



## 2019 Orange County Community Health Opinion Survey

Date	COMMENTS

<input type="checkbox"/>	No One Home
<input type="checkbox"/>	Language Barrier (Interpreter not available) <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Karen <input type="checkbox"/> Burmese <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Other: _____ (Call back to complete? Provide phone number)
<input type="checkbox"/>	Ended Before Survey Completed (Call back to complete? Provide phone number)
<input type="checkbox"/>	No one in home eligible <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Under 18 years of age</li> <li>▪ Non-resident of Orange County</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Household Refusal
<input type="checkbox"/>	Unoccupied/Vacant/Demolished House/Condemned House
<input type="checkbox"/>	Selected Address Not a Household
<input type="checkbox"/>	Survey Completed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**ADMIN ONLY**

---

**Follow Up?**

Phone Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**၂၀၁၉ အောရိန်းကောင်တီ ရပ်ကွက်တွင်း ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံယူချက် စစ်တမ်း**

**READ THE FOLLOWING SECTION TO EACH POTENTIAL PARTICIPANT WITH BADGE/TSHIRT/VEST CLEARLY VISIBLE:**

ဟလို၊ ကျွန်တော်သည် \_\_\_\_\_ ဖြစ်ပြီး၊ ဤသည် \_\_\_\_\_

အောရိန်းကောင်တီမှ ကျန်းမာသော ကာရိုလိုင်းသား (Healthy Carolinians) အား

ကိုယ်စားပြုထားပါသည်။ အောရိန်းကောင်တီတွင် နေထိုင်သော ကျန်းမာရေးနှင့်

အသက်တာအရည်အသွေးကို လေ့လာရန်အတွက် အောရိန်းကောင်တီ

ကျန်းမာရေး ဌာနသည် စစ်တမ်းပြုစုနေပါသည်။ သင်၏ တုန့်ပြန်ချက်များသည်

အောရိန်းကောင်တီ ကျန်းမာရေးဌာနနှင့် ကောင်တီတစ်လျှောက်မှ အခြားအေဂျင်စီများ

အတွက် အနာဂတ် အစီအစဉ်များကို မည်ကဲ့သို့ ဦးတည်ရန် ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာတွင်

အထောက်အကူပြုမည်ဖြစ်သည်။ ဤစစ်တမ်းနှင့် ပတ်သက်ပြီး မကြာသေးမီတွင်

သင့်စာတိုက်ပုံးမှ ပို.စ်ကဒ် လက်ခံရရှိခဲ့ကြောင်း မှတ်မိပါလိမ့်မည်။? **[SHOW LAMINATED**

**POSTCARD]**

ကျွန်တော်တို့၏ ရပ်ကွက်တွင်း ခံယူချက် စစ်တမ်းကို ဖြေဆိုရန် သင့်လိပ်စာ၊

နှင့်/သို့မဟုတ် ကျပန်းနည်းအားဖြင့် ရွေးချယ်ထားပါသည်။ ဤစစ်တမ်းသည်

သင့်ဆန္ဒပေါ်တွင် လုံးလုံးလျားလျား မူတည်ပြီး၊ အပြီးဖြေဆိုရန် မိနစ် ၃၀ ခန့်သာ

---

၂၀၁၉ အောရိန်းကောင်တီ ရပ်ကွက်တွင်း ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံယူချက် စစ်တမ်း

အချိန်ကြာပါမည်။ အဖြေမှန်သည် မှားသည် မရှိသည့်အပြင် မဖြေဆိုလိုသော  
မေးခွန်းများအား ဖြေဆိုရန် ငြင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်တုန့်ပြန်ချက်များသည်  
ကျွန်တော်တို့ အချက်အလက် စုစောင်းသည့်အဖွဲ့ကသာ မြင်ရမည် ဖြစ်ပြီး၊  
သင့်အကြောင်းအရာကို မည်သည့်အကြောင်းအရာနှင့်မျှ ဆက်နွှယ်ခြင်း ရှိမည်  
မဟုတ်ပါ။ အစီရင်ခံစာ၊ တင်ပြချက်များနှင့် ပုံနှိပ်ထုတ်ဝေမှု အားလုံးတို့သည်  
မည်သူမည်ဝါ ဖော်ပြခြင်း မပြုဘဲ၊ ချုံငုံထားသော အချက်အလက် အားဖြင့်သာ  
အချက်အလက်များကို ဝေငှပါမည်။

## **NON-ENGLISH LANGUAGE RESPONDENTS ONLY**

**IF RESPONDENT DOES NOT SPEAK ENGLISH OR SPANISH**

*GIVE RESPONDENT A COPY OF THE LANGUAGE POSTCARD FOR THEM TO IDENTIFY THEIR LANGUAGE AND RECORD BELOW.*

Language: \_\_\_\_\_

*CALL TELELANGUAGE, REQUEST THE DESIRED LANGUAGE (RECORDED ABOVE) AND READ THE FOLLOWING TO THE INTERPRETER*

We are conducting a community health survey. We are sorry that we do not have an interpreter present with us right now who speaks (*insert language*), however, we have an on-call interpreter who can be here shortly, if you're willing to participate?

ပါဝင်ရန် ဆန္ဒရှိပါသလား?  ပါဝင်လိုပါသည်။  မပါဝင်လိုပါ။  
(If NO, stop the survey here and thank him/her for his/her time.)

ပါဝင်ရန် အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု  
သင်သည် အောရီန်းကောင်တီတွင် နေထိုင်လျက် ရှိပါသလား?  နေထိုင်ပါသည်။  မနေထိုင်ပါ။  
(If NO, stop the survey here and thank him/her for his/her time.)

### စစ်တမ်း စတင်ပါ

ဖတ်ရှုရန်။ ။ ယခုချိန်မှ ကျွန်တော် မေးခွန်းများ စတင်မေးမြန်း ပါလိမ့်မည်။ အကယ်၍ မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ဤစစ်တမ်းတွင် ပါဝင်ပြီးခဲ့ကြောင်း သတိရပါက ကျွန်တော့်အား ပြောပြနိုင်ပါသည်။ သို့အားဖြင့် ကျွန်တော် မေးမြန်းခြင်း ရပ်နားပါမည်။ ဤစစ်တမ်းတွင် အဖြေမှန်သည် မှားသည် ဟူ၍ မရှိပါ။ သင်မြင်တွေ့ကြုံခဲ့ရသော အကြောင်းအရာများတွင် မှတည့်ပြီး သင်၏ ရိုးသားသော ဖြေကြားချက်ကိုသာ ကျွန်တော်တို့ စိတ်ဝင်စားပါသည်။ သင့်ဖြေကြားချက်များကို နာမည်ဖော်ပြမှာ မဟုတ်သည့်အပြင် သင့်အား မည်သည့် အကြောင်းအရာ တစ်စုံတစ်ရာနှင့်မျှ ဆက်နွယ်မှုပြုခြင်း ရှိမည်မဟုတ်ကြောင်း ထပ်မံ အသိပေးလိုပါသည်။

### Emergency Preparedness အရေးပေါ် ကြိုတင်ပြင်ဆင်ခြင်း

1. ကြီးမားသည့် သဘာဝ ဘေးအန္တရာယ် သို့မဟုတ် အရေးပေါ် အခြေအနေမျိုးတွင် အချက်အလက် အကျိုးအကြောင်းတို့ကို သင်သည် မည်သည့်နည်းလမ်းအားဖြင့် အဓိက ရယူမည်နည်း? (တစ်ခု သာ ရွေးချယ်ပါ။)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Social media (i.e. Twitter, Facebook, etc.)<br>လူမှုကွန်ယက် (ဥပမာ။ ။ Twitter ၊ Facebook စသည်တို့.)     | <input type="checkbox"/> Text message/cell phone alert (emergency alert system)<br>ဖုန်းစာပို့ခြင်း/လက်ကိုင်ဖုန်း သတိပေးခြင်း (အရေးပေါ် သတိပေးသည့် စနစ်) |
| <input type="checkbox"/> Internet<br>အင်တာနက်   | <input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။   |
| <input type="checkbox"/> Television<br>တေလီဗီးရှင်း (တီဗီ)  | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ  |
| <input type="checkbox"/> Radio<br>ရေဒီယို   | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ  |
| <input type="checkbox"/> Neighbors/neighborhood watch/community apps<br>အိမ်နီးနားခြင်း/အိမ်နီးနား အစောင့်/ရပ်ကွက်တွင်း ဝှန်ယက် |  |

2. သင့်အိမ်တွင် ကောင်းမွန်သော အခြေအနေတွင်ရှိသည့် မီးခိုးနှင့် ကာဗွန်မိုနောက်ဆိုဒ် ဖမ်းစက် ရှိပါသလား။? (တစ်ခု သာ ရွေးချယ်ပါ။)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Yes, smoke detectors only<br>ရှိပါသည်။ မီးခိုးဖမ်းစက်သာလျှင်ရှိသည်။                              | <input type="checkbox"/> No<br>မရှိပါ။                           |
| <input type="checkbox"/> Yes, carbon monoxide detectors only<br>ရှိပါသည်။ ကာဗွန်မိုနောက်ဆိုဒ်<br>ဖမ်းစက်သာလျှင် ရှိပါသည်။ | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ။ |
| <input type="checkbox"/> Yes, both<br>ရှိပါသည်။ နှစ်မျိုးလုံး။  | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ      |

**Creating a Healthy Community**  
**ကျန်းမာသော အသိုင်းအဝိုင်းကို ဖန်တီးခြင်း**

3. အလုပ်၊ ကျောင်း၊ အိမ်မှဝင်၊ ဈေး၊ စသည်တို့အတွက် သွားလာရာတွင် သင်သည် မည်သည့်နည်းဖြင့် များသောအားဖြင့် သွားလာပါသနည်း။? (သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I drive<br>ကျွန်တော်ကားမောင်းပါသည်။   | <input type="checkbox"/> I bike/walk စက်ဘီးစီးသည်/<br>လမ်းလျှောက်သည်။  |
| <input type="checkbox"/> I get rides from family members or<br>friends<br>မိသားစုဝင်များ သို့မဟုတ်<br>မိတ်ဆွေများနှင့် ကားလိုက်စီးပါသည်။ | <input type="checkbox"/> I use a transportation service<br>(i.e. Uber, Lyft, Taxi, etc.)<br>ပို့ဆောင်ရေး ဝန်ဆောင်မှုကို<br>အသုံးပြုသည် (ဥပမာ။ ။ Uber ၊<br>Lyft ၊ Taxi စသည်တို့.) |
| <input type="checkbox"/> I take public transportation<br>ဘားစ်ကားများ စီးပါသည်။  | <input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။   |
|  | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ  |

4. လွန်ခဲ့သောနှစ်တွင်၊ အောက်ဖော်ပြပါ ပို့ဆောင်ဆက်သွယ်ရေးနှင့် ပတ်သက်ပြီး မည်သည့်အကြောင်းအရာ အခက်အခဲနှင့် တွေ့ကြုံခဲ့ရပါသနည်း။? (သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Can't afford gas<br/>ဓါတ်ဆီမတတ်နိုင်ပါ။</li> <li><input type="checkbox"/> Can't afford car repairs<br/>ကားပြုပြင်ရန် မတတ်နိုင်ပါ။</li> <li><input type="checkbox"/> Bus routes don't go where I need them to<br/>ကျွန်တော်သွားလိုသည့်နေရာသို့ ဘားစ်ကားလမ်းကြောင်းမရှိပါ။</li> <li><input type="checkbox"/> Public transportation doesn't operate in the hours/times I need them to<br/>ပြည်သူ့ပို့ဆောင်ဆက်သွယ်ရေးသည် ကျွန်တော်သွားလာလိုသည့် အချိန်/နာရီတွင် သွားလာခြင်းမရှိပါ။</li> <li><input type="checkbox"/> Public transportation takes too long<br/>ပြည်သူ့ပို့ဆောင်ဆက်သွယ်ရေးသည် အချိန်ကြာလွန်းသည်။</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> I don't know how to use public transportation (i.e. bus transfers, bus routes, etc.)<br/>ပြည်သူ့ပို့ဆောင်ဆက်သွယ်ရေးကို အသုံးမပြုတတ်ပါ (ဥပမာ။ ။ ဘားစ်ကားပြောင်းခြင်း၊ ဘားစ်ကားလမ်းကြောင်း၊ စသည်တို့။)</li> <li><input type="checkbox"/> Uber/Lyft/Taxi are not available where I live<br/>ကျွန်တော်နေထိုင်သော နေရာတွင် Uber/Lyft/Taxi တို့မရရှိနိုင်ပါ။</li> <li><input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။<br/>_____</li> <li><input type="checkbox"/> None of these<br/>မည်သည့်အရာမျှမရှိပါ။</li> <li><input type="checkbox"/> Prefer not to say<br/>မဖြေကြားလိုပါ။</li> </ul> |
|---|---|

5. သင်သည် အင်တာနက်သွယ်ထားခြင်း ရှိပါသလား။?

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes<br/>ရှိပါသည်။</li> <li><input type="checkbox"/> No<br/>မရှိပါ။</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prefer not to say<br/>မဖြေကြားလိုပါ။</li> </ul> |
|---|---|

6. မည်သည့် နည်းလမ်းအားဖြင့် အင်တာနက်ကို သွယ်ယူထားပါသနည်း။?(သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- I don't have access  
အင်တာနက် မဆက်သွယ်ထားပါ။
- At home (i.e. computer, tablet, watch, etc.)  
အိမ်တွင်သွယ်ထားပါသည် (ဥပမာ။ ။ ကွန်ပျူတာ၊ တက်ဗလက်၊ နာရီ စသည်တို့။)
- Smart phone data  
စမတ်ဖုန်း ဒေတာ
- Public Wi-Fi (i.e. coffee shop, restaurant, government building, etc.)  
အများပြည်သူသုံး ဝိုင်ဖိုင် (ဥပမာ။ ။ ကော်ဖီဆိုင်၊ စားသောက်ဆိုင်၊ အစိုးရ အဆောက်အအုံ၊ စသည်တို့။)
- Public computers (i.e. library)  
အများပြည်သူသုံး ကွန်ပျူတာ(ဥပမာ၊ စာကြည့်တိုက်)။
- Other: အခြား။ ။
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

**Access to Care**  
**ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လက်လှမ်းမီနိုင်ခြင်း**

7. သင့်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပုံမှန်သွားရောက်သော နေရာဖြစ်သည့် ဆေးကုသရေးပိုင်းဆိုင်ရာ အဓိကနေရာ ရှိပါသလား။?

- Yes  
ဟုတ်ကဲ့ရှိပါသည်။
- No  
မရှိပါ။
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

8. သင်သည် နေမကောင်းဖြစ်သည့်အချိန်တွင် များသောအားဖြင့် မည်သည့် နေရာသို့ သွားပြသနည်း။?(တစ်ခု သာ ရွေးချယ်ပါ။)

- My regular doctor  
ကျွန်တော့် ပုံမှန် ဆရာဝန်
- Hospital emergency room  
ဆေးရုံအရေးပေါ်ခန်း
- Urgent Care  
အာဂျင့်စီးယား
- Health Department  
ကျန်းမာရေးဌာန
- Carrboro Community Health Center  
ကာပိုရိုရပ်ကွက်ကျန်းမာရေးစင်တာ
- Chapel Hill Community Health Center  
ချာပီဟီးလ်ရပ်ကွက် ကျန်းမာရေးစင်တာ
- Specialist  
အထူးကုဆရာဝန်
- Other: အခြား။ ။
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ



9. ကျန်းမာရေးဌာန၏ ဆေးဝါးကုသရေး ဆေးခန်းအချိန်သည် တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့၊ နံနက် ၈:၀၀ နာရီ မှ ညနေ ၅:၀၀ နာရီထိဖြစ်ပြီး၊ အချိန်ပိုတိုးကို အင်္ဂါနေ့နှင့် ကြာသပတေးနေ့ တို့တွင် ညနေ ၆:၃၀ နာရီထိ ဖွင့်လှစ်ထားပါသည်။ အကယ်၍ သင်နှင့် သင့်မိသားစုတို့သည် ဤဝန်ဆောင်မှုတို့ကို လိုအပ်ပါက၊ ဤအချိန်နာရီတို့သည် သင့်အတွက် အဆင်ပြေပါသလား။?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Yes<br>အဆင်ပြေပါသည်။ | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ |
| <input type="checkbox"/> No<br>အဆင်မပြေပါ။    | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ     |

10. ကျန်းမာရေးဌာန၏ လတ်တလော သွားဆေးခန်း ဖွင့်ချိန်သည် တနင်္လာနေ့မှ ကြာသပတေးနေ့၊ နံနက် ၈:၀၀ နာရီ မှ ညနေ ၅:၀၀ နာရီထိ ဖြစ်ပြီး၊ သောကြာနေ့သည် နံနက် ၈:၀၀ နာရီ မှ မွန်းတည့် အချိန်ထိ ဖွင့်လှစ်လျက်ရှိပါသည်။ အကယ်၍ သင်နှင့် သင့်မိသားစုတို့သည် ဤဝန်ဆောင်မှုတို့ကို လိုအပ်ပါက၊ ဤအချိန်နာရီတို့သည် သင်တို့အတွက် အဆင်ပြေပါသလား။?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Yes<br>အဆင်ပြေပါသည်။ | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ |
| <input type="checkbox"/> No<br>အဆင်မပြေပါ။    | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ     |

11. လွန်ခဲ့သော နှစ်အတွင်းတွင် အောရိန်းကောင်တီ ကျန်းမာရေးဌာနတွင် ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူခဲ့ပါက၊ သင်ရရှိသော ဝန်ဆောင်မှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး မည်မျှကျေနပ်မှု ရှိပါသနည်း။?(ဆေးဝါးကုသရေးပိုင်းဆိုင်ရာ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာ နှင့်/သို့မဟုတ် ပတ်ဝန်းကျင် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ အပါအဝင်)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Very satisfied<br>အလွန်ကျေနပ်ပါသည်။ | <input type="checkbox"/> Very dissatisfied<br>အလွန်မကျေနပ်ပါ။         |
| <input type="checkbox"/> Satisfied<br>ကျေနပ်ပါသည်။           | <input type="checkbox"/> Don't know/not applicable<br>မသိပါ/ မသေချာပါ |
| <input type="checkbox"/> Dissatisfied<br>ကျေနပ်မှုမရှိပါ။    | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ           |

12. သင်၏ ပင်မ ကျန်းမာရေး အာမခံ အစီအစဉ်သည် မည်သည့်အရာ ဖြစ်သနည်း။?

ဤအစီအစဉ်သည် သင့်ကျန်းမာရေး ကုန်ကျစရိတ်တို့ကို ဦးစွာ ပေးပေးသော သို့မဟုတ် သင့် ကျန်းမာရေး ကုန်ကျစရိတ် အများစုကို ပေးပေးသော အစီအစဉ်ဖြစ်သည်။ (တစ်ခု သာ ရွေးချယ်ပါ။)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No health insurance<br>ကျန်းမာရေး အာမခံ မရှိပါ။   | <input type="checkbox"/> Medicare<br>မေဒီနီးယား   |
| <input type="checkbox"/> The State Employee Health Plan<br>ပြည်နယ်အစိုးရ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်  | <input type="checkbox"/> Medicaid<br>မေဒီကိတ်   |
| <input type="checkbox"/> Blue Cross and Blue Shield of North Carolina<br>မြောက်ကာရိုလိုင်းနား၏ Blue Cross နှင့် Blue Shield။   | <input type="checkbox"/> The Military, Tricare, CHAMPUS, or the VA<br>စစ်တပ်၊ ထရိုင်းနီးယား၊ CHAMPUS ၊ သို့မဟုတ် VA |
| <input type="checkbox"/> Other private health insurance plan purchased from employer or workplace<br>အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် အလုပ်မှ ဝယ်ယူသော ကိုယ်ပိုင် ကျန်းမာရေး အာမခံ  | <input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Other private health insurance plan purchased directly from an insurance company or through the Affordable Care Act<br>တိုက်ရိုက် ဝယ်ယူသော ကိုယ်ပိုင်ကျန်းမာရေး အာမခံ ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် Affordable Care Act မှတစ်ဆင့် | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ   |
|  | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ   |

13. လွန်ခဲ့သော ၁၂ လ အတွင်းတွင်၊ သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် သက်ကြီးပိုင်း မိသားစုဝင် တစ်စုံတစ်ယောက်သည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် လိုအပ်သော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ပေးသူ ဆရာဝန်၊ သွားဆရာဝန်၊ ဆေးပေးခန်း၊ သို့မဟုတ် အခြားဆေးကုသရာနေရာတို့အား ရရှိနိုင်ရန် ပြဿနာရှိခဲ့ ပါသလား။?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Yes<br>ပြဿနာရှိခဲ့ပါသည်။ | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ |
| <input type="checkbox"/> No<br>ပြဿနာ မရှိခဲ့ပါ။   | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ     |

14. “ပြသနာရှိခဲ့ပါသည်” ဟုဖြေဆိုခဲ့ပါက၊ မည်ကဲ့သို့သော ဆရာဝန် သို့မဟုတ် နေရာသည် သင် သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုဝင်သည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ခံယူရန် အခက်အခဲနှင့် ကြုံတွေ့ခဲ့ရသနည်း။? (သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> N/A; does not apply<br>သက်ဆိုင်မှုမရှိပါ။  | <input type="checkbox"/> Health Department<br>ကျန်းမာရေးဌာန            |
| <input type="checkbox"/> Dentist<br>သွားဆရာဝန်  | <input type="checkbox"/> Hospital<br>ဆေးရုံ                            |
| <input type="checkbox"/> General practitioner/primary care<br>အထွေထွေကုဆရာဝန်/မိသားစုဆရာဝန်                                       | <input type="checkbox"/> Urgent Care<br>အားဂျင့်ခီးယား                 |
| <input type="checkbox"/> Eye care/optometrist/ophthalmologist<br>မျက်လုံးစောင့်ရှောက်ရေး/မျက်လုံးစမ်း<br>သပ်သူ/မျက်စိအထူးကုဆရာဝန် | <input type="checkbox"/> Medical Clinic<br>ဆေးကုသရေးဆိုင်ရာဆေးခန်း     |
| <input type="checkbox"/> Pharmacy/prescriptions<br>ဆေးဆိုင်/ညွှန်းဆေး   | <input type="checkbox"/> Specialist: _____<br>အထူးကုဆရာဝန်။<br>။ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pediatrician<br>ကလေးအထူးကုဆရာဝန်   | <input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။<br>_____                      |
| <input type="checkbox"/> OB/GYN<br>သားဖွားနှင့် မီးယပ်ဆရာဝန်  | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ            |

15. သင်အုပ်ထိန်းမှုအောက်တွင်ရှိသော အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေးရှိပါသလား။? (မယားပါသား/သမီး၊ ခင်ပွန်းပါသား/သမီး၊ မြေး သို့မဟုတ် အခြား ဆွေမျိုးများ ပါဝင်ပါသည်။)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Yes<br>ရှိပါသည်။ | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ |
| <input type="checkbox"/> No<br>မရှိပါ။    |   |

16. အကယ်၍ “ရှိပါသည်” ဟုဖြေကြားပါက၊ သင်အုပ်ထိန်းလျက်ရှိသော ကလေး(များ)အတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ခံယူရန် အခက်အခဲ ကြုံဖူးပါသလား။?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> N/A; does not apply<br>သက်ဆိုင်မှုမရှိပါ။ | <input type="checkbox"/> No<br>မကြုံခဲ့ဖူးပါ။               |
| <input type="checkbox"/> Yes<br>ကြုံခဲ့ဖူးပါသည်။                   | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ |

17. စောင့်ရှောက်မှု ရယူနိုင်ခြင်းနှင့် ပတ်သက်ပြီး၊ အောက်ဖော်ပြပါ ပြဿနာများသည် သင်နှင့် သင့်မိသားစုဝင်(များ) သည် လိုအပ်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ခံယူရန် အတားအဆီး ဖြစ်စေခဲ့ပါသလား။? (သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- N/A; does not apply  
သက်ဆိုင်မှုမရှိပါ။
- No health insurance  
ကျန်းမာရေး အာမခံမရှိပါ။
- Insurance didn't cover what I/we needed  
ကျွန်တော်/ကျွန်တော်တို့ လိုအပ်သော အရာအတွက် ရှိထားသော ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် မပါဝင်ပါ။
- Deductible/co-pay was too high  
ကျန်းမာရေးအာမခံ အသုံးမပြုနိုင်မှီ ကုန်ကျစရိတ်/အိတ်စိုက်ရမည့် ငွေကြေး များလွန်းသောကြောင့်။
- Doctor would not take my/our insurance or Medicaid  
ကျွန်တော်/ကျွန်တော်တို့၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ သို့မဟုတ် မေဒီကိတ်ကို ဆရာဝန်က လက်မခံပါ။
- Hospital would not take my/our insurance  
ကျွန်တော်/ကျွန်တော်တို့၏ ကျန်းမာရေး အာမခံကို ဆေးရုံက လက်မခံပါ။
- No transportation to get there  
ထိုနေရာသို့ သွားရောက်ရန် ပို့ဆောင်ရေး အဆင်မပြေပါ။
- Dentist would not take my/our insurance or Medicaid  
ကျွန်တော်/ကျွန်တော်တို့၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ သို့မဟုတ် မေဒီကိတ်ကို သွားဆရာဝန်က လက်မခံပါ။
- Pharmacy would not take my/our insurance or Medicaid  
ကျွန်တော်/ကျွန်တော်တို့၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ သို့မဟုတ် မေဒီကိတ်ကို ဆေးဆိုင်က လက်မခံပါ။
- Didn't know where to go  
ဘယ်နေရာသို့ သွားရောက်ပြသ ရမည်ကို မသိခဲ့ပါ။
- Couldn't get an appointment  
ချိန်းဆိုချက် ရက်စွဲ မရရှိနိုင်ပါ။
- The wait was too long  
စောင့်ရသည်မှာ အချိန်ကြာလွန်းသည်။
- The hours and days they are open is not convenient  
ဖွင့်လှစ်သော အချိန်နာရီနှင့် နေ့ရက်တို့သည် အဆင်မပြေပါ။
- There was no one who spoke my preferred language and no interpreter available  
ကျွန်တော်ပြောဆိုသော ဘာသာစကားကို ပြောဆိုသူနှင့် စကားပြန် မရရှိနိုင်ပါ။
- Other: အခြား။ ။
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

18. အကယ်၍ မိတ်ဆွေ သို့မဟုတ် မိသားစုဝင် တစ်စုံတစ်ယောက်သည် စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါး/အရက်သေစာ စွဲလန်းခြင်း ပြဿနာတို့အတွက် တိုက်တွန်းဆွေးနွေးမှု ရယူလိုပါက၊ မည်သူအား ချဉ်းကပ်ပြောဆိုရန် သင်ပြောပြမည်နည်း။? (သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Private counselor or therapist<br>ကိုယ်ပိုင် တိုင်ဆွေးနွေးပေးသူ သို့မဟုတ်<br>ကုထုံးကုပေးသူ  | <input type="checkbox"/> Doctor<br>ဆရာဝန်                       |
| <input type="checkbox"/> Support group (e.g., AA, NA., etc.)<br>တိုင်ပင်ဆွေးနွေးအားပေးသည့်အဖွဲ့<br>(ဥပမာ။ ။ AA၊ NA၊ စသည်တို့.)   | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ |
| <input type="checkbox"/> School staff (i.e. counselor, coach,<br>teacher, bus driver, custodian, etc.)<br>ကျောင်းဝန်ထမ်း(ဥပမာ။ ။<br>တိုင်ပင်ဆွေးနွေးသူ၊ နည်းပြ၊ ဆရာ/မ၊<br>ဘားစ်ကားမောင်းသူ၊<br>သန့်ရှင်းရေးတာဝန်ခံ၊ စသည်တို့။) | <input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။<br>_____               |
| <input type="checkbox"/> Minister/religious official<br>တရားဟောဆရာ/ဘာသာရေး ဆရာ၊မ   | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ     |

19. NC 2-1-1 ကို ကြားဖူးပါသလား။?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Yes<br>ကြားဖူးပါသည်။ | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ |
| <input type="checkbox"/> No<br>မကြားဖူးပါ။    | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ     |

**Community Improvement**  
**ရပ်ကွက်တွင် တိုးတက်ပြောင်းလဲမှု**

20. ကျွန်တော်တို့၏ ရပ်ကွက်တွင်း ကျန်းမာရေးအကြောင်းကို သင်သည် စဉ်းစားသောအခါ၊ မည်သည့် အကြောင်းအရာသည် ခရိုင်တစ်ဝှမ်း၏ ကျန်းမာရေးကို ချုံ့ငုံ၍ ထိခိုက်မှု ရှိသည်ဟု သင်ထင်သနည်း။?

---



---



---



---

21. အထက်ဖော်ပြခဲ့ပြီးသော ရပ်ကွက်တွင်း ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်ပြီး အရေးကြီးသော အကြောင်းအရာများထဲမှ တစ်ခု ကို ရွေးချယ်မည် ဆိုပါက၊ မည်သည့် အကြောင်းအရာ ဖြစ်မည်နည်း။?

---

---

22. ကျွန်တော်တို့ ပတ်ဝန်းကျင်ရှိ ဆယ်ကျော်သက်များအကြောင်းကို စဉ်းစားပါက၊ သူတို့ ကြုံတွေ့ရသော အဓိက ပြဿနာ သုံးခုသည် မည်သည့်အရာများ ဖြစ်သည်ဟု သင်ဆိုမည်နည်း။?

---

---

---

**ဖတ်ရှုရန်။ ။** နောက်မေးခွန်း တစ်ခုခုသည် သင့်ကိုယ်ပိုင် ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သော မေးခွန်းများ ဖြစ်ပါသည်။ သင်ဖြေဆိုရန် သက်သောင့်သက်သာ မရှိသော မေးခွန်းများကို ကျော်သွားရန် သတိရပါ။

**Personal Health**  
**ကိုယ်ပိုင် ကျန်းမာရေး**

23. ပုံမှန်အားဖြင့် သင့်ကျန်းမာရေးကို မည်သည့်အခြေအနေတွင် ရှိပါသည်ဟု သင်ဆိုပါမည်နည်း။?  
...(တစ်ခု သာ ရွေးချယ်ပါ။)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Excellent<br>အလွန်အလွန်ကောင်းပါသည်။ | <input type="checkbox"/> Fair<br>အတော်အသင့်ရှိပါသည်။         |
| <input type="checkbox"/> Very good<br>အလွန်ကောင်းပါသည်။      | <input type="checkbox"/> Poor<br>ကျန်းမာရေး ချူချာသည်။       |
| <input type="checkbox"/> Good<br>ကောင်းပါသည်။                | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ။ |

24. အောက်ဖော်ပြပါ ကျန်းမာရေး အခြေအနေများရှိထားကြောင်းကို သင့်ဆရာဝန်၊  
 သူနာပြုဆရာ/မ၊ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင်သူက သင့်အား ပြောဆိုဖူးပါသလား။?  
 (Yes=ရှိ၊ No=မရှိ၊ DK= မသိပါ/ မသေချာပါ၊ P= မဖြေကြားလိုပါ)

- |  |                              |                             |                             |                            |
|--|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| a. Asthma<br>ပန်းနာရောဂါ   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P |
| b. Depression, anxiety or<br>other mental health<br>concern<br>စိတ်ကျရောဂါ၊<br>စိုးရိမ်စိတ်ရောဂါ<br>သို့မဟုတ် အခြား<br>စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P |
| c. High Blood Pressure<br>သွေးတိုးရောဂါ  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P |
| d. High Cholesterol<br>အဆီများခြင်း  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P |
| e. Diabetes (not during<br>pregnancy or Type 1)<br>ဆီးချိုသွေးချိုရောဂါ(ကိုယ်<br>ဝန်ဆောင်ချိန်တွင်း<br>သို့မဟုတ် အမျိုးအစား ၁<br>မပါဝင်ပါ)   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P |
| f. Osteoporosis<br>အရိုးပွရောဂါ  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P |
| g. Overweight/obesity<br>အလွန်ရောဂါ  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P |
| h. Heart Disease<br>နှလုံးရောဂါ  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P |
| i. Cancer<br>ကင်ဆာ   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P |

25. မိမိကိုယ်ကို မည်ကဲ့သို့ အသိအမှတ်ပြုထားပါသနည်း။? (သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- Male ကျား
- Female မ
- Transgender လိင်အင်္ဂါပြောင်းသူ
- Gender Queer, Gender Non-Conforming, Non-Binary, Third Gender  
ကျား၊မ မဟုတ် သို့မဟုတ် ကျားမပူးပေါင်းသူ၊ကျားမဟူ၍ မသတ်မှတ်သူ၊ နှစ်မျိုးလုံးလည်းမဟုတ်သူ၊ လိင်နှစ်မျိုးထက်မက သတ်မှတ်သူ
- Prefer to self-describe: ကိုယ်တိုင် ဖော်ပြလိုပါသည်။ ။
- Prefer not to say မဖြေကြားလိုပါ

26. ကင်ဆာ စစ်ဆေးခြင်းနှင့် ပတ်သက်ပြီး သင်ကြံခဲ့ဖူးပါသလား။?..... (DK= မသိပါ/မသေချာပါ။ P= မဖြေကြားလိုပါ။ NA = သက်ဆိုင်မှုမရှိပါ။)

- |   |   |                                     |                             |                            |                             |
|---|---|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| မေဂ်ဂရမ် (Mammogram)  | <input type="checkbox"/> Yes            | <input type="checkbox"/> No         | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> NA |
| အမျိုးသမီး? - ရင်သားကို ဖိကာ ရင်သားကိုသာ ဓါတ်မှန်ရိုက်သော စက်။  | <input type="checkbox"/> ကြံ့ခွဲပါသည်   | <input type="checkbox"/> မကြံ့ခွဲပါ | မသိ/မသေချာ                  | မဖြေကြား                   | သက်ဆိုင်မှုမရှိပါ           |
| ပရောစတိတ် စမ်းစစ်ခြင်း - PSA သို့မဟုတ် DRE (အမျိုးသား)? - ဆီးကျိတ်-တိကျသော ခုခံအား(PSA) စမ်းစစ်ခြင်းနှင့် အင်ဂျစ်တယ် စအိုဝ် စမ်းသပ်ခြင်း(DRE) တို့ကို အသုံးပြုကာ အမျိုးသားတို့တွင် ဆီးကျိတ်ကင်ဆာ ရှိမရှိ စစ်ဆေးပါသည်။ | <input type="checkbox"/> Yes            | <input type="checkbox"/> No         | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> NA |
| ပရောစတိတ် စမ်းစစ်ခြင်း - PSA သို့မဟုတ် DRE (အမျိုးသား)? - ဆီးကျိတ်-တိကျသော ခုခံအား(PSA) စမ်းစစ်ခြင်းနှင့် အင်ဂျစ်တယ် စအိုဝ် စမ်းသပ်ခြင်း(DRE) တို့ကို အသုံးပြုကာ အမျိုးသားတို့တွင် ဆီးကျိတ်ကင်ဆာ ရှိမရှိ စစ်ဆေးပါသည်။ | <input type="checkbox"/> စစ်ဆေးခဲ့ပါသည် | <input type="checkbox"/> မစစ်ဆေးပါ  | မသိ/မသေချာ                  | မဖြေကြား                   | သက်ဆိုင်မှုမရှိပါ           |
| မစင်သွေး စမ်းသပ်ခြင်း(ကျား/မ)? - အထူးပြုလုပ်ထားသော ကိရိယာအားဖြင့် မစင်ထဲတွင် သွေးရှိမရှိကို အိမ်တွင် စမ်းစစ်ခြင်း ဖြစ်သည်။  | <input type="checkbox"/> Yes            | <input type="checkbox"/> No         | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> NA |
| မစင်သွေး စမ်းသပ်ခြင်း(ကျား/မ)? - အထူးပြုလုပ်ထားသော ကိရိယာအားဖြင့် မစင်ထဲတွင် သွေးရှိမရှိကို အိမ်တွင် စမ်းစစ်ခြင်း ဖြစ်သည်။  | <input type="checkbox"/> စစ်ဆေးခဲ့ပါသည် | <input type="checkbox"/> မစစ်ဆေးပါ  | မသိ/မသေချာ                  | မဖြေကြား                   | သက်ဆိုင်မှုမရှိပါ           |



27. လွန်ခဲ့သော ရက်ပေါင်း ၃၀ အတွင်းတွင်၊ အားငယ်ခြင်း၊ စိတ်ဓါတ်ကျခြင်း သို့မဟုတ် မျှော်လင့်ခြင်း ကင်းမဲ့ခြင်းတို့နှင့် ကြုံတွေ့ရသည့် အချိန်ရှိပြီး၊ သို့အားဖြင့် သင့်အလုပ်အကိုင်၊ အိမ်တွင်းမှ ဆောင်ရွက်ခြင်း သို့မဟုတ် အခြားလူများနှင့် သင့်မြတ်စွာ နေထိုင်ရန် ခက်ခဲခြင်းတို့နှင့် ကြုံခဲ့ရပါသလား။?

- Yes  
ကြုံခဲ့ရပါသည်။
- No  
မကြုံခဲ့ရပါ။
- Don't know/not sure  
မသိပါ/ မသေချာပါ
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

28. ပုံမှန်တစ်ပတ်တာအတွင်းတွင်၊ သင့်ပုံမှန် လုပ်သောအလုပ်မှလွဲ၍ ကိုယ်ကာယ လှုပ်ရှားမှု သို့မဟုတ် ကာယလေ့ကျင့်ခန်းကို အနည်းဆုံး နာရီဝက်ခန့် ကြာ ရက်ပေါင်းမည်မျှ အချိန်ယူသနည်း။?

- Zero (0) days  
သုည (၀) ရက်
- One to two (1-2) days  
တစ် မှ နှစ်(၁-၂) ရက်
- Three to four (3-4) days  
သုံး မှ လေး (၃-၄) ရက်
- Five (5) or more days  
ငါး (၅) သို့မဟုတ်  
ထိုထက်များသော ရက်
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

29. လွန်ခဲ့သောလအတွင်းတွင်၊ အောက်ပါ မည်သည့်အကြောင်းအရာကြောင့် ကိုယ်လက်လှုပ်ရှားမှုကို လုပ်ရန် ဆန္ဒရှိပါသော်လည်း မလုပ်နိုင်ခြင်း သို့မဟုတ် ခက်ခဲမှုရှိခြင်းတို့နှင့် ကြုံခဲ့ရသည့်အချိန် ရှိခဲ့ပါသလား။? (သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I don't have time.<br>ကျွန်တော့်မှာ အချိန်မရှိပါ။   | <input type="checkbox"/> I don't like to exercise.<br>ကိုယ်ကာယလေ့ကျင့်ခန်းလုပ်ခြင်း မနှစ်သက်ပါ။              |
| <input type="checkbox"/> It costs too much.<br>ဈေးကြီးလွန်းသည်။  | <input type="checkbox"/> I'm too tired to exercise.<br>ကာယလေ့ကျင့်ခန်း လုပ်ရန် ကျွန်တော် အင်အားမရှိပါ။       |
| <input type="checkbox"/> I don't have convenient exercise facilities.<br>အဆင်ပြေသော ကိုယ်ကာယလေ့ကျင့်ခန်းလုပ်သည့် နေရာ ကျွန်တော့်မှာ မရှိပါ။        | <input type="checkbox"/> I'm physically disabled.<br>ကျွန်တော့်ကိုယ်ခန္ဓာသည် မသန်မစွမ်းဖြစ်လျက်ရှိသည်။       |
| <input type="checkbox"/> I don't have child care.<br>ကလေးထိန်းပေးမည့်သူမရှိပါ။   | <input type="checkbox"/> Exercise is not important to me.<br>ကာယလေ့ကျင့်ခန်းသည် ကျွန်တော့်အတွက် အရေးမကြီးပါ။ |
| <input type="checkbox"/> There is no safe place to exercise.<br>အန္တရာယ်ကင်းစွာ ကာယလေ့ကျင့်ခန်းလုပ်နိုင်သည့် နေရာ မရှိပါ။                          | <input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။   |
| <input type="checkbox"/> I have no one to exercise with.<br>ကာယလေ့ကျင့်ခန်းလုပ်ဖော်မရှိပါ။   | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ  |
| <input type="checkbox"/> My job is physical or hard labor.<br>ကျွန်တော့်အလုပ်အကိုင်သည် ကိုယ်ခန္ဓာလှုပ်ရှားရသည့်အလုပ် သို့မဟုတ် အလုပ်ကြမ်း ဖြစ်သည်။ | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ  |

30. ပုံမှန် ရက်သတ္တပတ်အတွင်းတွင်၊ သစ်သီးနှင့် ဟင်းသီးဟင်းရွက်များကို ဘယ်နှစ်ကြိမ် သုံးဆောင်သနည်း။?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Everyday<br>နေ့တိုင်း                             | <input type="checkbox"/> Never<br>လုံးဝ မသုံးဆောင်ပါ။           |
| <input type="checkbox"/> Five to six (5-6) days<br>ငါး မှ ခြောက် (၅-၆) ရက် | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ |
| <input type="checkbox"/> Three to four (3-4) days<br>သုံး မှ လေး (၃-၄) ရက် | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ     |
| <input type="checkbox"/> One to two (1-2) days<br>တစ် မှ နှစ် (၁-၂) ရက်    |   |

31. လွန်ခဲ့သော ၁၂ လ အတွင်းတွင်၊ တုပ်ကွေး ကာကွယ်ဆေး ထိုးခဲ့ဖူးပါသလား။?

- Yes, flu shot  
ဟုတ်ကဲ့၊ တုပ်ကွေး ထိုးဆေး
- Yes, flu spray  
ဟုတ်ကဲ့၊ တုပ်ကွေး ဖြန့်ဆေး
- Yes, both  
ဟုတ်ကဲ့၊ နှစ်မျိုးလုံး
- No  
မထိုးခဲ့ဖူးပါ။
- Don't know/not sure  
မသိပါ/ မသေချာပါ
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

32. ရှူးဖိနပ် မပါဘဲ ကိုယ်ခန္ဓာ အလေးချိန် မည်မျှခန့် ရှိသနည်း။?  
ခန္ဓာကိုယ်အလေးချိန်။ ။ \_\_\_\_\_ ပေါင်

- Don't know/not sure  
မသိပါ/ မသေချာပါ
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

33. ရှူးဖိနပ် မပါဘဲ ကိုယ်ခန္ဓာ အမြင့်ပေ မည်မျှခန့် ရှိသနည်း။?  
အရပ်အမြင့်။ ။ \_\_\_\_\_ ပေ \_\_\_\_\_ လက်မ

- Don't know/not sure  
မသိပါ/ မသေချာပါ
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

**ဖတ်ရှုရန်။ ။ အောရိန်းကောင်တီတွင် နေထိုင်လျက်ရှိသော ပြည်သူများ ကြိုတွေ့ရသော အကြောင်းအရာများနှင့် ပတ်သက်ပြီး သင်၏ အတွေ့အကြုံအကြောင်းကို မေးမြန်းပါမည်။ သင်သက်တောင့်သက်သာ မရှိသော မေးခွန်း တစ်စုံတစ်ရာရှိလျှင် ကျော်သွားနိုင်သည့် ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့် ရှိသည်ကို သတိရပါ။ သင့်အဖြေများသည်လည်း မည်သည့်နည်းအားဖြင့် သင့်အား ဆက်နွယ်ပတ်သက်ခြင်း ရှိမည် မဟုတ်ပါ။**

34. ပုံမှန်အားဖြင့် ဈေးဝယ်သော ဆိုင်တွင် သစ်သီးများနှင့် ဟင်းသီးဟင်းရွက်များ အတော်အတန် ရွေးချယ်ဝယ်ယူရန် ရှိပါသလား။?

- Always  
အမြဲတမ်း
- Sometimes  
တခါတရံ
- Never  
ဘယ်တော့မှ
- Don't know/not sure  
မသိပါ/ မသေချာပါ
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

35. လွန်ခဲ့သောလတွင်၊ လတ်ဆတ်သော သစ်သီးများနှင့် ဟင်းရွက်များကို စားသုံးရန် ငွေကြေးတတ်နိုင်ပါသလား။?

Yes  
တတ်နိုင်ပါသည်။

Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

No  
မတတ်နိုင်ပါ။

36. လွန်ခဲ့သောလတွင်၊ အစားအစာအတွက် ငွေကြေး လုံလောက်ခြင်း မရှိသောကြောင့် သင်စားသုံးသည့် ပမာဏကို လျှော့စားခဲ့ဖူးခြင်း၊ သို့မဟုတ် အစာမစားဘဲနေခြင်းတို့ ရှိခဲ့ဖူးပါသလား။?

Yes  
ရှိခဲ့ဖူးပါသည်။

Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

No  
မရှိခဲ့ဖူးပါ။

**ဖတ်ရှုရန်။ ။ အောက်ဖော်ပြပါ စာကြောင်းများအား မည်မျှလောက် သဘောတူညီမှု ရှိမရှိကို ဖော်ပြပါ။**

37. ကျွန်တော်နေထိုင်လျက်ရှိသော အသိုင်းအဝိုင်းတွင်၊ လူမျိုး၊ မျိုးနွယ်စုများ၊ နောက်ခံပေါင်းစုံနှင့် ကိုးကွယ်ယုံကြည်ခြင်းမျိုးစုံတို့ကို တန်းတူညီတူ ဆက်ဆံခြင်း ခံရပါသည်။

Strongly agree  
လွန်စွာ သဘောတူသည်။

Strongly disagree  
လွန်စွာ သဘောမတူပါ။

Agree  
သဘောတူပါသည်။

Don't know/not sure  
မသိပါ/ မသေချာပါ

Disagree  
သဘောမတူပါ။

Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

38. သင့်နှင့်/သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုအတွက် ကောင်းမွန်သော ဘဝထူထောင်နိုင်ရေးအတွက် လိုအပ်သော အရင်းအမြစ်တို့ကို အောရိန်းကောင်တီက ပေးကမ်းမှု ရှိပါသည်။

Strongly agree  
လွန်စွာ သဘောတူသည်။

Strongly disagree  
လွန်စွာ သဘောမတူပါ။

Agree  
သဘောတူပါသည်။

Don't know/not sure  
မသိပါ/ မသေချာပါ

Disagree  
သဘောမတူပါ။

Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ

39. ကျွန်တော့်အတွက် အခြေခံလိုအပ်ချက်များဖြစ်သော (အစားအစာ၊ အဝတ်အစား၊ နေရာထိုင်ခင်းနှင့် ရေမီး/ဓါတ်ငွေ့ စသည်တို့) အတွက် လုံလောက်သော ဝင်ငွေ ရှိပါသည်။

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly agree<br>လွန်စွာ သဘောတူသည်။ | <input type="checkbox"/> Strongly disagree<br>လွန်စွာ သဘောမတူပါ။ |
| <input type="checkbox"/> Agree<br>သဘောတူပါသည်။                | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ  |
| <input type="checkbox"/> Disagree<br>သဘောမတူပါ။               | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ      |

40. တစ်နှစ်အတွင်းတွင် အောရိန်းကောင်တီတွင် အခြေချ နေထိုင်နိုင်ရေးအတွက် ဖြစ်နိုင်ခြေ မည်မျှလောက် ရှိပါသနည်း။?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Highly likely<br>လုံးဝ ဖြစ်နိုင်ခြေရှိသည်။ | <input type="checkbox"/> Highly unlikely<br>လုံးဝ ဖြစ်နိုင်ခြေမရှိပါ။ |
| <input type="checkbox"/> Likely<br>ဖြစ်နိုင်ခြေရှိသည်။              | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ       |
| <input type="checkbox"/> Unlikely<br>တတ်နိုင်ခြေမရှိပါ။             | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ           |

41. လွန်ခဲ့သောနှစ်တွင်၊ တဒင်္ဂအတွင်း ဖြစ်စေ၊ အမြဲတမ်းဖြစ်စေ အိုးမဲ့အိမ်မဲ့ဖြစ်ခြင်းနှင့် ကြုံရပါသလား။? (တစ်ပါးသူများနှင့် နေထိုင်ခြင်း၊ ဟော်တယ်၊ ခဏတာခိုနားရာနေရာ၊ အပြင်ဘက် လမ်းပေါ်တွင် နေထိုင်ခြင်း၊ ကားထဲတွင် နေထိုင်ခြင်း၊ ပန်းခြံထဲတွင် နေထိုင်ခြင်း စသည်တို့ ပါဝင်ပါသည်။)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Yes, 1 time<br>ဟုတ်ကဲ့၊ ၁ ကြိမ်                    | <input type="checkbox"/> No<br>မနေထိုင်ခဲ့ရပါ။              |
| <input type="checkbox"/> Yes, multiple times<br>ဟုတ်ကဲ့၊ ကြိမ်ပေါင်းများစွာ | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ |

42. လွန်ခဲ့သောနှစ်တွင်၊ သင် သို့မဟုတ် မိမိနှင့်အတူ နေထိုင်လျက်ရှိသော မိသားစုဝင် တစ်စုံတစ်ယောက်သည် တကယ့်လိုအပ်နေသည့်အချိန်တွင် အောက်ပါအချက်အလက် များမှ တစ်စုံတစ်ခုကို မရရှိနိုင်ခြင်းနှင့် တွေ့ကြုံခဲ့ရပါသလား။? (သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Food<br>အစားအစာ  | <input type="checkbox"/> Phone<br>ဖုန်း                     |
| <input type="checkbox"/> Utilities<br>ရေမီးခါတ်ငွေ.ဘိုး   | <input type="checkbox"/> Clothing<br>အဝတ်အစား               |
| <input type="checkbox"/> Medicine<br>ဆေးဝါး   | <input type="checkbox"/> Child care<br>ကလေးထိန်း            |
| <input type="checkbox"/> Health care (medical, dental, mental health, vision care)<br>ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု<br>(ဆေးပိုင်းဆိုင်ရာ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာ၊<br>စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ အမြင်အာရုံပိုင်းဆိုင်ရာ) | <input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။<br>_____           |
|   | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ |

43. သင်ပြောဆိုလိုသော ဘာသာစကားအားဖြင့် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သတင်းအချက်အလက်များကို ရရှိနိုင်ပါသလား။?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yes, always<br>ဟုတ်ကဲ့၊ အမြဲတမ်း      | <input type="checkbox"/> Don't know/not sure<br>မသိပါ/ မသေချာပါ |
| <input type="checkbox"/> Yes, sometimes<br>ဟုတ်ကဲ့၊ တစ်ခါတစ်ရံ | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ     |
| <input type="checkbox"/> No<br>မရရှိနိုင်ပါ။                   |   |

**Demographic Questions**  
**လူဦးရေအချိုးအစားဆိုင်ရာ မေးခွန်းများ**

44. သင်အသက် မည်မျှရှိသနည်း။? \_\_\_\_\_

45. သင်၏ လူမျိုး/မျိုးနွယ်စုကား အဘယ်နည်း။? (သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- |  |  |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native<br/>အမေရိကန်အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ်<br/>အလာစကာ ဇာတိ</p> <p><input type="checkbox"/> Black or African American<br/>အမဲ သို့မဟုတ် အာဖရိကန်အမေရိကန်</p> <p><input type="checkbox"/> East Asian including Japanese,<br/>Chinese, Korean, Vietnamese, etc.<br/>ဂျပန်၊ တရုတ်၊ ကိုးရီးယား၊<br/>ဗီယက်နမ်လူမျိုး စသည့် အရှေ့ပိုင်း<br/>အာရှသူ/သား</p> <p><input type="checkbox"/> South Asian including Indian, Sri<br/>Lankan, Pakistani, Nepalese, etc.<br/>အန္ဒိယလူမျိုး၊ သီရိလင်္ကာ၊ ပါကစ်စတန်၊<br/>နေပါလ်လူမျိုး စသည့်<br/>အာရှတောင်ပိုင်းသူ/သား</p> <p><input type="checkbox"/> Southeast Asian, including Karen,<br/>Burmese, Filipino/a, Indonesian, etc.<br/>ကရင်၊ဗမာ၊ဖိလိပီနို၊<br/>အင်ဒိုနီးရှားလူမျိုးစသည့်<br/>အရှေ့တောင်အာရှသူ/သား</p> | <p><input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a/x<br/>ဟစ်ပေနစ် သို့မဟုတ်<br/>လာတီးနိုလူမျိုး</p> <p><input type="checkbox"/> Middle Eastern or North<br/>African<br/>အရှေ့အလယ်ပိုင်း သို့မဟုတ်<br/>မြောက်ပိုင်း အာဖရိက လူမျိုး</p> <p><input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific<br/>Islander<br/>ဟာဝိုင်းရီဇာတိသူ/သား သို့မဟုတ်<br/>ပစိဖိတ်ကျွန်းဆွယ်သူ/သား</p> <p><input type="checkbox"/> White<br/>လူဖြူ</p> <p><input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။<br/>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Prefer not to say</b><br/><b>မဖြေကြားလိုပါ</b></p> |
|--|--|

46. သင်သည် အင်္ဂလိပ်စကားအပြင် ပုံမှန်ပြောဆိုသော ဘာသာစကား ရှိပါသလား။?

- |  |   |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Yes<br/>ရှိပါသည်</p> <p><input type="checkbox"/> No<br/>မရှိပါ</p> | <p><input type="checkbox"/> <b>Prefer not to say</b><br/><b>မဖြေကြားလိုပါ</b></p> |
|--|---|

47. "ရှိပါသည်" ဟုဖြေဆိုခဲ့ပါက၊ သင်သည် မည်သည့် ဘာသာစကားကို ပုံမှန်ပြောဆိုပါသနည်း။?

\_\_\_\_\_

48. သင့် အိမ်ထောင်ရေးရာတွင် မည်သည့် အနေအထားတွင် ရှိသနည်း။?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Never married/single<br>မင်္ဂလာဆောင်ခြင်း မပြုခဲ့ဘူးပါ/လူလွတ် | <input type="checkbox"/> Widowed<br>မုဆိုးဖို/မ             |
| <input type="checkbox"/> Married<br>အိမ်ထောင်သည်                                       | <input type="checkbox"/> Separated<br>ကွဲနေသည်              |
| <input type="checkbox"/> Divorced<br>ကွာရှင်းထားသည်                                    | <input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။                    |
| <input type="checkbox"/> Unmarried partner<br>မင်္ဂလာမဆောင်ထားသော အဖော်                | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ |

49. သင်လက်ခံရယူခဲ့သော အမြင့်ဆုံး ကျောင်းပညာ၊ တက္ကသိုလ် သို့မဟုတ် အသက်မွေးဝမ်းကြောင်း သင်တန်းတို့ကား အဘယ်အဆင့်ရှိသနည်း။? (တစ်ခု သာ ရွေးချယ်ပါ။)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Less than 9th grade<br>၉ တန်းအောက်   | <input type="checkbox"/> Some college (no degree)<br>ကောလိပ်ကျောင်းတက် (ဘွဲ့မရ)                         |
| <input type="checkbox"/> 9-12th grade, no diploma<br>၉-၁၂ တန်း၊ ဒီပလိုမာမရ  | <input type="checkbox"/> Bachelor's degree<br>တက္ကသိုလ်ဘွဲ့ရ  |
| <input type="checkbox"/> High school graduate (or GED/<br>equivalent)<br>အထက်တန်းကျောင်းပြီး(သို့မဟုတ်<br>GED/ထပ်တူအတန်း) | <input type="checkbox"/> Graduate or professional degree<br>ဘွဲ့လွန်ပညာ သို့မဟုတ်<br>ပရိုဖက်ရှင်နယ်ဘွဲ့ |
| <input type="checkbox"/> Associate's degree or vocational<br>training<br>တွဲဘက်ဒီဂရီ သို့မဟုတ်<br>အသက်မွေးဝမ်းကြောင်းပညာ  | <input type="checkbox"/> Other: အခြား။ ။  |
|   | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ   |



50. အယင်နှစ်တွင် အခွန်မဆောင်မှီ သင့်မိသားစု ဝင်ငွေ မည်မျှရှိသနည်း။? မည်သည့် အကွက်တွင် သင်ကျရောက်သည်ကို ပြောပြပါ။ (တစ်ခု သာ ရွေးချယ်ပါ။)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Less than \$10,000<br>\$၁၀ ၀၀၀ ထက်နည်း         | <input type="checkbox"/> \$50,000 to \$74,999<br>\$၅၀ ၀၀၀ မှ \$၇၄ ၉ ၉ ၉     |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 to \$14,999<br>\$၁၀ ၀၀၀ မှ \$၁၄ ၉ ၉ ၉ | <input type="checkbox"/> \$75,000 to \$99,999<br>\$၇၅ ၀၀၀ မှ \$၉၉ ၉ ၉ ၉     |
| <input type="checkbox"/> \$15,000 to \$24,999<br>\$၁၅ ၀၀၀ မှ \$၂၄ ၉ ၉ ၉ | <input type="checkbox"/> \$100,000 to \$249,999<br>\$၁၀၀ ၀၀၀ မှ \$၂၄၉ ၉ ၉ ၉ |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 to \$34,999<br>\$၂၅ ၀၀၀ မှ \$၃၄ ၉ ၉ ၉ | <input type="checkbox"/> 250,000 or more<br>\$၂၅၀ ၀၀၀ နှင့် ထိုထက်များ      |
| <input type="checkbox"/> \$35,000 to \$49,999<br>\$၃၅ ၀၀၀ မှ \$၄၉ ၉ ၉ ၉ | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ                 |

51. ဤဝင်ငွေအားဖြင့် လူ့ဘယ်နှစ်ယောက်ကို ထောက်ပံ့ထားသနည်း။? (အကယ်၍ သင်သည် မိမိနှင့်အတူ မနေထိုင်သော ကလေးအတွက် ထောက်ပံ့ကြေး ပေးနေရပါက၊ သင့်ဝင်ငွေမှ တစ်စုံတစ်ယောက်သည် ထောက်ပံ့ထားသည်ကို ဆိုလိုသည်။)\_\_\_\_\_

52. သင်၏ လက်ရှိအလုပ်အကိုင် အနေအထား မည်ကဲ့သို့ ရှိသနည်း။?(သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံး ကို ရွေးချယ်ပါ။)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Employed full-time<br>အချိန်ပြည့်အလုပ်ခန့်.အပ်ထားသည်                            | <input type="checkbox"/> Disabled<br>မသန်မစွမ်း   |
| <input type="checkbox"/> Employed part-time<br>အချိန်ပိုင်း အလုပ်ခန့်.အပ်ထားသည်                          | <input type="checkbox"/> Student<br>ကျောင်းသူ/သား   |
| <input type="checkbox"/> Retired<br>ပင်စင်ယူထားသည်   | <input type="checkbox"/> Stay-at-home parent/spouse<br>အိမ်ထောင်သည်<br>မိဘ/မယား(ခင်ပွန်း) |
| <input type="checkbox"/> Armed forces<br>စစ်မှူးထမ်းနေသည်  | <input type="checkbox"/> Self-employed<br>ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်ကိုင်                     |
| <input type="checkbox"/> Unemployed for more than 1 year<br>၁ နှစ်ကျော် အလုပ်လက်မဲ့                      | <input type="checkbox"/> Prefer not to say<br>မဖြေကြားလိုပါ                               |
| <input type="checkbox"/> Unemployed for 1 year or less<br>၁ နှစ် သို့.မဟုတ် ၁ နှစ်ထက်နည်း<br>အလုပ်လက်မဲ့ |   |

**ဖတ်ရှုရန်။ ။ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မေးခွန်းများကို ဖြေဆိုရန် သင်အချိန်ပေးသည့်အတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ကျွန်တော်တို့ ကောင်တီတွင် ဖြစ်ပျက်လျက်ရှိသော အဓိက ကျန်းမာရေးနှင့် ရပ်ကွက်တွင်း ပြဿနာများကို အသိအမှတ်ပြုပြီး ဖြေရှင်းရာတွင် အောရိန်းကောင်တီ ကျန်းမာရေးဌာနသည် စစ်တမ်း၏ ရလဒ်များကို အကူအညီယူကာ အသုံးပြုပါမည်။ ဤရလဒ်များ**

၂၀၁၉ အောရိန်းကောင်တီ ရပ်ကွက်တွင်း ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံယူချက် စစ်တမ်း

ရရှိပြီးသောအခါ အဓိက အရေးကြီးသော အကြောင်းအရာတို့ကို မှတ်သားခြင်းနှင့် ကောင်တီ၏ အရေးကြီးဆုံး ပြဿနာကို ဆုံးဖြတ်ချက်ချရန် ရပ်ကွက်တွင်း အလုပ်ရုံဆွေးနွေးပွဲများ ကျင်းပမည်ဖြစ်ပြီး၊ ထိုဆွေးနွေးပွဲသို့ သင့်အားဖိတ်ခေါ်ပါမည်။

53. ဤကဲ့သို့ အလုပ်ရုံဆွေးနွေးပွဲအား လုပ်ဆောင်ဖြစ်ခဲ့မည်ဆိုပါက သင့်အား ဆက်သွယ်စေလိုပါသနည်း။?

- Yes  
ဆက်သွယ်စေလိုပါသည်။
- No  
ဆက်သွယ်ရန် မလိုလားပါ။
- Prefer not to say  
မဖြေကြားလိုပါ။

**ADMIN ONLY**

**Follow Up (in response to question 53)**

Phone Number:

\_\_\_\_\_

Email:

\_\_\_\_\_