

**បញ្ហាដែលត្រូវកែតម្រូវលើការពិនិត្យសុខភាពពិសេសនៃវិជ្ជាជីវៈនិងវេជ្ជសាស្ត្រក្នុង  
បរិយាកាសសង្គមកូរ៉េ**

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

※ សំណួរស្តីអំពីប្រវត្តិជម្ងឺ(ប្រវត្តិអ្នកជម្ងឺ និងប្រវត្តិក្រុមគ្រួសារ)

※ សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ ហើយបញ្ជាក់ដោយសញ្ញា [O] ចំពោះស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន។

1. តើអ្នកធ្លាប់ពិនិត្យរោគវិនិច្ឆ័យ ឬតើបច្ចុប្បន្ននេះលោកអ្នកកំពុងលេបថ្នាំសម្រាប់ជម្ងឺណាមួយក្នុងចំណោម បណ្តាជម្ងឺដូចខាងក្រោមនេះដែរឬទេ?

ជម្ងឺ	ដាច់សរសៃ ឈាម ខួរក្បាល	បេះដូង (រួមសាច់ដុំ បេះដូង ជម្ងឺតឹងទ្រូង)	លើស សម្ពាធនា ឈាម	ទឹកនោម ផ្អែម	លើសសារ ធាតុខ្លាញ់ ក្នុងឈាម	របេង	ផ្សេងៗ (រួមទាំង មហារីក ផងដែរ)
រោគវិនិច្ឆ័យ							
ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ							

2. តើមានអ្នកណាម្នាក់នៃឪពុកម្តាយ បងប្អូនប្រុស បងប្អូនស្រី ស្លាប់ដោយសារជម្ងឺដូចខាងក្រោមនេះ  
ដែរឬទេ?

ជម្ងឺ	ដាច់សរសៃ ឈាមខួរក្បាល	ជម្ងឺបេះដូង (រួមសាច់ដុំ បេះដូង / ជម្ងឺតឹងទ្រូង)	លើសសម្ពាធនា ឈាម	ទឹកនោម ផ្អែម	ផ្សេងៗ (រួមទាំង មហារីក ផងដែរ)
មាន					

3. តើអ្នកមានផ្ទុកវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទបេ ដែរឬទេ?    ① មាន    ② គ្មានទេ    ③មិនដឹង

※ ការជក់បារី

4. សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោម និងបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក។

4-1. តើអ្នកបានជក់បារីអស់ច្រើនជាងប្រាំកញ្ចប់(100 ដើម)ក្នុងមួយជីវិតរបស់លោកអ្នក?

- ① ទេ (☑ សូមបន្តទៅសំណួរទី 5)  
② បាទ ក៏ប៉ុន្តែខ្ញុំបានឈប់ជក់ហើយឥឡូវនេះ (☑សូមបន្តទៅសំណួរទី 4-2)  
③ បាទ ហើយខ្ញុំនៅជក់វានៅឡើយទេ (☑សូមបន្តទៅសំណួរទី 4-3)

4-2. ប្រសិនបើអ្នកបានជក់កាលពីមុនមក ប៉ុន្តែបានឈប់ជក់តាំងពីពេលនោះមក:

តើអ្នកជក់បារីបានប៉ុន្មានឆ្នាំ មុននឹងឈប់ជក់វា?	សរុប _____ឆ្នាំ
តើអ្នកបានជក់បារីអស់ប៉ុន្មានដើមក្នុងមួយថ្ងៃ មុននឹងឈប់ជក់វា?	_____បារី

4-3. ប្រសិនបើអ្នកនៅជក់វានៅឡើយទេ:

តើអ្នកជក់បារីបានប៉ុន្មានថ្ងៃឆ្នាំហើយ?	សរុប _____ឆ្នាំ
ជាមធ្យម តើអ្នកជក់បារីប៉ុន្មានដើមក្នុងមួយថ្ងៃ?	_____បារី

※ ការពិសោធន៍ស្រាវជ្រាវ

5. សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោម និងបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក។

5-1. រៀងរាល់សប្តាហ៍ តើអ្នកពិសោធន៍ស្រាវជ្រាវញឹកញាប់ដែរឬទេ?

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7

5-2. នៅពេលដែលអ្នកពិសោធន៍ស្រាវជ្រាវ តើអ្នកពិសោធន៍ស្រាវជ្រាវក្នុងមួយថ្ងៃ? (※ ដោយមិនគិតអំពីប្រភេទស្រាវជ្រាវ)  
(            កែវ)

※ ចលនានៃរាងកាយ (ការហាត់ប្រាណ)

6. សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់ពីសកម្មភាពទាំងឡាយដែលអ្នកបានធ្វើនៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក ដោយសញ្ញា'✓' ។

6-1. នៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក តើអ្នកបានចូលរួមក្នុងសកម្មភាពចលនានៃរាងកាយខ្លាំងក្លាដែលធ្វើឲ្យចង្វាក់ដង្ហើមរបស់អ្នកខ្លាំងជាងធម្មតា អស់រយៈពេលលើសពី 20 នាទី បានចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ? (ឧទាហរណ៍: ការរត់ ការហាត់ប្រាណ ជិះកង់ដោយល្បឿនលឿន ការឡើងភ្នំ ។ល។)?

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7

6-2. នៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក តើអ្នកបានចូលរួមក្នុងសកម្មភាពចលនានៃរាងកាយខ្លាំងល្មមដែលធ្វើឲ្យចង្វាក់ដង្ហើមរបស់អ្នកខ្លាំងជាងធម្មតា អស់រយៈពេលលើសពី 30 នាទី បានចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ? (ឧទាហរណ៍: ការដើរដោយល្បឿនលឿន ការលេងតែននីស ជិះកង់ដោយល្បឿនធម្មតា ជួតឥដ្ឋ ។ល។)?

※ មិនរាប់បញ្ចូលរាល់សកម្មភាពទាំងឡាយដែលទាក់ទងទៅនឹងចម្លើយ 6-1 នោះទេ។

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7

6-3. នៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក តើអ្នកបានដើរលើសពី 30 នាទី និងយ៉ាងហោចណាស់ 10 នាទីក្នុងមួយម្តង បានចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ? (ឧទាហរណ៍: ការហាត់ប្រាណតិចតួច ការដើរទៅវិញទៅមកពីកន្លែងធ្វើការ ឬការដើរលំហែ)

※មិនរាប់បញ្ចូលរាល់សកម្មភាពទាំងឡាយដែលទាក់ទងទៅនឹងចម្លើយ 6-1 និង 6-2 នោះទេ។

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7

## ※ សំណួរអំពីរោគសញ្ញាទាក់ទងទៅនឹងសរីរាង្គគោលដៅ

7. សូមឆ្លើយទៅនឹងរោគសញ្ញាទាំងឡាយដែលអ្នកបានជួបប្រទះក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែចុងក្រោយនេះ។

ផ្នែកនៃរាងកាយ	រោគសញ្ញា	កម្លាំងនៃការឈឺចាប់		
		ខ្លាំង	ល្មម	គ្មាន
ស្ថានភាពទូទៅ	មិនឃ្លានអាហារ និងចុះទម្ងន់			
	មានអារម្មណ៍អស់កម្លាំងជាញឹកញាប់			
	ស្លាប់ទៅមានជុំពកនៅដងខ្លួន			
ស្បែក	មានអារម្មណ៍រមាស់ ឬរលាក			
	កន្ទួលស្បែក			
	ផ្លាស់ប្តូរសក់ ក្រចកដៃ ឬក្រចកជើង			
	ស្បែកឡើងក្រហម និងប្រេះ			
ភ្នែក	រលាកភ្នែក និងហៀទឹកភ្នែកជាញឹកញាប់			
	ពិបាកមើល			
	ភ្នែកឡើងក្រហម ឬផ្សា			
ត្រចៀក	ឮមិនច្បាស់			
	ហឹងត្រចៀក			
ច្រមុះ	ឧស្សាហ៍ឈាមច្រមុះ			
	ហៀរសំបុរ ឬតឹងច្រមុះ			
	ពិបាកហិតខ្លួន			
មាត់	ហូរឈាមអញ្ចាញធ្មេញ ឬដំបៅមាត់			
	ពិបាកភ្ជក់រសជាតិ			
ប្រដាប់រំលាយអាហារ	ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺផ្សានៅក្នុងពោះខ្ញុំ។			
	មានរសជាតិស្អាតនៅក្នុងមាត់			
	ទល់លាមក			
ប្រដាប់ឈាមរត់ និងប្រដាប់ដកដង្ហើម	ញ័រដើមទ្រូងនៅពេលកំពុងធ្វើការ			
	ក្អក និងដកដង្ហើមខ្លីៗនៅពេលកំពុង ធ្វើការ			
	តឹងដើមទ្រូង			
	ក្អក ឬខាកស្ពោះចេញស្នេស នៅពេលដែលភ្ញាក់ពីដំណេក			
	ក្អក នៅពេលត្រឡប់ទៅធ្វើការវិញបន្ទាប់ពីឈប់សម្រាក			
ឆ្អឹងខ្នង/អវយវៈ	ឈឺដៃ ជើង និងស្មា			
	ញ័រដៃជើង ឬទន់ដៃជើង			
	មានអារម្មណ៍ស្លឹកដៃជើង			
	ម្រាមឡើងសស្សាំងនៅពេលត្រជាក់			
	ឈឺខ្នង			

ផ្នែកនៃរាងកាយ	រោគសញ្ញា	កម្លាំងនៃការឈឺចាប់		
		ខ្លាំង	ល្មម	គ្មាន
ប្រព័ន្ធវិញ្ញាណ/ សរសៃប្រាសាទ	ឈឺក្បាល			
	វិលមុខ			
	ការចងចាំកាន់តែចុះខ្សោយ និងឆាប់ភ្លេចភ្លាំង			
	ការភ័យបារម្ភ និងភាពរសេះរសោះ			
	ក្បាលមានអារម្មណ៍ថាស្អិត ហាក់ដូចជាខ្ញុំស្រវឹងស្រា			
	ពិបាកជញ្ជឹងគិត			
ប្រព័ន្ធតម្រងនោម /និងបន្តពូជ	ពិបាកនោម			
	ហើមដងខ្លួន			
	រដូវដើរមិនទៀងទាត់			
	ធ្លាប់រលូតកូន			

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានរោគសញ្ញាដទៃទៀត សូមរៀបរាប់វានៅក្នុងចន្លោះខាងក្រោមនេះ។

- \* តើលោកអ្នកធ្លាប់មានជួបប្រទះបញ្ហាសុខភាព(បញ្ហារាងកាយ) នៅក្នុងពេលធ្វើការដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ ទេ
- \* តើលោកអ្នកគិតថា អ្នកមានបញ្ហាសុខភាពដោយសារតែសម្ភារៈដែលអ្នកធ្វើការជាមួយឬ? ☐ មាន ☐ ទេ

ការអត្ថាធិប្បាយ របស់វេជ្ជបណ្ឌិត	
------------------------------------	--