

សំណួរអំពីសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំឆ្នាំ



ស្នាក់សញ្ញាអ្នកជំងឺ
 ឈ្មោះ: _____
 MRN: _____
 កាលបរិច្ឆេទ: _____

មួយឆ្នាំម្តង យើងសុំឱ្យអ្នកជំងឺបំពេញទម្រង់នេះលើលក្ខខណ្ឌដែលប៉ះពាល់ដល់សុខភាពពួកគេ។ សូមជួយយើងដើម្បីអាចផ្តល់ការថែទាំល្អបំផុតដោយឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។

សូមគូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយល្អបំផុតសម្រាប់សំណួរនីមួយៗ។

(PHQ-2)

ក្នុងរយៈពេល 2 សប្តាហ៍ចុងក្រោយនេះ តើអ្នកត្រូវបានរំខានដោយបញ្ហាខាងក្រោមនេះញឹកញាប់ប៉ុនណា:

1. មិនសូវចាប់អារម្មណ៍ឬសប្បាយនឹងធ្វើអ្វីៗ	មិនមានសោះ 0	ច្រើនថ្ងៃ 1	ច្រើនជាងកន្លះថ្ងៃ 2	ស្ទើររាល់ថ្ងៃ 3
2. ធ្លាក់ទឹកចិត្ត ធ្មេញថប់ ឬអស់សង្ឃឹម?	មិនមានសោះ 0	ច្រើនថ្ងៃ 1	ច្រើនជាងកន្លះថ្ងៃ 2	ស្ទើររាល់ថ្ងៃ 3

(AUDIT-C)

កាលពីឆ្នាំមុន...

3. កាលពីឆ្នាំមុន តើអ្នកបានពិសារភេសជ្ជៈមាជាតិស្រវឹងញឹកញាប់ប៉ុនណា?	មិនដែល 0	ប្រចាំខែឬតិចជាង 1	2 ទៅ 4 ដងក្នុងមួយខែ 2	2 ទៅ 3 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ 3	4 ដង ឬច្រើនជាងនេះក្នុងមួយសប្តាហ៍ 4	
4. កាលពីឆ្នាំមុន តើអ្នកបានទទួលទានភេសជ្ជៈមានជាតិស្រវឹងប៉ុន្មានកំប៉ុងក្នុងមួយថ្ងៃធម្មតា?	គ្មាន 0	1 ឬ 2 កំប៉ុង 0	3 ឬ 4 កំប៉ុង 1	5 ឬ 6 កំប៉ុង 2	7 ទៅ 9 កំប៉ុង 3	10 កំប៉ុង ឬច្រើនជាងនេះ 4
5. កាលពីឆ្នាំមុន តើអ្នកបានទទួលទាន 6 កំប៉ុង ឬច្រើនជាងនេះញឹកញាប់ប៉ុនណា នៅក្នុងឱកាសណាមួយ?	មិនដែល 0	តិចជាងប្រចាំខែ 1	ប្រចាំខែ 2	ប្រចាំសប្តាហ៍ 3	រាល់ថ្ងៃ ឬស្ទើររាល់ថ្ងៃ 4	
6. កាលពីឆ្នាំមុន តើអ្នកបានប្រើកញ្ឆាញឹកញាប់ប៉ុនណា? (Marijuana)	មិនដែល 0	តិចជាងប្រចាំខែ 1	ប្រចាំខែ 2	ប្រចាំសប្តាហ៍ 3	រាល់ថ្ងៃ ឬស្ទើររាល់ថ្ងៃ 4	
7. កាលពីឆ្នាំមុន តើអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនខុសច្បាប់ (មិនមែនកញ្ឆាញ) ឬថ្នាំដែលមានវេជ្ជបញ្ជាដែលមិនមានហេតុផលសម្រាប់ការព្យាបាលឬទេ? (Drugs)	មិនដែល 0	តិចជាងប្រចាំខែ 1	ប្រចាំខែ 2	ប្រចាំសប្តាហ៍ 3	រាល់ថ្ងៃ ឬស្ទើររាល់ថ្ងៃ 4	

Annual Behavioral Health Questionnaire



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

Once a year, we ask all our patients to complete this form on conditions that affect their health. Please help us provide you with the best medical care by answering the questions below.

Please CIRCLE the BEST response to each question.

Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems:

1. Little interest or pleasure in doing things?	Not at all 0	Several days 1	More than half the days 2	Nearly every day 3
---	------------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------

2. Feeling down, depressed, or hopeless?	Not at all 0	Several days 1	More than half the days 2	Nearly every day 3
--	------------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------

In the past year...

3. How often did you have a drink containing alcohol in the past year?	Never 0	Monthly or less 1	2 to 4 times a month 2	2 to 3 times a week 3	4 or more times a week 4
--	-------------------	-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

4. How many drinks containing alcohol did you have on a typical day when you were drinking in the past year?	None 0	1 or 2 drinks 0	3 or 4 drinks 1	5 or 6 drinks 2	7 to 9 drinks 3	10 or more drinks 4
--	------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------

5. How often did you have <u>6 or more</u> drinks on one occasion in the past year?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
---	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

6. How often in the past year have you used marijuana?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

7. How often in the past year have you used an illegal drug (not marijuana) or used a prescription medication for non-medical reasons?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

PHQ-9 សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ* សំណួរសុខភាពអ្នកជំងឺ

កាលពី 2 សប្តាហ៍មុន តើអ្នកត្រូវបានខ្លាំងនូវការបញ្ហាខាងក្រោមឬក៏ញាប់ប៉ុនណា? (សូមគូសសង្វេងជុំវិញចម្លើយរបស់អ្នក)	មិនមានសោះ	ច្រើនថ្ងៃ	ច្រើនជាងកន្លះថ្ងៃ	ស្ទើររាល់ថ្ងៃ
3. ពិបាកគេង គេងមិនលក់ស្រួល ឬគេងច្រើនពេក	0	1	2	3
4. អស់កម្លាំង ឬមានថាមពលតិចតួច	0	1	2	3
5. មិនចង់ញុំ ឬញុំច្រើនជ្រ	0	1	2	3
6. មានអារម្មណ៍មិនល្អអំពីខ្លួនឯង - ឬថាអ្នកបរាជ័យ ឬបានបញ្ហាយុទ្ធក្នុងខ្លួនឯង ឬគ្រួសារខេតិកក	0	1	2	3
7. ពិបាកប្រមូលអារម្មណ៍ ដូចជាការអានកាសែត ឬមើលទូរទស្សន៍	0	1	2	3
8. ធ្វើចលនាឬនិយាយយឺតយ៉ាវដែលមិនសូវដទៃអាចកត់សម្គាល់ ឬផ្ទុយពីនេះ - ឬរូបសារសល ឬនាំមិនស្ងៀមដែលអ្នកធ្វើចលនាចុះឡើងច្រើនជាងធម្មតា	0	1	2	3
9. គិតថាស្លាប់ទៅល្អជាង ឬធ្វើបាបខ្លួនឯងតាមរបៀបណាមួយ	0	1	2	3

សំណួរខាងក្រោមនឹងជួយយើងឲ្យយល់ថា អ្នកបាននឹងកំពុងមានអារម្មណ៍បែបណា ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងជួយអ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ការព្យាបាលរបស់អ្នក។

1. នៅពេលណាមួយនៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក តើអ្នកធ្លាប់ឆ្លងកាត់រយៈពេលដែលអ្នកមានអារម្មណ៍ថា ផ្ទុយពីការធ្លាក់ទឹកចិត្តដែរឬទេ - 'ស្រស់ស្រាយ' ឬ 'រហស្សហេតុ' ខ្លាំង ដោយមានជាមពលច្រើន? មិនត្រូវការគេង? មានអារម្មណ៍ថាអ្នកអាចធ្វើអ្វីៗបានគ្រប់យ៉ាង? សូមគូសសង្វេងជុំវិញពាក្យ បាទ/ចាស ឬសិនបើអ្នកធ្លាប់មានពេលវេលានោះនេះ ហើយវាមានយ៉ាងតិចពីរទៅបីថ្ងៃ និងបង្កឲ្យមានបញ្ហាសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក។	ស្លាប់	19	មិនអនុវត្ត
2. កាលពី 2 សប្តាហ៍កន្លងទៅនេះ តើអ្នកធ្លាប់បានឮ ឬឃើញអ្វីមួយដែលអ្នកដទៃមើលមិនឃើញ ឬស្តាប់មិនឮ ដែលមិនប្រាកដជាមានដែរឬទេ?	ស្លាប់	19	មិនអនុវត្ត
3. ក្នុងពេលថ្មីៗនេះ តើអ្នកបានរងគ្រោះដោយការគំរាមកំហែង ការធ្វើឲ្យយំចាប់រាងកាយ ឬការប៉ះពាល់ផ្លូវភេទដោយបង្ខំឬទេ?	ស្លាប់	19	មិនអនុវត្ត
4. ក្នុងពេលថ្មីៗនេះ តើអ្នកធ្លាប់ជួបប្រទះការរើសអើងក្នុងអារម្មណ៍ខ្លះៗ ឬការផ្លាស់ប្តូរក្នុងជីវិត ដូចជាការស្តាប់របស់មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ ការបាត់បង់ការងារ ឬបញ្ជូននាគនិងដទៃទៀតដែរឬទេ?	ស្លាប់	19	មិនអនុវត្ត
5. នៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក តើអ្នកធ្លាប់ជួបប្រទះនឹងបទពិសោធន៍ដែលភ័យ រន្ធត់ ឬក្រៀមក្រឡាដដែលនៅក្នុងខែចុងក្រោយនេះ អ្នក៖ <ul style="list-style-type: none"> • បានស្ថិតនៅក្នុងអារម្មណ៍ដ៏រំភ័យនោះ ឬបានគិតអំពីវា នៅពេលដែលអ្នកមិនចង់គិតអំពីវាឬទេ? • ព្យាយាមខ្លាំងដើម្បីមិនគិតអំពីវា ឬចេញក្រៅពីទម្លាប់របស់អ្នក ដើម្បីកុំឲ្យអ្នកនឹកឃើញពីវាឬទេ? • ចេះតែប្រយ័ត្នខ្លួនពីអ្នកដទៃ សកម្មភាព ឬបរិយាកាសជុំវិញអ្នកឬទេ? 	ស្លាប់	19	មិនអនុវត្ត

* នេះជាសំណួរសុខភាពមាន 9 ចំណុច ដែលបានរៀបចំផ្សេងទៀត។ សំណួរ #1 និង #2 ត្រូវបានដកចេញ ព្រោះវាជាសំណួរពិសេសស្តីពីការពិនិត្យសុខភាពអាកប្បកិរិយា (មើលម្ខាងទៀត) ដែលបានផ្តើមរួចហើយ។
 រៀបចំដោយបណ្ឌិត **Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, និងសហការី** ដោយមានជំនួយវិស័យអប់រំមកពី **Pfizer Inc.**
 Copyright © 2005 Pfizer, Inc. រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។ ធនិតឡើងវិញដោយមានការអនុញ្ញាត។

PHQ-9 for ADULTS*

Patient Health Questionnaire

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Please CIRCLE to indicate your answer)	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself – or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

The following questions will help us understand how you've been feeling. Your answers will help you and your doctor follow your progress.				
1. At any point in your life, have you gone through periods when you felt the opposite of being depressed – very 'high' or 'sped up', with lots of energy? Didn't need sleep? Felt you could do anything? Circle Yes if you had these symptoms and they lasted at least a few days and caused trouble for you in your life.	Yes	No		
2. In the past 2 weeks, have you heard or seen things that other people couldn't see or hear that might really not be there?	Yes	No		
3. Have you recently been the victim of threats, physical hurting, or forced sexual contact?	Yes	No		
4. Have you recently experienced some stressful event or life change, like the death of a friend or family member, loss of job, or relationship problems?	Yes	No		
5. In your life, have you ever had any experience that was so frightening, horrible, or upsetting that in the past month you: <ul style="list-style-type: none"> • Have had nightmares about it or thought about it when you did not want to? • Tried hard not to think about it or went out of your way to avoid situations that reminded you of it? • Were constantly on guard from others, activities, or your surroundings? 	Yes	No		

*This is a standardized 9-item questionnaire that has been validated. Questions #1 and #2 have been removed because they are the first two questions on the Behavioral Health screen (see other side), which have already been answered.
Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc.
Copyright © 2005 Pfizer, Inc. All rights reserved. Reproduced with permission.