

Stigma and Discrimination Reduction Program Participant Questionnaire (Khmer)

Name of Program _____ County Name _____ Date _____

**កម្មវិធីកាត់បន្ថយការរើសអើង និងការមាក់ងាយ
តារាងសំណួរសម្រាប់អ្នកចូលរួម**

សូមអរគុណចំពោះការចំណាយពេលវេលាដ៏យូរយ៉ាងកែលម្អកម្មវិធីរបស់យើង។ ការស្ទង់មតិនេះគឺអនាមិក និងស្ម័គ្រចិត្ត ចំពោះគោលបំណងនៃការស្ទង់មតិនេះ
"បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត" សំដៅទៅលើស្ថានភាពដែលប៉ះពាល់ដល់ការគិត មនោសញ្ចេតនា ឬអារម្មណ៍របស់មនុស្សដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពបុគ្គលក្នុង
ការទាក់ទងនឹងអ្នកដទៃនិងមុខងារប្រចាំថ្ងៃ។ សូមជ្រើសរើសប្រអប់ ដែលបង្ហាញពីអារម្មណ៍ដែលអ្នកមានចំពោះបទពិសោធន៍របស់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីនេះ។

	យល់ស្រប ទាំងស្រុង	យល់ស្រប	មិនយល់ ស្រប និង អត់យល់ ស្រប	មិនយល់ ស្រប	មិនយល់ ស្រប ទាំងស្រុង	មិនអាចអនុវត្ត
ជាលទ្ធផលផ្ទាល់កម្មវិធីនេះ ខ្ញុំមានបំណងបន្ថែមទៀត						
រស់នៅជិតទៅនរណាម្នាក់ដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត						
ទំនាក់ទំនងសង្គមជាមួយអ្នកដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត						
ចាប់ផ្តើមធ្វើការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយការងារជាមួយអ្នកដែលមាន បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត						
ចាត់វិធានការដើម្បីទប់ស្កាត់ការរើសអើងចំពោះអ្នកដែលមានបញ្ហា សុខភាពផ្លូវចិត្ត						
យ៉ាងសកម្ម និងចេះយោគយល់ដល់អ្នកដទៃដែលមានទុក្ខព្រួយ។						
ស្វែងរកការគាំទ្រពីអ្នកជំនាញសុខភាពផ្លូវចិត្ត ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថាខ្ញុំ ត្រូវការវា។						
និយាយជាមួយមិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំជួប ប្រទះបញ្ហាផ្លូវចិត្ត។						

	យល់ស្រប ទាំងស្រុង	យល់ស្រប	មិនយល់ ស្រប និង អត់យល់ ស្រប	មិនយល់ ស្រប	មិនយល់ ស្រប ទាំងស្រុង	មិនអាចអនុវត្ត
ជាលទ្ធផលផ្ទាល់នៃកម្មវិធីនេះ ខ្ញុំនឹងអាចជឿថែមទៀត						
អ្នកដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តមានភាពខុសប្លែកគ្នា បើប្រៀប ធៀបទៅនឹងអ្នកដទៃ។						
អ្នកដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តគឺស្ថិតនៅចំពោះបញ្ហារបស់ពួក គេ។						
អ្នកដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តអាចជាសះស្បើយបាន។						
អ្នកដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តអាចរួមចំណែកដល់សង្គម						
អ្នកដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តត្រូវបានគេខកចិត្ត ឬអាណិត។						
អ្នកដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តមានគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នកដទៃ។						
គ្រប់គ្នាអាចមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត						

	យល់ស្រប ទាំងស្រុង	យល់ស្រប	មិនយល់ ស្រប និង អត់យល់ ស្រប	មិនយល់ ស្រប	មិនយល់ ស្រប ទាំងស្រុង
សូមប្រាប់យើងថាតើអ្នកយល់ស្របតាមសេចក្តីថ្លែងខាង ក្រោម					
អ្នកធ្វើបទបង្ហាញបានបង្ហាញចំណេះដឹងអំពីបញ្ហាប្រធានបទ។					
អ្នកធ្វើបទបង្ហាញគោរពវប្បធម៌របស់ខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍៖ ពូជសាសន៍ ពូជអម្បូរ ភេទ សាសនា។ ល។) ។					
ការកម្មវិធីនេះមានទំនាក់ទំនងជាមួយខ្ញុំ និងមនុស្សដទៃទៀត ដែលមានប្រវត្តិ និងបទពិសោធន៍វប្បធម៌ដូចគ្នា (ពូជសាសន៍ ពូជ អម្បូរ យេនឌ័រ សាសនា ជាដើម) ។					

*<https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions>

ព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រ

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ឆ្លើយសំណួរណាមួយ សូមជ្រើសរើស "បដិសេធមិនឆ្លើយ" ឬទុកឱ្យសំណួរឱ្យនៅទេ។

តើអ្វីទៅជាការប្រណាំងរបស់អ្នក? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
ជនជាតិអាមេរិចកណ្តាល ឬដើមកំណើតអាឡាស្កា	
អាស៊ី	
អាមេរិចខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកអាមេរិក	
ហាវ៉ៃកំណើត ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	
ស្បែកស	
ផ្សេងទៀត: _____	
ជនជាតិសាសន៍ច្រើនជាងមួយ	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វីញឹកញាប់ជាងគេនៅផ្ទះ? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
ភាសាអារ៉ាប់	
អាមេនី	
ខ្មែរ	
ចិនកងកុង	
អង់គ្លេស	
ហ្វីលីពីន	
ម៉ុង	
កូរ៉េ	
ចិនកុកដី	
ចិនផ្សេងទៀត	
រុស្ស៊ី	
អេស្ប៉ាញ	
តាហ្គីក	
វៀតណាម	
ភាសាសញ្ញាអាមេរិច	
ផ្សេងៗ: _____	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកមានអត្តសញ្ញាណយេនឌ័របច្ចុប្បន្នអ្វី? (អ្នកអាចគូសជ្រើសរើសប្រអប់លើសពីមួយ)	
ប្រុស	
ស្រី	
អ្នកប្តូរភេទ	
ភេទច្រមុះ	
ដែលសួរ ឬមិនច្បាស់អំពីអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ	
អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រមួយផ្សេងទៀត: _____	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកត្រូវបានដាក់ភេទអ្វីនៅពេលកើត? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
ប្រុស	
ស្រី	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកមាននិទ្ទាសញ្ញាភេទអ្វី? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
ស្រឡាញ់ភេទប្រុសដូចគ្នា ឬស្រឡាញ់ភេទស្រីដូចគ្នា	
ភេទខុសគ្នា	
ឬភេទពីរ	
ដែលសួរ ឬមិនច្បាស់អំពីការគ្រងទ្រង់ទ្រាយភេទ	
ភេទច្រមុះ	
ការគ្រងទ្រង់ទ្រាយភេទមួយផ្សេងទៀត: _____	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកមានជាតិសាសន៍អ្វី? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានជាតិសាសន៍ សូមគូស "ច្រើនជាងមួយជាតិសាសន៍")	
ជនជាតិដើមអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន	
កាហ្វេរៀន	
អាមេរិចកណ្តាល	
ម៉ិកស៊ិក / ម៉ិចស៊ិកូអាមេរិក / ធីកាណូ	
ព័រតូរីកូ	
អាមេរិកខាងត្បូង	
ផ្សេងៗ: _____	
ជនជាតិដើមដែលមិនមែនជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ	
អាហ្វ្រិក	
ឥណ្ឌាអាស៊ី / អាស៊ីខាងត្បូង	
កម្ពុជា	
ចិន	
អឺរ៉ុបខាងកើត	
អឺរ៉ុប	
រ៉ូម៉ានី	
ជប៉ុន	
កូរ៉េ	
មជ្ឈិមបូព៌ា	
វៀតណាម	
ផ្សេងៗ: _____	
ច្រើនជាងមួយជាតិសាសន៍	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកមានអាយុប៉ុន្មាន? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
អាយុ 0-15 (កុមារ / យុវវ័យ)	
អាយុ 16-25 (យុវវ័យអាយុនៃការផ្លាស់ប្តូរ)	
អាយុ 26-59 (មនុស្សពេញវ័យ)	
អាយុ 60 ឆ្នាំ (មនុស្សចាស់)	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកមានពិការភាពដែរឬទេ?*	
បាទ	
ចាស ទេ	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	
ប្រសិនបើបាទ / ចាស តើអ្នកមានពិការភាពប្រភេទណា? (អ្នកអាចគូសជ្រើសរើសប្រអប់លើសពីមួយ)	
ពិការភាពផ្លូវចិត្ត	
ពិការភាពរាងកាយ / ពិការភាពក្នុងការចល័តភ័យ	
ស្ថានភាពសុខភាពរ៉ាំរ៉ៃ (រួមបញ្ចូលទាំងការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ)	
ការលំបាកមើលឃើញ	
ការស្តាប់លំបាក	
ពិការភាពផ្នែកទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀត: _____	
ប្រភេទនៃពិការភាពមួយផ្សេងទៀត: _____	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

* សម្រាប់កម្រងសំណួរនេះ ពិការភាពត្រូវបានកំណត់ថាជាការចុះខ្សោយផ្នែកផ្លូវចិត្ត ឬផ្នែកមុខងាររាងកាយ ដែលមានរយៈពេលលើសពី 6 ខែ និងកម្រិតសកម្មភាពជីវិតសំខាន់ៗ ប៉ុន្តែមិនមែនជាលទ្ធផលនៃជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរនោះទេ។

តើអ្នកជាអតិថិជនឬ? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
បាទ	
ចាស ទេ	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	