

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

हामी को हौं: स्वास्थ्य सहयोगी भनेको साझेदारहरूको एउटा समूह हो, जसले ग्रेटर सिन्सिनाटी क्षेत्रका लागि असाधारण स्वास्थ्यको दृष्टिकोणलाई महसुस गर्न सँगसँगै मिलेर काम गरिरहेको छ। हामी सबैजनालाई गुणस्तरीय, सस्तो र पहुँचयोग्य स्वास्थ्य सेवामा पहुँच छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न प्रतिबद्ध रहेका छौं।
यस परियोजनाको उद्देश्य: अझ स्वस्थ समुदाय बन्न के आवश्यक छ भनेर बुझ्न।

तपाईंलाई के सोधिएको छ: यस समुदायको हिस्साको रूपमा, तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्यको बारेमा एउटा सर्वेक्षण पूरा गर्न भनिएको छ।

तपाईंलाई सर्वेक्षणमा के-के कुरा सोधिनेछ: सर्वेक्षणले तपाईंको स्वास्थ्यको बारेमा आधारभूत प्रश्नहरू, के कुराले स्वस्थ बन्न सजिलो वा गाह्रो बनाउँदछ र हाम्रो समुदायले तपाईंको स्वास्थ्यलाई कसरी सहयोग गरिरहेको छ भनेर सोधिनेछ।

यो सर्वेक्षण नाम नखुलाई अज्ञात रूपमा गरिनेछ (तपाईंको पहिचान कसैलाई थाहा हुँदैन) र तपाईंका जवाफहरू अरुलाई बताइदैन।

यो सर्वेक्षणको अन्त्यमा, तपाईंलाई **\$100 अमेजन गिफ्ट कार्डको लागि चिट्ठा मा सहभागी हुने अवसरको लागि छुट्टै पृष्ठमा लिंक गराइनेछ।** त्यहाँ दुईवटा चिट्ठा हुनेछन् त्यसैले तपाईंले दुईवटा जित्ने मौका पाउनुहुनेछ। चिट्ठामा सहभागी हुनको लागि, तपाईंलाई आफ्नो नाम र फोन नम्बर वा इमेल ठेगाना सोधिनेछ। **तपाईंको चिट्ठाको इन्ट्री तपाईंको**

सर्वेक्षणसँग मेल खान सक्दैन।

सहयोग वा प्रश्नहरूको लागि कसलाई सम्पर्क गर्ने: Measurement Resources Company ले यो सर्वेक्षण गरिरहेको छ। यदि तपाईंसँग केहि प्रश्नहरू छन् वा सर्वेक्षणको लागि सहायता चाहनुहुन्छ भने, कृपया एलिजाबेथ पेफर्डलाई 614-947-8899 मा सम्पर्क गर्नुहोस्, वा epafford@measurementresourcesco.com मा इमेल पठाउनुहोस् ।

तपाईं कुन काउन्टीमा बस्नुहुन्छ?

IN-डियरबर्न
IN-फ्राङ्कलिन
IN-ओहियो
IN-यूनियन
KY-बून
KY-क्याम्पबेल
KY-ग्रान्ट
KY-केन्टन
OH-एड्याम्स
OH-अगलेज
OH-ब्राउन
OH-बटलर
OH-श्याम्पेन

OH-क्लार्क
OH-क्लेरमण्ट
OH-क्लिनटन
OH-ड्रेक
OH-ग्रीन
OH-ह्यामिल्टन
OH-हाइल्याण्ड
OH-मायामी
OH-मोन्टगोमेरी
OH-प्रेबल
OH-शेल्बी
OH-वारेन
यी कुनै पनि होइन

तपाईंको बारेमा

हाम्रो समुदायका सबै व्यक्तिहरूको स्वास्थ्य र स्वास्थ्य सम्बन्धी अनुभवहरूको बारेमा जान्नको लागि, हामी तपाईंको केही आधारभूत जानकारी बुझ्न चाहन्छौं।

1. तपाईंको जन्म कुन सालमा भएको थियो?
2. तपाईंको जाति/जातीयता के हो? (लागू हुने सबै छनौट गर्नुहोस्)
 - अमेरिकी भारतीय वा अलास्काको मूल निवासी
 - एशियाली
 - बल्याक वा अफ्रिकी अमेरिकी
 - हिस्पेनिक, ल्याटिनो/a/x, वा स्पेनी मूल
 - मूल हवाईयन वा अन्य प्यासिफिक आइल्याण्डर
 - व्हाइट वा ककसियन
 - बंताउन अस्वीकार गर्दछु
 - अर्को जाति (कृपया खुलाउनुहोस्)
3. तपाईंको जन्म प्रमाणपत्रमा तपाईंको लिङ्ग के रहेको छ? (तपाईं सर्वेक्षणमा पछि आफ्नो अहिलेको लिङ्ग पहिचान खुलाउन सक्नुहुनेछ)
 - पुरुष
 - महिला
 - इन्टरसेक्स
 - बंताउन अस्वीकार गर्दछु
4. तपाईंसँग कस्तो प्रकारको स्वास्थ्य बीमा वा सहायता रहेको छ? (चिन्ह लगाउनुहोस्)
 - कुनै बीमा/सहायता छैन
 - निजी स्वास्थ्य बीमा (तपाईंको जागिर वा अरु कसैको जागिरबाट)
 - Healthcare.gov बीमा (ACA, ओबामाकेयर, वा बजारको बीमाको रूपमा पनि चिनिन्छ)
 - मेडिकेयर
 - मेडिकेड
 - भेटरन्स एडमिनिस्ट्रेसन (Veterans Administration, VA) सुविधाहरू
 - अशक्तता बीमा
 - COBRA (कोब्रा)
 - बंताउन अस्वीकार गर्दछु
 - अन्य, कृपया खुलाउनुहोस्: _____
5. तपाईं कुन जीप कोडमा बसुहुन्छ?

स्वास्थ्य अवस्था तथा पहुँच

यो खण्ड तपाईंको स्वास्थ्य र स्वास्थ्य सेवाको बारेमा रहेको छ।

6. तल तपाईंको समुदायमा भएको स्वास्थ्य स्थितिको सूची छ। पछिल्लो 12 महिनामा, (अप्रिल 2020 देखि COVID-19 ले हामीलाई प्रभाव गरेको समयमा) के तपाईंलाई (परिवारका सदस्यहरूलाई होइन) यी स्वास्थ्य अवस्थाहरूमध्ये कुनैको लागि उपचार चाहिएको छ र/वा उपचार गराउनुभएको छ? कृपया

तपाईंको लागि उपयुक्त विकल्प छनौट गर्नुहोस्।	मलाई यस्तो भएको थियो तर उपचारको आवश्यकता प	मलाई यस्तो भएको थियो र उपचारको आवश्यकता भयो तर गएको वर्षमा	गएको वर्षमा यसको लागि मैले उपचार	
a. अल्जाइमर	1	2	3	4
b. बाथ (ओस्टियोआर्थराइटिस) वा ओस्टियोपोरोसिस	1	2	3	4
c. रगतको समस्याहरू	1	2	3	4
d. क्यान्सर	1	2	3	4
e. अवस्थाहरू जस्तै उच्च रक्तचाप, उच्च कोलेस्ट्रॉल, कोरोनरी धमनी रोग, स्ट्रोक, हृदयघात, वा अन्य यस्तै अवस्था, वा अन्य मुटुसम्बन्धि रोग।	1	2	3	4
f. COVID-19	1	2	3	4
g. फोक्सोको स्वास्थ्य अवस्थाहरू (जस्तै, दम, दिर्घ अवरोधात्मक पल्मोनरी रोग [COPD], एम्फाइसेमा, क्रोनिक ब्रोन्काइटिस, वा अन्य त्यस्तै अवस्थाहरू)	1	2	3	4
h. मधुमेह टाइप 1 वा 2	1	2	3	4
i. एचआईभी/एड्स	1	2	3	4
j. GI समस्याहरू				
k. STI वा STD (एचआईभी/एड्स बाहेक)	1	2	3	4
l. गर्भावस्था/जन्मपूर्वको बच्चाको हेरचाह	1	2	3	4
m. गर्भवती हुँदा वा जन्मपछिको एक वर्षमा हुने मातृत्वसम्बन्धि स्वास्थ्य समस्या (जस्तै, गर्भावस्था जटिलता, गम्भीर रक्तस्राव, उच्च रक्तचाप, प्रसवपछिको डिप्रेसन, कार्डियोमायोप्याथी)	1	2	3	4
n. मानसिक स्वास्थ्य (जस्तै, चिन्ता, डिप्रेसन, आदि)				
o. स्नायु सम्बन्धी समस्याहरू	1	2	3	4
p. मनोवैज्ञानिक समस्या	1	2	3	4

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

	मलाई गएको वर्ष यस्तो भएको थिएन	मलाई यस्तो भएको थियो तर उपचारको आवश्यकता प	मलाई यस्तो भएको थियो र उपचारको आवश्यकता भयो तर गएको वर्षमा	गएको वर्षमा यसको लागि मैले उपचार गरें
q. मदिरा वा अन्य लागूपदार्थको कुलत	1	2	3	4
r. आफैलाई हानि गर्ने कुनै विचार वा योजनाहरू	1	2	3	4
s. केहि प्रकारको दुर्घटनाबाट भएको चोटपटक (उदाहरण: कार दुर्घटना, खेतीको उपकरण दुर्घटना, जनावरले टोकेको, अनावश्यक विषाक्तता, आदि)।	1	2	3	4

7. तपाईंलाई अरु कुन स्वास्थ्य अवस्थाहरू रहेको छ र तपाईंलाई उपचार चाहिन्छ तर बितेको 12 महिनामा

उपचार गरिएन? (कृपया लागू हुने सबै चिन्ह लगाउनुहोस्।)

- अटोइम्यून रोग (रोग प्रसिरोधात्मक क्षमता सम्बन्धी) (उदाहरण, लुपस, रुमेटोइड बाथ, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, आदि)
- एलर्जी
- दन्तसम्बन्धि समस्या (जस्तै, गिँजाको रोग, दाँत खिइनु, क्याभिटी, कृत्रिम दाँत)
- आँखाको दृष्टिसम्बन्धि समस्या (जस्तै, चश्मा लगाउने, दृष्टि परिवर्तन, आँखाको शल्यक्रिया, मोतिबिन्दु)
- माइग्रेन
- क््यानसरबाहेक अन्य पुरुषको प्रजनन स्वास्थ्य समस्या
- क््यानसरबाहेक अन्य महिलाको प्रजनन स्वास्थ्य समस्या
- अन्य (कृपया खुलाउनुहोस्):
- कुनै पनि होईन

8. के, यदि कुनै छ भने, तपाईंको बच्चालाई स्वास्थ्य अवस्थाले गर्दा उपचारको आवश्यकता छ तर गएको

12 महिनामा उपचार गराएको छैन? (कृपया लागू हुने सबै चिन्ह लगाउनुहोस्।)

- शारीरिक स्वास्थ्य सेवा
- मानसिक स्वास्थ्य सेवा
- स्वस्थ बच्चाको परीक्षण (वार्षिक जाँच)
- शिशु स्वास्थ्य समस्या (जस्तै, जन्म दोष, जन्मने बेला पहिला नै जन्मनु, कम तौलको जन्मनु)
- अन्य (कृपया खुलाउनुहोस्):
- बताउन अस्वीकार गर्दछु
- कुनै पनि होईन
- लागू हुँदैन

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

9. बितेको 12 महिनामा (अप्रिल 2020 देखि COVID-19 ले हाम्रो समुदायलाई आक्रमण गर्दा), तपाईं कतिको...

	कहिल्यै पनि	कमै पटक	कहिलेकाँही	प्रायः	सँधै	लागू हुँदैन
a. प्रेस्क्रिप्सन वा आवश्यक औषधिहरू बिना रहनुभयो?	1	2	3	4	5	0
b. स्वास्थ्य समस्याको लागि डाक्टरले सिफारिश गरेको परीक्षणबिना रहनुभयो?	1	2	3	4	5	0
c. स्वास्थ्य समस्याको लागि डाक्टरले सिफारिश गरेको उपचारबिना रहनुभयो?	1	2	3	4	5	0
d. स्वास्थ्य समस्याको लागि डाक्टरलाई देखाउन छोड्नुभयो?	1	2	3	4	5	0

10. COVID-19 भन्दा 12 महिना अगाडि फर्कने सोच्दै, तपाईं कतिको...

	कहिल्यै पनि	कमै पटक	कहिलेकाँही	प्रायः	सँधै	लागू हुँदैन
a. प्रिस्क्रिप्सन वा आवश्यक औषधिहरू बिना रहनुभयो?	1	2	3	4	5	0
b. स्वास्थ्य समस्याको लागि सिफारिश गरिएको परीक्षण बिना नै रहनुभयो?	1	2	3	4	5	0
c. स्वास्थ्य समस्याको लागि सिफारिश गरिएको उपचार बिना नै रहनुभयो?	1	2	3	4	5	0
d. स्वास्थ्य समस्याको लागि डाक्टरलाई देखाउन छोड्नुभयो?	1	2	3	4	5	0

11. समयमा, तपाईं स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग (उदाहरणका लागि, डाक्टर, नर्स चिकित्सक, चिकित्सक सहयोगी, चिकित्सक) लाई तपाईंको स्वास्थ्य समस्याको बारेमा कुरा गर्न कतिको सहज महसुस

गर्नुहन्छ? यत्कै सहज महसुस गर्दिन	केही हदसम्म सहज महसुस गर्छु	धेरै सहज महसुस गर्छु (छोडेर 12 मा जानुहोस्)	मैले स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई भेटेको छैन
1	2	3	0

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

12. निम्न मध्ये कुनले तपाईंलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग कुरा गर्न बढी सहज महसुस गराउँछ? (लागू हुने

सबै चिन्ह लगाउनुहोस्)

- तिनीहरू मजस्तो जाति वा सांस्कृतिक पृष्ठभूमिका थिए
- भर्चुअल वा टेलिहेल्थ सेवाहरूभन्दा व्यक्तिगत रूपमा मेरो प्रदायकसँग कुरा गर्न सक्षम हुनु
- मेरो प्रदायकसँग व्यक्तिगत रूपमा भेटेरभन्दा फोन वा कम्प्युटरमा कुरा गर्न सक्षम हुनु
- मेरो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले मेरो कुरा सुन्दै आएको वा मेरो स्वास्थ्य समस्याहरू बुझ्नको जस्तो लाग्छ
- तिनीहरू मजस्तै लिङ्गको थिए
- ती शब्दहरू प्रयोग गर्छन् जून म बुझ्न सक्दछ
- यदि एकजना दोभाषेमार्फत कुराकानी गर्न सजिलो थियो भने (यदि आवश्यक भएमा)
- यदि म मेरो स्वास्थ्य समस्याको बारेमा लाज नमानिकन मेरो प्रदायकसँग कुरा गर्न सक्ने भएमा
- यदि मेरो प्रदायकसँग कुरा गर्दा कोठामा अरु कोही मानिसहरू थिएनन् भने (उदाहरण: परिवार, दोभाषे हेरचाहकर्ता)
- यदि मैले प्रदायकहरूको दिमागमा मेरो धेरै नै रुचि भएमा
- बताउन अस्वीकार गर्दछ
- अन्य (कृपया खुलाउनुहोस्): _____

13. समग्रमा, तपाईं सामान्यतया: आफूले प्राप्त गरेको स्वास्थ्य हेरचाहको गुणस्तरलाई कसरी वर्णन

गर्नुहुन्छ?

नराम्रो	ठीकै	राम्रो	धेरै राम्रो	उत्कृष्ट	लागू हुँदैन
1	2	3	4	5	0

14. तपाईं बिरामी हुनुहुँदा वा तपाईंको स्वास्थ्यको बारेमा समस्या भएमा, तपाईं प्रायः मद्दतको लागि कहाँ

जानुहुन्छ? (एउटा मात्रै छनौट गर्नुहोस्)

- सल्लाहका लागि आध्यात्मिक वा सांस्कृतिक अगुवालालाई सोध्नुहोस्
- हटलाइन वा अर्को हेल्प लाइनलाई कल गर्नुहोस्
- प्राथमिक हेरचाह चिकित्सक
- अस्पतालको आपतकालीन विभाग
- निःशुल्क क्लिनिक
- साथी वा परिवारको सदस्य
- स्वास्थ्य सेवा केन्द्र/FQHC (छिमेक स्वास्थ्य हेरचाह केन्द्रहरू)
- फार्मसी
- स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई अनलाइन सर्च गर्नुहोस्
- तपाईंका लक्षणहरूमा जानकारी पाउनको लागि अनलाइन सर्च गर्नुहोस्
- मेरो मेडिकल बीमा प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्
- तत्काल हेरचाह
- वाक-इन क्लिनिक (Minute Clinic)
- मेरो जाने ठाउँ वा व्यक्ति छैन
- बताउन अस्वीकार गर्दछु
- अन्य, कृपया खुलाउनुहोस् _____

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

15. तपाईंले माथि छनौट गर्नुभएको स्थानको बारेमा सोचौं, तपाईं घरबाट त्यहाँ पुग्न प्रायः कति टाढाको

यात्रा गर्नुहुन्छ?

- म यत्रा गर्दिन, म प्रायः भर्चुअल/टेलिहेल्थ सेवाहरू लिन्छु
- मेरो घरबाट 10 मिनेटभन्दा कम
- मेरो घरबाट 10-20 मिनेटभित्र
- मेरो घरको 21 देखि 30 मिनेट भित्रमा
- मेरो घरबाट 30 मिनेटभन्दा बढि
- मसँग स्वास्थ्य हेरचाह छैन/प्राप्त गरेको छैन
- मलाई थाहा छैन
- बेताउन अस्वीकार गर्दछु

16. तपाईं प्रायः मेडिकल "जाँच" वा शारीरिक परीक्षणहरू कसरी प्राप्त गर्नुहुन्छ (मेमोग्राम, प्याप स्मीयर,

कोलोनुस्कोपी, प्रोस्टेट स्क्रिनिङ सहित)?

- एक वर्षमा एक पटकभन्दा बढि
- वर्षमा एक पटक
- प्रत्येक दुई वर्षमा एक पटक
- प्रत्येक तीनदेखि पाँच वर्षमा एक पटक
- प्रत्येक पाँच वर्षभन्दा लामो
- कहिल्यै पनि वा लगभग कहिल्यै पनि गर्दिन
- बेताउन अस्वीकार गर्दछु

स्वास्थ्य सेवामा अवरोधहरू

यो खण्ड तपाईंको समुदायका धेरै मानिसहरूलाई भएको बाधाको बारेमा हो। तपाईंले स्वास्थ्यको लागि हेरचाह वा उपचार खोजिरहन (हेरिरहन) सधैं सोचिरहनुभएको छ वा तपाईंले पाइरहनुभएको (प्राप्त गरिरहनुभएको) छ भने, कृपया तलका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्।

17. समग्रमा, स्वास्थ्य हेरचाह खोजी गर्दा/प्राप्त गर्दा निम्न विवरणहरू तपाईंको लागि कतिको सहि छन्?

	कहिल्यै पनि	कमै पटक	कहिलेकाँही	प्रायः	सँधै	लागू हुँदैन
a. म अपोइन्टमेन्टको समय मिलाउन सकिदिन किनभने तिनीहरू घण्टापछि वा सप्ताहान्तमा उपलब्ध हुँदैनन्।	1	2	3	4	5	0
b. मलाई आफ्नो लागि सही स्वास्थ्य सेवा लिनको लागि कहाँ जाने हो भनेर थाहा छैन।	1	2	3	4	5	0
c. मलाई अपोइन्टमेन्टको फेरी कल गरेर सम्झाउनु पर्ने समस्या रहेको छ।	1	2	3	4	5	0
d. डाक्टरलाई भेट्न मलाई प्रतिका गर्ने वा परीक्षण गर्ने कक्षमा लामो समय पर्खनु पर्छ।	1	2	3	4	5	0

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

	कहिल्यै पनि	कमै पटक	कहिलेकाँही	प्रायः	सँधै	लागू हुँदैन
e. म मेरो लैङ्गिक पहिचान वा यौन झुकावलाई आदर गर्ने डाक्टर/प्रदायक भेट्नु सकिदैन।	1	2	3	4	5	0
f. म मेरो लिङ्ग र/वा पहिचान/यौन झुकावको कारण स्वास्थ्य सेवामा विभेदको अनुभव गर्दछु।	1	2	3	4	5	0

18. समयमा, स्वास्थ्य हेरचाह खोजी गर्दा/प्राप्त गर्दा निम्न विवरणहरू तपाईंको लागि कतिको सहि छन्?

	कहिल्यै पनि	कमै पटक	कहिलेकाँही	प्रायः	सँधै	लागू हुँदैन
a. म मेरो भाषा बोल्ने/प्रयोग गर्ने वा अनुवाद सेवाहरू उपलब्ध गराउने डाक्टर/प्रदायक भेट्नु सकिदैन।	1	2	3	4	5	0
b. म मेरो संस्कृतिलाई बुझ्ने/आदर गर्ने डाक्टर/प्रदायकलाई भेट्न सकिदैन।	1	2	3	4	5	0
c. म मेरो जाति र/वा संस्कृतिको कारण स्वास्थ्य सेवामा विभेदको अनुभव गर्दछु।	1	2	3	4	5	0
d. म डाक्टरलाई देखाउँदा आर्थिक हिसाबले सक्षम छैन।	1	2	3	4	5	0
e. म मेरो औषधि(हरू) किनेर खान आर्थिक हिसाबले सक्षम छैन।	1	2	3	4	5	0
f. डाक्टर/स्वास्थ्य हेरचाह अपोइन्टमेन्टहरूको लागि मसँग टेलिफोन छैन।	1	2	3	4	5	0
g. टेलिहेल्थ सेवाहरू गर्न मसँग एक भरपर्दो कम्प्युटर वा इन्टरनेट छैन।	1	2	3	4	5	0

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

19. समग्रमा, स्वास्थ्य हेरचाह खोजी गर्दा/प्राप्त गर्दा निम्न विवरणहरू तपाईंको लागि कतिको सहि छन्?

	कहिल्यै पनि	कमै पटक	कहिलेकाँही	प्रायः	सधैँ	लागू हुँदैन
a. मलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्थानमा जान असुरक्षित लागेको छ किनभने मलाई COVID-19 लाग्न सक्ने डर छ।	1	2	3	4	5	0
b. मलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्थान/वरपर असुरक्षित महसुस हुन्छ।	1	2	3	4	5	0
c. म स्वास्थ्य सेवा पाउँदिन किनभने मलाई यसले मेरो स्वास्थ्यको बारेमा के भन्नेछ भन्ने डर छ।	1	2	3	4	5	0
d. म स्वास्थ्य सेवा पाउँदिन किनभने म मेरा साथी, परिवार, वा समुदायले मेरो बारेमा के सोच्दछन् भनेर डराउँछु।	1	2	3	4	5	0
e. म स्वास्थ्य सेवा पाउँदिन किनभने मलाई स्वास्थ्यकर्मीहरूले मेरो बारे धारणा बनाउँछन् कि भन्ने डर छ।	1	2	3	4	5	0
f. मैले स्वास्थ्य सेवा लिन छोडे किनभने मलाई मेरा लक्षणहरू आफैँ सुधार हुन्छन् भन्ने लाग्दछ।	1	2	3	4	5	0
g. म स्वास्थ्य सेवा पाउँदिन किनभने मलाई स्वास्थ्य सेवा प्रणालीबारे मेरो दिमागमा राम्रो छाप छ जस्तो लाग्दैन।	1	2	3	4	5	0

सामुदायिक स्वास्थ्यका कारकहरू

20. तल स्वास्थ्यलाई असर गर्न सक्ने अवस्थाहरूको सूची रहेको छ। कुन हदसम्म तपाईं आफ्नो परिवार वा समुदायमा निम्न कुराहरूको अनुभव गर्नुहुन्छ?

	धेरै कम हद	सानो हद	केहि हद	एकदमै धेरै हद	धेरै नै बढि हद	मलाई थाहा छैन/लागू
छिमेकमा हिंसा	1	2	3	4	5	0
असुरक्षित कार्यस्थल (खतरनाक वा चोटपटकको खतरा)	1	2	3	4	5	0
स्थिर इन्टरनेट जडान	1	2	3	4	5	0
स्थिर फोन जडान	1	2	3	4	5	0
सफा पिउने पानीमा पहुँच (सिसा र अन्य खराब सामग्रीहरूबाट मुक्त)	1	2	3	4	5	0
सफा हावा (खराब रसायनबाट मुक्त)	1	2	3	4	5	0
हिड्ने दूरी भित्र पार्कहरू	1	2	3	4	5	0

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

	धेरै कम हद	सानो हद	केहि हद	एकदमै धेरै हद	धेरै नै बढि हद	मलाई थाहा छैन/ लागु
गुणस्तरीय बाल हेरचाहमा पहुँच	1	2	3	4	5	0
गुणस्तरीय विद्यालयहरूबाट नजिकको दूरी	1	2	3	4	5	0

21. तल स्वास्थ्यलाई असर गर्न सक्ने कारक तत्वहरूको सूची रहेको छ। तपाईं तपाईंयी कारक

तत्वहरूको अनुभव गर्नुहुन्छ? तपाईं कतिको गर्नुहुन्छ....	कहिल्यै पनि वा लगभग कहिल्यै	कमै पटक	कहिलेकाँही	प्रायः	सधैं वा लगभग सधैं	मलाई थाहा छैन/ लागु नहुने
के भरपर्दो यातायातको साधन छ?	1	2	3	4	5	0
के खानको लागि पर्याप्त खानेकुरा रहेको छ?	1	2	3	4	5	0
के तपाईंको बिलहरू तिर्न पर्याप्त पैसा छ?	1	2	3	4	5	0
के सुरक्षित र स्थिर आवास छ?	1	2	3	4	5	0
के स्वास्थ्य समस्याको बारेमा कुरा गर्न परिवार वा साथीहरू छन्?	1	2	3	4	5	0
अन्य गम्भीर समस्याहरूको बारेमा कुरा गर्न कोही व्यक्ति छ?	1	2	3	4	5	0
कसैले हप्की दप्की गरेको छ (पहिला वा अहिले)?	1	2	3	4	5	0
तपाईंको समुदायसँग जोडिएको महसुस गर्नुहुन्छ?	1	2	3	4	5	0

अन्य स्वास्थ्यका कारक तत्वहरू

तल स्वास्थ्यलाई असर गर्न सक्ने अन्य कारकहरूको सूची रहेको छ। कृपया तपाईंलाई प्रत्येक प्रश्नको लागि एकदमै राम्रो वर्णन गर्ने विकल्प छनौट गर्नुहोस्।

22. धेरै हप्ताहरू, तपाईं 30 मिनेट वा सोभन्दा लामो शारीरिक क्रियाकलाप कति पटक गर्नुहुन्छ?

- प्रति हप्ता 1 दिनभन्दा कम
- 1 दिन प्रति हप्ता
- 2 दिन प्रति हप्ता
- 3 दिन प्रति हप्ता
- 4 दिन प्रति हप्ता
- 5 वा सोभन्दा बढि दिन प्रति हप्ता
- बताउन अस्वीकार गर्दछु

23. के तपाईं आजभोली धुम्रपान गर्नुहुन्छ?
छ
छैन
बताउन अस्वीकार गर्दछु
24. के तपाईं हालै विद्युतीय चुरोट (ई-सिगरेट)/बाफ भएको सामाग्रीहरू प्रयोग गर्नुहुन्छ?
○ छ
○ छैन
○ बताउन अस्वीकार गर्दछु
25. गएको महिनाको अवधिमा तपाईं कति पटक 5 वा बढी मादक पदार्थ (एक महिलाको लागि 4 वा सोभन्दा बढी मादक पदार्थ) खानुहुन्छ?
○ कहिल्यै पनि हुँदैन
○ एक महिनामा एक पटकभन्दा कम
○ एक महिनामा एक वा दुई पटक
○ हप्तामा एक पटकभन्दा कम
○ हप्तामा एक वा दुई पटक
○ हप्तामा 3 देखि 6 दिन
○ दैनिक वा लगभग दैनिक
○ बताउन अस्वीकार गर्दछु
26. के तपाईंलाई उच्च रक्तचाप छ?
○ छ
○ छैन
○ पक्का छैन
○ बताउन अस्वीकार गर्दछु
27. के तपाईंको उच्च कोलेस्टरोल छ?
○ छ
○ छैन
○ पक्का छैन
○ बताउन अस्वीकार गर्दछु
28. स्वस्थ खाना खानको लागि तपाईंको समय बानीलाई कसरी रेटिड गर्नुहुन्छ (उदाहरणका लागि फलफूल, तरकारी, अन्न, दुग्ध, स्वस्थ शरीर बनाउने कुखुरा, माछा र अण्डाहरू)?
○ नराम्रो
○ ठीकै
○ राम्रो
○ धेरै राम्रो
○ उत्कृष्ट
○ बताउन अस्वीकार गर्दछु

29. निम्न मध्ये कुनले तपाईंको शरीरको तौललाई राम्रोसँग वर्णन गर्दछ?

- कम तौल
- सामान्य तौल
- धेरै तौल
- मोटोपना
- पक्का छैन
- बताउन अस्वीकार गर्दछु

अतिरिक्त जनसांख्यिकी

हामीलाई हाम्रो समुदायको स्वास्थ्य आवश्यकता र अनुभवहरूमा फरक कुरा जान्न मद्दत गर्नको लागि, कृपया आफ्नो बारेमा तलका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्।

30. तपाईं आफूलाई निम्नमध्ये कुन कुरा सोच्नुहुन्छ:

- पुरुष
- महिला
- तेस्रो लिङ्गी पुरुष/तेस्रो लिङ्गी पुरुष/महिला-देखि-पुरुष (female-to-male, FTM)
- तेस्रो लिङ्गी महिला/तेस्रो लिङ्गी महिला/पुरुष-देखि-महिला (male-to-female, MTF)
- एजेन्डर
- जेन्डरक्वीर/ जेन्डर फ्लूड/ नन-बाइनरी/ लिङ्ग पुष्टि नभएको न त पुरुष र न महिला
- दुई-आत्मा भएको व्यक्ति
- बताउन अस्वीकार गर्दछु
- अतिरिक्त लिङ्गको श्रेणी (कृपया खुलाउनुहोस्): _____

31. के तपाईंले कहिल्यै अमेरिकी सशस्त्र बल, सैन्य आरक्षण, वा नेशनल गार्डको सक्रिय ड्युटीमा सेवा

गर्नुभएको छ?

- हो, म अहिलेको सेवा सदस्य हुँ
- हो, म भेटेरन हुँ
- होइन, म हालको सेवा सदस्य वा भेटेरन होइन
- बताउन अस्वीकार गर्दछु

32. के तपाईं वा तपाईंको परिवारको कसैलाई पक्राउ गरिएको छ वा झ्यालखानामा गएको छ?

- छ
- छैन
- बताउन अस्वीकार गर्दछु

33. निम्न मध्ये कुनले तपाईंको रोजगार अवस्थाको वर्णन गर्दछ?

- रोजगार भएको/स्व-रोजगार, पूर्ण समय काम गर्दै गरेको
- रोजगार भएको/स्व-रोजगारदाता, आंशिक समय काम गर्दै गरेको
- रोजगार नभएको, काम खोज्दै गरेको
- रोजगार नभएको, काम खोजिरहेको छैन
- सेवानिवृत्त
- शारीरिक रूपमा अशक्त भएको, काम गर्न सक्षम नभएको
- बताउन अस्वीकार गर्दछु

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

34. तपाईंको अंग्रेजी क्षमता के हो?

- म अंग्रेजी धेरै राम्रो बोल्छु (धाराप्रवाह)
- म थोरै अंग्रेजी बोल्छु (सीमित)
- म अंग्रेजी बोल्दिन (केही पनि बोल्दिन)
- बताउन अस्वीकार गर्दछु

35. तपाईंको परिवारले (घरमा जम्मा भएका सबै कमाई गर्ने व्यक्तिहरू) वार्षिक आमदानीले कति कमाउँछ?

- \$25,000 भन्दा कम
- \$ 25,000 देखि \$34,999
- \$35,000 देखि \$49,999
- \$ 50,000 देखि \$74,999
- \$ 75,000 र माथि
- पक्का छैन/मलाई थाहा छैन
- बताउन अस्वीकार गर्दछु

36. तपाईंले उच्च शिक्षा हासिल गर्नुभएको स्तर के हो?

- हाई स्कुलभन्दा कम
- केही हाई स्कुल
- हाई स्कुल डिप्लोमा/GED
- केही कलेज वा एसोसिएट डिग्री
- स्नातक डिग्री
- स्नातक डिग्री वा सोभन्दा माथि
- बताउन अस्वीकार गर्दछु

37. के तपाईं आफैलाई यस्तो लाग्छ:

- सामान्य(स्ट्रेट) वा विपरित लिङ्गीसँग यौन सम्बन्ध राख्ने
- समलिङ्गी वा समलिङ्गी महिला
- समलिङ्गी पुरुष
- अन्य पुरुषहरूसँग यौन सम्बन्ध राख्ने पुरुष (MSM)
- द्विलिङ्गी
- अलैङ्गिक
- रोमान्टिक नहुने
- क्वीर, प्यानसेक्सुअल, र/वा प्रश्न गर्ने
- थाहा छैन
- बताउन अस्वीकार गर्दछु
- केही अरु (कृपया खुलाउनुहोस्): _____

38. प्रत्येक उमेर समूहका कति व्यक्ति तपाईंको परिवारमा बस्छन् (आफूसहित)?

- # 5 वर्षभन्दा कम उमेरका _____
- # 5 देखि 17 वर्ष उमेर भएको (बच्चाहरू) _____
- # 18 देखि 64 वर्ष उमेर भएको (वयस्क) _____
- # 65 र सोभन्दा माथिको उमेर भएका (जेष्ठ नागरिक) _____
- बताउन अस्वीकार गर्दछु

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

39. के तपाईं पालनपोषण हेरचाह गर्ने आमाबुवा हुनुहुन्छ वा तपाईंको परिवारमा पालनपोषण गर्ने युवाहरू छन्?
छ
छैन
बताउन अस्वीकार गर्दछु
40. के तपाईं स्वास्थ्य अवस्था नराम्रो भएको वा शारीरिक अशक्तता भएको परिवारको सदस्य वा साथीको हेरचाह गर्नुहुन्छ?
○ गछु, र हेरचाह प्राप्तकर्ता 18 वर्ष **भन्दा माथिको** उमेरको छ
○ हो, र हेरविचार प्राप्तकर्ता 18 वर्ष **भन्दा कम** उमेरको छ
○ छैन
○ बताउन अस्वीकार गर्दछु
41. के तपाईंको तलका कुनै पनि शारीरिक अशक्तताहरू छन्? (लागू हुने सबै चिन्ह लगाउनुहोस्)
 मेरो शारीरिक अशक्तता छैन
 दीर्घकालीन स्वास्थ्य समस्या भएको अवस्था
 डिमेन्सिया
 बढ्दै गएको शारीरिक अशक्तता
 हेर्न कठिनाई भएको
 सुन्ने कठिनाई वा बुझ्ने गरेर बोल्ने
 शारीरिक अशक्तता सिक्दै
 अन्य सञ्चार अक्षमता
 अन्य मानसिक / संज्ञानात्मक (उदाहरणका लागि, मानसिक मस्तिष्कमा चोट)
 अन्य शारीरिक अशक्तता
 शारीरिक / हिँडडुलमा अक्षमता
 बताउन अस्वीकार गर्दछु

सामुदायिक सर्वेक्षण चिट्ठा इन्ट्री

यो जानकारी चिट्ठाको लागि मात्रै प्रयोग हुनेछ र Measurement Resources Company बाहिरका कसैले यसलाई देख्दैनन्।

यो जानकारी तपाईंको सर्वेक्षण प्रतिक्रियाहरूमा जोडिएको छैन।

जुन 15 तारीखमा दुई नामहरू नछानिकन अनियमित रूपमा छनौट हुनेछ।

यदि तपाईंको नाम लेखिएको छ भने, तपाईंलाई सम्पर्क गरिनेछ।

के तपाईं दुई \$ 100 अमेजन उपहार कार्डमध्ये एउटाको लागि चिट्ठामा सामेल हुन चाहनुहुन्छ?

- हो (कृपया चिट्ठा इन्ट्री पूरा गर्न अर्को पृष्ठमा जानुहोस्)
- होइन (धन्यवाद। तपाईंको सर्वेक्षण पूरा भयो।)

स्वास्थ्य सहयोगीको सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्याङ्कन

चिट्ठा इन्ट्री (सर्वेक्षणबाट अलग गर्नुहोस्)

तपाईंको नाम:

तपाईंको इमेल ठेगाना:

तपाईंको फोन नम्बर: