ຊື່​ຄົ​ນ​ເຈັບ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ວັນ​ທີ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ເພື່ອ​ໃຫ້​ການ​ເບິ່ງ​ແຍງ​ດູ​ແລ​ດີ​ທີ່​ສຸດ, ພວກ​ເຮົາ​ຖາມ​ຄົນ​ເຈັບ​ທຸກ​ຄົນ​ຢູ່​ໃນ​ໂຄງ​ການ *Leading Change* (ໂຄງ​ການ​ນຳ​ໄປ​ສູ່​ການ​ປ່ຽນ​ແປງ) ດ້ວຍ​ຄຳ​ຖາມ​ຕໍ່​ໄປ​ນີ້ຄື:

* 1. ໃນປີ​ຜ່ານ​ມາ, ທ່ານ ຫຼື ສະ​ມາ​ຊິກ​ຄອບ​ຄົວທີ່​ທ່ານ​ຢູ່​ນຳ**ບໍ່​ສາ​ມາດ**ໄດ້​ຮັບ​ສິ່ງ​ໃດ​ໜຶ່ງ​ຕໍ່​ໄປ​ນີ້​ບໍ​ເມື່ອ​ມັນ​ມີ**ຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ແທ້ໆ**? ໃຫ້ໝາຍທຸກຂໍ້ທີ່ຖືກ.

|  |  |
| --- | --- |
| ອາຫານ | [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່​ແມ່ນ |
| ສິ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກ, ສິ່ງ​ນຳ​ໃຊ້ | [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່​ແມ່ນ |
| ຢາ ຫຼື ການ​ເບິ່ງ​ແຍງ​ດູ​ແລ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ໃດ​ໜຶ່ງ (ທາງ​ການ​ແພດ, ແຂ້ວ, ສຸ​ຂະ​ພາບ​ຈິດ, ສາຍ​ຕາ) | [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່​ແມ່ນ |
| ໂທລະສັບ | [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່​ແມ່ນ |
| ເຄື່ອງ​ນຸ່ງຫົ່ມ | [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່​ແມ່ນ |
| ການດູແລເດັກ | [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່​ແມ່ນ |

[ ]  ອື່ນໆ (ກະ​ລຸ​ນາ​ຂຽນ​ໃສ່): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  ຂ້ອຍ​ເລືອກ​ທີ່​ຈະ​ບໍ່​ຕອບ​ຄຳ​ຖາມນີ້

* 1. ການ​ບໍ່​ມີ​ການ​ເດີນ​ທາງ​ໄປ​ມາ​ເຮັດ​ໃຫ້​ທ່ານ​ບໍ່​ສາ​ມາດ​ໄປ​ຕາມ​ການ​ນັດ​ໝາຍ​ທາງ​ການ​ແພດ, ການ​ປະ​ຊຸມ, ໄປ​ວຽກ ຫຼື ໄປ​ຮັບ​ສິ່ງ​ຕ່າງໆ​ທີ່​ຈຳ​ເປັນ​ສຳ​ລັບ​ການ​ດຳ​ລົງ​ຊີ​ວິດ​ປະ​ຈຳ​ວັນ​ບໍ? ໃຫ້ໝາຍທຸກຂໍ້ທີ່ຖືກ.

[ ]  ແມ່ນ, ມັນ​ເຮັດ​ໃຫ້​ຂ້ອຍ​ບໍ່​ໄປ​ຕາມ​ການ​ນັດ​ໝາຍ​ທາງ​ການ​ແພດ ຫຼື ໄປ​ເອົາ​ຢາ​ຂອງ​ຂ້ອຍ​ໄດ້

[ ]  ແມ່ນ, ມັນ​ເຮັດ​ໃຫ້​ຂ້ອຍ​ບໍ່​ໄປ​ຕາມ​ການ​ນັດ​ໝາຍ​ການ​ປະ​ຊຸມ​ທີ່​ບໍ່​ແມ່ນທາງ​ການ​ແພດ, ໄປ​ວຽກ ຫຼື ໄປ​ເອົາສິ່ງ​ຕ່າງໆ​ທີ່ຂ້ອຍຕ້ອງ​ການ​ໄດ້

[ ]  ບໍ່ແມ່ນ

[ ]  ຂ້ອຍ​ເລືອກ​ທີ່​ຈະ​ບໍ່​ຕອບ​ຄຳ​ຖາມນີ້

* 1. ທ່ານ​ໄປ​ພົບ ຫຼື ລົມ​ກັບ​ຄົນ​ທີ່​ທ່ານ​ເອົາໃສ່​ໃຈ ແລະ ຮູ້​ສຶກ​ມີ​ຄວາມ​ໃກ້​ຊິດເລື້ອຍ​ປານ​ໃດ? (ຕົວ​ຢ່າງ: ການ​ລົມ​ກັບ​ໝູ່ທາງ​ໂທ​ລະ​ສັບ, ການ​ໄປ​ຢາມ​ໝູ່ ຫຼື ຄອບ​ຄົວ, ການ​ໄປ​ໂບດ ຫຼື ການ​ພົບ​ປະ​ໃນ​ສະ​ໂມ​ສອນ)

[ ]  ໜ້ອຍກວ່າ​ໜຶ່ງ​ຄັ້ງ​ຕໍ່​ອາ​ທິດ

[ ]  1 ຫຼື 2 ຄັ້ງ​ຕໍ່​ອາ​ທິດ

[ ]  3 ຫາ 5 ຄັ້ງ​ຕໍ່​ອາ​ທິດ

[ ]  5 ຄັ້ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ​ນັ້ນ​ຕໍ່​ອາ​ທິດ

[ ]  ຂ້ອຍ​ເລືອກ​ທີ່​ຈະ​ບໍ່​ຕອບ​ຄຳ​ຖາມນີ້

* 1. ຄວາມ​ຄຽດ​ແມ່ນ​ເມື່ອ​ຄົນ​ຮູ້​ສຶກ​ເຄັ່ງ​ຕຶງ, ເປັນ​ປະ​ສາດ, ໃຈ​ຮ້າຍ ຫຼື ບໍ່​ສາ​ມາດນອນ​ຫຼັບ​ໃນ​ຕອນ​ກາງ​ຄືນ​ໄດ້​ເພາະ​ວ່າ​ຈິດ​ໃຈ​ຂອງ​ພວກ​ເຂົາ​ມີ​ບັນ​ຫາ. ທ່ານ​ມີ​ຄວາມ​ຄຽດ​ເທົ່າ​ໃດ?

[ ]  ບໍ່​ມີ​ເລີຍ

[ ]  ມີ​ເລັກ​ນ້ອຍ

[ ]  ມີ​ພໍ​ປະ​ມານ

[ ]  ມີ​ຫຼາຍ​ເຕີບ

[ ]  ມີ​ຫຼາຍໆ

[ ]  ຂ້ອຍ​ເລືອກ​ທີ່​ຈະ​ບໍ່​ຕອບ​ຄຳ​ຖາມນີ້

* 1. ບ່ອນ​ທີ່​ທ່ານ​ຢູ່​ປັດ​ຈຸ​ບັນ​ທ່ານ​ຮູ້​ສຶກ​ມີ​ຄວາມ​ປອດ​ໄພ​ທາງ​ດ້ານ​ຮ່າງ​ກາຍ ແລະ ອາ​ລົມ​ບໍ?

[ ]  ແມ່ນ

[ ]  ບໍ່ແມ່ນ

[ ]  ບໍ່​ໝັ້ນ​ໃຈ

[ ]  ຂ້ອຍ​ເລືອກ​ທີ່​ຈະ​ບໍ່​ຕອບ​ຄຳ​ຖາມນີ້

* 1. ໃນ​ປີ​ຜ່ານ​ມາ, ທ່ານ​ຢ້ານ​ຄູ່​ຮັກ ຫຼື ອະ​ດີດ​ຄູ່​ຮັກ​ຂອງ​ທ່ານ​ບໍ?

[ ]  ແມ່ນ

[ ]  ບໍ່ແມ່ນ

[ ]  ບໍ່​ໝັ້ນ​ໃຈ

[ ]  ຂ້ອຍ​ບໍ່​ມີ​ຄູ່​ຮັກ​ໃນ​ປີ​ຜ່ານ​ມາ

[ ]  ຂ້ອຍ​ເລືອກ​ທີ່​ຈະ​ບໍ່​ຕອບ​ຄຳ​ຖາມນີ້

* 1. ສະ​ຖາ​ນະ​ການ​ເຮັດວຽກ​ປັດ​ຈຸ​ບັນ​ຂອງ​ທ່ານ​ເປັນ​ແນວ​ໃດ?

[ ]  ຫວ່າງ​ງານ

[ ]  ເຮັດ​ວຽກ​ບໍ່​ເຕັມ​ເວ​ລາ ຫຼື ວຽກ​ຊົ່ວ​ຄາວ

[ ]  ເຮັດ​ວຽກ​ເຕັມ​ເວ​ລາ

[ ]  ອີກ​ຢ່າງ​ໜຶ່ງແມ່ນ​ຫວ່າງ​ງານ, ແຕ່​ບໍ່​ຊອກວຽກ​ເຮັດ (ຕົວ​ຢ່າງ: ນັກ​ຮຽນ, ຜູ້​ບຳ​ນານ, ຄົນ​ພິ​ການ, ຜູ້​ໃຫ້​ການ​ເບິ່ງ​ແຍງ​ດູ​ແລ​ຂັ້ນ​ຕົ້ນ​ທີ່​ບໍ່​ໄດ້​ຮັບ​ຄ່າ​ຈ້າງ) ກະ​ລຸ​ນາ​ຂຽນ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  ຂ້ອຍ​ເລືອກ​ທີ່​ຈະ​ບໍ່​ຕອບ​ຄຳ​ຖາມນີ້

* 1. ທ່ານຮຽນຈົບໂຮງ​ຮຽນສູງສຸດຊັ້ນໃດ?

[ ]  ຕ່ຳ​ກວ່າ​ລະ​ດັບ​ມັດ​ທະ​ຍົມ​ປາຍ

[ ]  ຈົບ​ມັດ​ທະ​ຍົມ​ປາຍ ຫຼື ການ​ສຶກ​ສາ​ພາກ​ບັງ​ຄັບ (GED)

[ ]  ສູງກວ່າ​ມັດ​ທະ​ຍົມ​ປາຍ

[ ]  ຂ້ອຍ​ເລືອກ​ທີ່​ຈະ​ບໍ່​ຕອບ​ຄຳ​ຖາມນີ້

* 1. ໃນ​ລະ​ຫວ່າງ​ສອງ​ອາ​ທິດ​ຜ່ານ​ມາ, ທ່ານ​ຖືກ​ລົບ​ກວນ​ໂດຍ​ຄວາມ​ສົນ​ໃຈ ຫຼື ຄວາມ​ພໍ​ໃຈ​ເລັກ​ນ້ອຍໃນ​ການ​ເຮັດ​ສິ່ງ​ຕ່າງໆ​ບໍ?

[ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່​ແມ່ນ

* 1. ໃນ​ລະ​ຫວ່າງ​ສອງ​ອາ​ທິດ​ຜ່ານ​ມາ, ທ່ານ​ຖືກ​ລົບ​ກວນ​ໂດຍ​ຄວາມຮູ້​ສຶກ​ເສົ້າ, ຄວາມ​ຊຶມ​ເສົ້າ ຫຼື ໝົດຫວັງບໍ?

[ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່​ແມ່ນ

* + 1. **ຜູ້​ຊາຍ:** ໃນ​ປີ​ຜ່ານ​ມາ​ມີ​ຈັກ​ຄັ້ງ​ທີ່​ທ່ານ​ໄດ້​ດື່ມ​ມື້​ລະ 5 ຈອກ​ຂຶ້ນ​ໄປ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 1. **ແມ່​ຍິງ:** ໃນ​ປີ​ຜ່ານ​ມາ​ມີ​ຈັກ​ຄັ້ງ​ທີ່​ທ່ານ​ໄດ້​ດື່ມ​ມື້​ລະ 4 ຈອກ​ຂຶ້ນ​ໄປ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. ໃນ​ປີ​ຜ່ານ​ມາ​ມີ​ຈັກ​ຄັ້ງ​ທີ່​ທ່ານ​ໄດ້​ໃຊ້​ຢາ​ຜ່ອນ​ຄາຍ​ອາ​ລົມ ຫຼື ໃຊ້​ຢາ​ຕາມ​ແພດ​ສັ່ງ​ໄປ​ໃນ​ທາງ​ທີ່​ບໍ່​ແມ່ນ​ເພື່ອ​ເຫດ​ຜົນ​ທາງ​ການ​ແພດ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_