



First Name: _____
 Last Name: _____
 Sex: Male Female Unknown
 Date of Birth: / /
 (affix patient label here)

លទ្ធផល : Mental Health Inventory (MHI) (បញ្ជីពេញលេញនៃសុខភាពផ្លូវចិត្ត)

- ➔ MHI សួរសំណួរអំពីអារម្មណ៍របស់អ្នកប្រើប្រាស់ និងអំពីរបៀបដែលអ្នកប្រើប្រាស់កំពុងដោះស្រាយសកម្មភាពរស់នៅធម្មតា។ បញ្ជីសំណួរនេះផ្តល់ព័ត៌មានដែលវាស់វែងបាន អំពីសុខុមាលភាពរបស់អ្នកប្រើប្រាស់។
- ➔ បញ្ជីសំណួរនេះ នឹងត្រូវការពេលដើម្បីបំពេញចម្លើយ។
- ➔ គេអាចផ្តល់បញ្ជីសំណួរនេះ នៅពេលដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាប់ផ្តើមប្រើកិច្ចបម្រើសុខភាពផ្លូវចិត្តសាធារណៈ នៅពេលពិនិត្យទៅវិញវិញជាប្រក្រតីក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាល និងនៅពេលដែលបញ្ចប់ការព្យាបាល។
- ➔ ការបំពេញចម្លើយទៅនឹងសំណួរនៅក្នុង MHI ផ្តល់ឲ្យអ្នកព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តនូវព័ត៌មានច្រើនជាងអ្វីដែលគេអាចទទួលបាន នៅក្នុងការសម្ភាសន៍តែឯង។
- ➔ ព័ត៌មានដែលទទួលបានពីបញ្ជីសំណួរនេះ នឹងត្រូវទទួលបានការវិនិច្ឆ័យ ហើយអ្នកប្រើប្រាស់នឹងអាចដឹងអំពីលទ្ធផល។
- ➔ គេអាចប្រៀបធៀបលទ្ធផលនៃបញ្ជីសំណួរដែលបានបំពេញនៅពេលផ្សេងៗគ្នា ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលរបស់លោកអ្នក។ នេះនឹងជំរុញឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់មើលឃើញការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងជីវិតរបស់លោកអ្នក។
- ➔ បើត្រូវការមតិឆ្លុះបញ្ចាំងបន្ថែម សូមទាក់ទងបុគ្គលិកធ្វើការ។

លោកអ្នកអាចរំពឹងថា អ្នកព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត នឹង :

- ➔ មានការចាប់អារម្មណ៍ពិតប្រាកដ ចំពោះចម្លើយនៅក្នុងបញ្ជីសំណួរនេះ
- ➔ អនុវត្តកិច្ចការនៅបន្ទាប់ពីការបំពេញសព្វគ្រប់នូវបញ្ជីសំណួរនេះ ដោយមានការអញ្ជើញឲ្យនិយាយអំពីចម្លើយទាំងឡាយ ហើយពិភាក្សាថា តើវាបានធ្វើឲ្យលោកអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាដែរ
- ➔ និយាយជាមួយលោកអ្នកអំពីលទ្ធផលនៃទាំងបញ្ជីសំណួររបស់អ្នកប្រើប្រាស់ និង ទាំងបញ្ជីសំណួរនៃអ្នកព្យាបាល
- ➔ ប្រើលទ្ធផលនៃបញ្ជីសំណួរនៅពេលពិភាក្សាអំពីការបង្កើតផែនការព្យាបាលរបស់បុគ្គលនីមួយៗ។
- ➔ វាជាការសំខាន់ដែលអ្នកប្រើប្រាស់ត្រូវសរសេរចម្លើយបំពេញបញ្ជីសំណួរនេះដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់។ បើត្រូវការការគាំទ្រឬជំនួយ សូមទាក់ទងបុគ្គលិកធ្វើការ។
- ➔ សូមអានសំណួរនីមួយៗ ហើយគូសគំនូសបន្តិច នៅក្បែរសេចក្តីបរិយាយ“មួយ” ដែលពណ៌នាប្រសើរបំផុតនូវអ្វីៗដែលបានកើតមាន“ចំពោះលោកអ្នក” ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ។ ពុំមានចម្លើយណាមួយត្រូវប្តូរខុសទេ។

1 តើលោកអ្នកមានសេចក្តីរីករាយ ពេញចិត្ត ឬ សប្បាយយ៉ាងណាដែរអំពីជីវិតផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ? (ជ្រើសយកចម្លើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- 1 រីករាយខ្លាំងណាស់ មិនអាចសប្បាយរីករាយឬពេញចិត្តជាងនោះឡើយ
- 2 រីករាយខ្លាំង នៅពេលភាគច្រើន
- 3 ជាទូទៅ គឺមានការពេញចិត្ត សប្បាយចិត្ត
- 4 ជួនកាលមានការពេញចិត្តគួរសម ជួនកាលមិនសប្បាយចិត្តគួរសម
- 5 ជាទូទៅ មានការមិនពេញចិត្ត មិនសប្បាយរីករាយទេ
- 6 មិនពេញចិត្ត មិនសប្បាយរីករាយជាខ្លាំង នៅពេលភាគច្រើន



First Name: _____
 Last Name: _____
 Sex: Male Female Unknown
 Date of Birth: / /
 (affix patient label here)

2

តើរបៀបពេលប៉ុន្មានទៅ ដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ដំកោម្នាក់ៗ ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ? (ជ្រើសយកមួយចំណុច ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលតិចតួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមដែរ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

3

នៅក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ភ័យព្រាបព្រាប ឬប្រឈមនឹងការប្រឈមយ៉ាងណាដែរ នៅពេលប្រឈមមុខនឹងការរំជួលចិត្ត ឬ ស្ថានភាពណាមិនបានគិតទុកជាមុននោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | ជានិច្ចជាកាល | 4 <input type="checkbox"/> | ជួនកាល |
| 2 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់ណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> | សឹងតែមិនដែលសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់សមល្មម | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានសោះឡើយ |

4

ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរបៀបពេលប៉ុន្មានទៅដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថា លោកអ្នកមានសេចក្តីសង្ឃឹម និង អាចមានជោគជ័យ នៅពេលអនាគត? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមដែរ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

5

ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃរបស់លោកអ្នកមានពោរពេញទៅដោយអ្វីៗដែលធ្វើឱ្យលោកអ្នកចាប់អារម្មណ៍ឬទេ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមដែរ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

First Name: _____
 Last Name: _____
 Sex: Male Female Unknown
 Date of Birth: / /
 (affix patient label here)

6 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានទៅដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ធ្ងន់ស្បើយ និង ពុំមានភាពតានតឹងនោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសម្បូរមែន | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

7 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដែលជាទូទៅ លោកអ្នកបានគាប់ចិត្តនឹងអ្វីៗដែលលោកអ្នកបានធ្វើ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសម្បូរមែន | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

8 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានមូលហេតុណាមួយក្នុងការងឿងឆ្ងល់ថា តើលោកអ្នកកំពុងរកស្វែង ឬ មិនគ្រប់គ្រងបាននូវរបៀបដែលលោកអ្នកប្រព្រឹត្តអំពើ និយាយ គិតគូរ មានអារម្មណ៍ ឬក៏ បាត់បង់សតិស្មារតីឬទេ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- 1 គ្មានទាល់តែសោះ
- 2 ប្រហែលជាមានតិចតួច
- 3 មាន ប៉ុន្តែមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីធ្វើឲ្យបានម្ត ឬ ខ្លាញ់ខ្លះៗ
- 4 មាន ហើយខ្ញុំមានការប្រុងប្រយ័ត្នខ្ពស់
- 5 មាន ហើយខ្ញុំមានការប្រុងប្រយ័ត្នខ្ពស់
- 6 មាន ហើយខ្ញុំមានការប្រុងប្រយ័ត្នខ្ពស់នេះខ្លាំង

First Name: _____
 Last Name: _____
 Sex: Male Female Unknown
 Date of Birth: / /
 (affix patient label here)

9 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានកង្វល់ប៉ុន្មាន? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- 1 មាន ដល់ចំណុចមួយដែលខ្ញុំមិនគិតអំពីអ្វីមួយទេ អស់ពេលជាច្រើនថ្ងៃនៅក្រាម្តងៗ
- 2 មាន ខ្លាញ់ខ្លះខ្លះណាស់សឹងតែរាល់ថ្ងៃ
- 3 មាន ខ្លាញ់ខ្លះសមល្មមដែរនៅពេលជាច្រើនដង
- 4 មាន ខ្លាញ់ខ្លះតិចតួចនៅក្រាម្តងម្កាល
- 5 គ្មានទេ មិនដែលខ្លាញ់ខ្លះអ្វីសោះឡើយ

10 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានទៅដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថា គេស្រឡាញ់ និង ចង់បានលោកអ្នកនោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> ពេលសមល្មមដែរ | 6 <input type="checkbox"/> គ្មានពេលណាទេ |

11 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានទៅដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ជ្រួលច្រាលខ្លាំងនោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> ពេលសមល្មមដែរ | 6 <input type="checkbox"/> គ្មានពេលណាទេ |

12 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ នៅពេលដែលលោកអ្នកភ្ញាក់ពីដំណេកនៅពេលព្រឹកព្រលឹម តើលោកអ្នករំពឹងញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរថា ថ្ងៃរបស់លោកអ្នកនឹងធ្វើឲ្យមានការចាប់អារម្មណ៍ពេញចិត្តនោះ? (ជ្រើសយកមួយចំណុច ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> ជានិច្ចជាកាល | 4 <input type="checkbox"/> ជួនកាល |
| 2 <input type="checkbox"/> ញឹកញាប់ណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> សឹងតែគ្មានសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> ញឹកញាប់សមល្មម | 6 <input type="checkbox"/> គ្មានសោះឡើយ |



First Name: _____
 Last Name: _____
 Sex: Male Female Unknown
 Date of Birth: / /
 (affix patient label here)

13 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍តានតឹង ឬ ចង្អៀតចង្អល់?
 (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមណ្ឌ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

14 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកបានគ្រប់គ្រងយ៉ាងម៉្លោះនូវឥរិយាបថ គំនិត អារម្មណ៍ ឬ
 មនោសញ្ចេតនារបស់លោកអ្នកឬទេ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | បាន ពិតជាធ្វើបានយ៉ាងដាច់ខាត | 4 <input type="checkbox"/> | មិនបានទេ មិនបានល្អខ្លាំងឡើយ |
| 2 <input type="checkbox"/> | បាន នៅពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | មិនបានទេ ហើយខ្ញុំខ្លាញ់ខ្លាញ់ខ្លះៗ |
| 3 <input type="checkbox"/> | បាន ខ្ញុំគិតថាយ៉ាងដូច្នោះមែន | 6 <input type="checkbox"/> | មិនបានទេ ហើយខ្ញុំខ្លាញ់ខ្លាញ់ខ្លាំង |

15 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើបានដឹងរបស់លោកអ្នកភ័យព្រាបព្រ័យយ៉ាងណាដែរ នៅពេលដែលលោកអ្នកបាន
 ខិតខំធ្វើអ្វីមួយ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | ជានិច្ចជាកាល | 4 <input type="checkbox"/> | ជួនកាល |
| 2 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់ណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> | សឹងតែមិនដែលសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់សមល្មម | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានសោះឡើយ |

16 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ ដែលថា លោកអ្នកពុំមានអ្វី
 ដើម្បីសង្ឃឹមរង់ចាំនៅថ្ងៃមុខនោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | ជានិច្ចជាកាល | 4 <input type="checkbox"/> | ជួនកាល |
| 2 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់ណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> | សឹងតែមិនដែលសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់សមល្មម | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានសោះឡើយ |

First Name: _____
 Last Name: _____
 Sex: Male Female Unknown
 Date of Birth: / /
 (affix patient label here)

17 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ស្ងប់ស្ងាត់ និង សុខក្រែមក្បាល?
 (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមណ្ឌ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

18 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍នឹងរើក្នុងចិត្តនោះ?
 (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមណ្ឌ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

19 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍អស់ទឹកចិត្ត និង ស្រងូត
 ស្រងាត់? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមណ្ឌ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

20 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ដូចជាចង់បញ្ជាក់ញាបប៉ុណ្ណាដែរ? (ជ្រើសយកមួយ
 ចំណុច ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | ជានិច្ចជាកាល | 4 <input type="checkbox"/> | ជួនកាល |
| 2 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់ណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> | សឹងតែមិនដែលសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់សមល្មម | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានសោះឡើយ |

21 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរដែលថា អ្វីៗផ្សេងទៀតនឹងរឹតតែ
 ប្រសើរឡើង បើលោកអ្នកស្លាប់បាត់បង់ជីវិត? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | ជានិច្ចជាកាល | 4 <input type="checkbox"/> | ជួនកាល |
| 2 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់ណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> | សឹងតែមិនដែលសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់សមល្មម | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានសោះឡើយ |

First Name: _____
 Last Name: _____
 Sex: Male Female Unknown
 Date of Birth: / /
 (affix patient label here)

22 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដដែលលោកអ្នកអាចធ្លាក់ចិត្ត ដោយគ្មានការបំប្លែងអ្វីសោះនោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមណ្ឌ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

23 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថា ចំណង់ស្នេហារបស់លោកអ្នក សេចក្តីស្រឡាញ់ចំពោះអ្នកដទៃ និង សេចក្តីស្រឡាញ់ពីអ្នកដទៃ មានភាពពេញលេញ និងសព្វគ្រប់នោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមណ្ឌ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

24 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ញឹកញាប់យ៉ាងណាដដែលថា ពុំមានអ្វីកើតឡើងចំពោះលោកអ្នក តាមវិធីដែលលោកអ្នកចង់បានឡើយ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | ជានិច្ចជាកាល | 4 <input type="checkbox"/> | ជួនកាល |
| 2 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់ណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> | សឹងតែមិនដែលសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់សមល្មម | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានសោះឡើយ |

25 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើភាពភ័យជ្រួលច្រាលរបស់លោកអ្នក បានបង្កការរំខានលោកអ្នកតាមទំហំប៉ុណ្ណាដដែល? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- 1 ខ្លាំងក្រៃលែង ដល់ចំណុចមួយដែលខ្ញុំមិនអាចធ្វើអ្វីបានទេ
- 2 រំខានខ្លាំងណាស់
- 3 រំខានបន្តិច ដោយសារតែភាពភ័យជ្រួលច្រាល
- 4 រំខានខ្លះៗ ដែលល្មមធ្វើឲ្យកត់សំគាល់ដឹង
- 5 រំខានបន្តិចបន្តួចប៉ុណ្ណោះ ដោយសារភាពភ័យជ្រួលច្រាល
- 6 មិនរំខានទាល់តែសោះ



First Name: _____
 Last Name: _____
 Sex: Male Female Unknown
 Date of Birth: / /
 (affix patient label here)

26 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដើរ ដែលការរស់នៅគឺជាការផ្សេងមួយដ៏អស្ចារ្យចំពោះលោកអ្នក ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមដើរ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

27 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ស្រពោលខ្លាំងញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ ដែលថាគ្មានអ្វីមួយអាចនឹងធ្វើឲ្យលោកអ្នករីករាយឡើយ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | ជានិច្ចជាកាល | 4 <input type="checkbox"/> | ជួនកាល |
| 2 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់ណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> | សឹងតែមិនដែលសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់សមល្មម | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានសោះឡើយ |

28 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានគិតអំពីការចង់សម្លាប់ខ្លួនឯងដែរឬទេ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | មានញឹកញាប់ណាស់ | 4 <input type="checkbox"/> | មានពេលម្តងដែរ |
| 2 <input type="checkbox"/> | មានញឹកញាប់គួរសម | 5 <input type="checkbox"/> | គ្មានទេ មិនដែលគិតសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | មានពីរបីដងដែរ | | |

29 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដើរដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍រសាបរសល់ នៅមិនសុខ ឬគ្មានសេចក្តីអំណត់? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមដើរ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

30 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដើរដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍សោកសៅ ឬ សញ្ចប់សញ្ជឹងអំពីអ្វីៗទាំងឡាយនោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមដើរ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

First Name: _____
 Last Name: _____
 Sex: Male Female Unknown
 Date of Birth: / /
 (affix patient label here)

31

ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដើរដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍សប្បាយរីករាយឥតខ្ចាយខ្លះ?
 (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមណ្ណ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

32

ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍រំលងរល់ អាក់អន់ចិត្ត ឬ ប្រឡំប្រល់ ញឹកញាប់យ៉ាងណាដើរ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|------------------|----------------------------|-------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | ជានិច្ចជាកាល | 4 <input type="checkbox"/> | ជួនកាល |
| 2 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់ណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> | សឹងតែមិនដែលសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់សមល្មមណ្ណ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានសោះឡើយ |

33

ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍អន្ទះអន្ទែង ឬ ព្រួយបារម្ភឬទេ?
 (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | មានខ្លាំងក្រៃលែង ដល់ចំណុចមួយដែលធ្វើឲ្យ
ឈឺ ឬ សឹងតែឈឺ | 4 <input type="checkbox"/> | មានខ្លះ ដែលល្មមនឹងរំខានខ្ញុំ |
| 2 <input type="checkbox"/> | មានខ្លាំងណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> | មានបន្តិចបន្តួចដែរ |
| 3 <input type="checkbox"/> | មានសមល្មមណ្ណ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានទេ គ្មានសោះឡើយ |

34

ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដើរ ដែលលោកអ្នកគឺជាជនម្នាក់ដែលសប្បាយរីករាយ?
 (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមណ្ណ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |



First Name: _____
 Last Name: _____
 Sex: Male Female Unknown
 Date of Birth: / /
 (affix patient label here)

35 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើវាញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរដែលលោកអ្នកយល់ថា លោកអ្នកខិតខំធ្វើឲ្យខ្លួនលោកអ្នកមានភាពស្ងប់ស្ងាត់នោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | ជានិច្ចជាកាល | 4 <input type="checkbox"/> | ជួនកាល |
| 2 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់ណាស់ | 5 <input type="checkbox"/> | សឹងតែមិនដែលសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | ញឹកញាប់សមល្មម | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានសោះឡើយ |

36 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដែរដែលលោកអ្នកអស់ទឹកចិត្ត ឬ អស់ទឹកចិត្តជាខ្លាំងនោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | គ្រប់ពេលទាំងអស់ | 4 <input type="checkbox"/> | ពេលខ្លះៗ |
| 2 <input type="checkbox"/> | ពេលភាគច្រើន | 5 <input type="checkbox"/> | ពេលបន្តិចបន្តួច |
| 3 <input type="checkbox"/> | ពេលសមល្មមដែរ | 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានពេលណាទេ |

37 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើវាញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរដែលថា លោកអ្នកបានភ្ញាក់ពីដំណេក ដោយមានអារម្មណ៍ជ្រះស្រឡះ និង ឆ្ងល់ក្នុងចិត្តនោះ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> | ជានិច្ចជាកាល រាល់ថ្ងៃ | 4 <input type="checkbox"/> | ថ្ងៃខ្លះៗ ប៉ុន្តែជាធម្មតា គឺគ្មានទេ |
| 2 <input type="checkbox"/> | សឹងតែរាល់ថ្ងៃ | 5 <input type="checkbox"/> | សឹងតែគ្មានសោះឡើយ |
| 3 <input type="checkbox"/> | ថ្ងៃភាគច្រើន | 6 <input type="checkbox"/> | មិនដែលភ្ញាក់ឡើងដោយមានអារម្មណ៍ជ្រះស្រឡះឡើយ |

38 ក្នុងអំឡុងខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ ឬ មានស្ថិតនៅក្រោមភាពតឹងតែង កង្វល់ ឬ ការគាបសង្កត់ផ្លូវចិត្តឬទេ? (ជ្រើសយកចំលើយមួយ ដោយគូសក្នុងកូនប្រអប់មួយ)

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | មានសឹងតែច្រើនជាងការដែលខ្ញុំអាចទ្រាំទ្របានទៅទៀត |
| 2 <input type="checkbox"/> | មាន មានការគាបសង្កត់ផ្លូវចិត្តសមល្មមដែរ |
| 3 <input type="checkbox"/> | មានខ្លះ ដោយច្រើនជាងធម្មតា |
| 4 <input type="checkbox"/> | មានខ្លះ ប៉ុន្តែប្រហែលជាធម្មតា |
| 5 <input type="checkbox"/> | មានបន្តិចបន្តួច |
| 6 <input type="checkbox"/> | គ្មានទេ គ្មានសោះឡើយ |

ថ្ងៃសរសេរចំពេញ : / /

សូមអរគុណលោកអ្នកយ៉ាងច្រើន ចំពោះការជួយរបស់លោកអ្នក

© RAND Corporation (permission granted)