល 30 នាទី	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ភ្ញាក់ពីដំណេកនៅពេលយប់ជ្រៅ	<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"/>
ដោយសារស្រមុកឮខ្លាំងពេក ឬក្អក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
មានអារម្មណ៍ថាត្រជាក់ខ្លាំងពេក	<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"/>
ដោយសារសុបិន្តអាក្រក់ ឬសុបិន្តមិន	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ដោយសារតែការឈឺចាប់	<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. តើលោកអ្នកគួរឲ្យពិន្ទុគុណភាពនៃដំណេករបស់អ្នកក្នុងមួយខែកន្លងមកយ៉ាងដូចម្តេច?

- ល្អណាស់ ជាទូទៅល្អ ជាទូទៅមិនល្អ អាក្រក់ណាស់

7. តើលោកអ្នកបានដឹកថ្នាំ(ជួយឲ្យគេងលក់)ដើម្បីឲ្យគេងលក់ក្នុងមួយខែកន្លងមកញឹកញាប់បន្មានដែរ?

- គ្មានទេ តិចជាងម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍ 1-2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ 3 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬច្រើនជាងនេះ

8. តើលោកអ្នកបានខំព្យាយាមឲ្យនៅដឹងខ្លួននៅពេលបើកបរ ឬញ៉ាំអាហារ ឬនៅពេលចូលរួមសកម្មភាពសង្គមក្នុងមួយខែកន្លង មកញឹកញាប់យ៉ាងដូចម្តេច?

- គ្មានទេ តិចជាងម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍ 1-2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ 3 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬច្រើនជាងនេះ

9. ការបំពេញការងាររបស់លោកអ្នកក្នុងមួយខែកន្លងមកមានការលំបាកយ៉ាងណាដែរ?

- គ្មានទេ មិនលំបាក លំបាកតិចតួច លំបាកខ្លាំង

វេនធ្វើការពេលយប់ – ជម្ងឺក្រពះពោះវៀន

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល

* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V

1. នៅក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួនពេញ បន្ទាប់ពីបានទទួលទានអាហាររួច ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?

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

2. តើអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួនពេញបន្ទាប់ពីញ៉ាំរួច បានកើតមានឡើងលើសពីប្រាំមួយខែមកហើយមែនទេ?

- ទេ មែនហើយ

3. តើលោកអ្នកមិនអាចបញ្ចប់ការញ៉ាំអាហារក្នុងពេលបីខែកន្លងមកហើយ ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?

- គ្មានទេ តិចជាងមួយថ្ងៃក្នុងមួយខែ មួយដងក្នុងមួយខែ 2-3 ថ្ងៃក្នុងមួយខែ មួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ច្រើនជាងពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

4. តើរោគសញ្ញាដែលមិនអាចបញ្ចប់ការញ៉ាំអាហារបានចាប់ផ្តើមតាំងពីប្រាំមួយខែមកហើយមែនឬទេ?

- ទេ មែនហើយ

5. តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ឈឺ ឬរលាកនៅក្នុងពោះរបស់អ្នក(មិនមែនទ្រូង ឬប៉ុន្តែលើរន្ធជិត)

ក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមកនេះ ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?

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

6. តើការឈឺក្រពះ ឬរោគសញ្ញារលាកបានចាប់ផ្តើមលើងពីប្រាំមួយខែមកហើយមែនឬទេ?

- ទេ មែនហើយ

វេនធ្វើការពេលយប់ – ជម្ងឺមហារីកដោះ

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល

* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

1. តើអ្នកធ្វើការពិនិត្យរោគវិនិច្ឆ័យដោយខ្លួនឯងរកជម្ងឺមហារីកដោះក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងទៅ ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?

<input type="checkbox"/> មិនដែលទេ	<input type="checkbox"/> តិចជាងមួយម្តងរៀងរាល់ប្រាំមួយខែ	<input type="checkbox"/> ម្តងរៀងរាល់ 3-6 ខែ
<input type="checkbox"/> ម្តងរៀងរាល់ 1-2 ខែ	<input type="checkbox"/> លើសពីពីរដងក្នុងមួយខែ	

2. សូមបញ្ជាក់នូវរាល់រោគសញ្ញាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

- ខ្ញុំស្លាប់ទៅមានដុំពកមួយនៅក្នុងដោះរបស់ខ្ញុំ។
- មានសារធាតុបញ្ចេញពីក្បាលដោះ។
- ក្បាលដោះរបស់ខ្ញុំប្រេះបែក ឬខូងផត។
- គ្មានរោគសញ្ញាអ្វីទេ។

3. តើអ្នកមានបានឲ្យគេឆ្លុះដោះដោយការស្នើសុំ ឬការឆ្លុះដងខ្លួនដោយប្រើរលកសម្លេងក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមកហើយ ដែរឬទេ?

គ្មានទេ មាន