

Stigma and Discrimination Reduction Program Participant Questionnaire (Khmer)

Name of training _____ County Name _____ Date _____

**កម្មវិធីកាត់បន្ថយការរើសអើង និងការមាក់ងាយ
តារាងសំណួរសម្រាប់អ្នកចូលរួម**

សូមអរគុណចំពោះការចំណាយពេលវេលាដ៏យូរយ៉ាងតែមួយមួយកម្មវិធីរបស់យើង។ ការស្ទង់មតិទាំងនេះគឺអនាមិក និងស្ម័គ្រចិត្ត។
សូមជ្រើសរើសប្រអប់ ដែលបង្ហាញពីអារម្មណ៍ដែលអ្នកមានចំពោះបទពិសោធន៍របស់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីនេះ។

ជាលទ្ធផលផ្ទាល់នៃវគ្គបណ្តុះបណ្តាលនេះ ខ្ញុំមានបំណងបន្ថែមទៀត	យល់ស្របទាំងស្រុង	យល់ស្រប	មិនយល់ស្រប និងអត់យល់ស្រប	មិនយល់ស្រប	មិនយល់ស្របទាំងស្រុង
រស់នៅជិតទៅនរណាម្នាក់ដែលមានជំងឺរាងកាយច្នៃវិធី					
ទំនាក់ទំនងសង្គមជាមួយអ្នកដែលមានជំងឺរាងកាយច្នៃវិធី					
ចាប់ផ្តើមធ្វើការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយការងារជាមួយអ្នកដែលមានជំងឺរាងកាយច្នៃវិធី					
ចាត់វិធានការដើម្បីទប់ស្កាត់ការរើសអើងចំពោះអ្នកដែលមានជំងឺរាងកាយច្នៃវិធី					
យ៉ាងសកម្ម និងចេះយោគយល់ដល់អ្នកដទៃដែលមានទុក្ខព្រួយ					
ស្វែងរកការគាំទ្រពីអ្នកជំនាញសុខភាពរាងកាយច្នៃវិធី ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថាខ្ញុំត្រូវការវា					
និយាយជាមួយមិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំជួបប្រទះបញ្ហារាងកាយច្នៃវិធី					

ជាលទ្ធផលផ្ទាល់នៃការបណ្តុះបណ្តាលនេះ ខ្ញុំនឹងអាចជឿថែមទៀត	យល់ស្របទាំងស្រុង	យល់ស្រប	មិនយល់ស្រប និងអត់យល់ស្រប	មិនយល់ស្រប	មិនយល់ស្របទាំងស្រុង
អ្នកដែលមានជំងឺរាងកាយច្នៃវិធីមានភាពខុសប្លែកគ្នា បើប្រៀបធៀបទៅនឹងអ្នកដទៃ					
អ្នកដែលមានជំងឺរាងកាយច្នៃវិធីគឺស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពបញ្ហារបស់ពួកគេ					
អ្នកដែលមានជំងឺរាងកាយច្នៃវិធីអាចជាសះស្បើយបាន					
អ្នកដែលមានជំងឺរាងកាយច្នៃវិធីមិនដែលរួមចំណែកច្រើនដល់សង្គមឡើយ					
អ្នកដែលមានជំងឺរាងកាយច្នៃវិធីត្រូវបានគេខកចិត្ត ឬអាណិត					
អ្នកដែលមានជំងឺរាងកាយច្នៃវិធីមានគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នកដទៃ					

សូមប្រាប់យើងថា តើអ្នកយល់ស្របតាមសេចក្តីថ្លែងខាងក្រោម	យល់ស្របទាំងស្រុង	យល់ស្រប	មិនយល់ស្រប និងអត់យល់ស្រប	មិនយល់ស្រប	មិនយល់ស្របទាំងស្រុង
អ្នកធ្វើបទបង្ហាញបានបង្ហាញចំណេះដឹងអំពីបញ្ហាប្រធានបទ					
អ្នកធ្វើបទបង្ហាញគឺគោរពវប្បធម៌របស់ខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍: ពូជសាសន៍ ពូជអម្បូរ ភេទ សាសនា ល។) ។					
ការបណ្តុះបណ្តាលនេះមានទំនាក់ទំនងជាមួយខ្ញុំ និងមនុស្សដទៃទៀតដែលមានប្រវត្តិ និងបទពិសោធន៍វប្បធម៌ដូចគ្នា (ពូជសាសន៍ ពូជអម្បូរ យេនឌ័រ សាសនា ជាដើម) ។					

ព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រ

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ឆ្លើយសំណួរណាមួយ សូមជ្រើសរើស "បដិសេធមិនឆ្លើយ" ឬទុកឱ្យសំណួរឱ្យនៅទេ។

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

តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វីក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
ភាសាអារ៉ាប់	
អាមេនី	
ខ្មែរ	
ចិនកង់តុង	
អង់គ្លេស	
ហ្វីលីពីន	
ម៉ុង	
កូរ៉េ	
ចិនកុកងឺ	
ចិនផ្សេងទៀត	
រុស្ស៊ី	
អេស្ប៉ាញ	
តាហ្គីក	
វៀតណាម	
ភាសាសញ្ញាអាមេរិច	
ផ្សេងៗ: _____	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

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

តើអ្នកត្រូវបានដាក់ភេទអ្វីនៅពេលកើត? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
ប្រុស	
ស្រី	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកមាននិន្ទាការផ្លូវភេទអ្វី? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
ស្រឡាញ់ភេទប្រុសដូចគ្នា ឬស្រឡាញ់ភេទស្រីដូចគ្នា	
ភេទឧសគ្នា	
ឬភេទពីរ	
ដែលសួរ ឬមិនច្បាស់អំពីការគម្របទីសកម្មភេទ	
ភេទចម្រុះ	
ការគម្របទីសកម្មភេទមួយផ្សេងទៀត: _____	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកមានជាតិសាសន៍អ្វី? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានពហុជាតិសាសន៍ សូមគូស "ច្រើនជាងមួយជាតិសាសន៍")	
ជនជាតិដើមអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន	
កាណាដា	
អាមេរិចកណ្តាល	
ម៉ិកស៊ិក / ម៉ិចស៊ិកូអាមេរិក / ជីកាណូ	
ពីរតូរ៉ូ	
អាមេរិកខាងត្បូង	
ផ្សេងៗ: _____	
ជនជាតិដើមដែលមិនមែនជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ	
អាហ្វ្រិក	
កណ្តាលអាស៊ី / អាស៊ីខាងត្បូង	
កម្ពុជា	
ចិន	
អឺរ៉ុបខាងកើត	
អឺរ៉ុប	
រ៉ូប៊ីលីពីន	
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 / ពិការភាពក្នុងការចល័ត	
ស្ថានភាពសុខភាពរ៉ាំរ៉ៃ (រួមបញ្ចូលទាំងការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ)	
ការលំបាកមើលឃើញ	
ការស្តាប់លំបាក	
ពិការភាពផ្នែកទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀត: _____	
ប្រភេទនៃពិការភាពមួយផ្សេងទៀត: _____	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

* សម្រាប់កម្រងសំណួរនេះ ពិការភាពត្រូវបានកំណត់ថាជាការចុះខ្សោយផ្នែកផ្លូវចិត្ត ឬផ្នែកមុខងាររាងកាយ ដែលមានរយៈពេលលើសពី 6 ខែ និងកម្រិតសកម្មភាពជីវិតខាងលើ ប៉ុន្តែមិនមែនជាលទ្ធផលនៃជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរនោះទេ។

តើអ្នកជាអតិថយុទ្ធជនឬ? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
បាទ	
ចាស ទេ	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	