

Suicide Prevention Program Participant Questionnaire (Khmer)

Name of Program _____ County Name _____ Date _____

**កម្មវិធីទប់ស្កាត់ការធ្វើអត្តឃាត
តារាងសំណួរសម្រាប់អ្នកចូលរួម**

សូមអរគុណចំពោះការចំណាយពេលវេលាជួយយើងកែលម្អកម្មវិធីរបស់យើង។ ការស្ទង់មតិទាំងនេះគឺអនាមិក និងស្ម័គ្រចិត្ត។
សូមជ្រើសរើសប្រអប់ ដែលបង្ហាញពីអារម្មណ៍ដែលអ្នកមានចំពោះបទពិសោធន៍របស់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីនេះ។

	យល់ស្រប ទាំងស្រុង	យល់ស្រប	មិនយល់ ស្រប និង អត់យល់ ស្រប	មិនយល់ ស្រប	មិនយល់ ស្រប ទាំងស្រុង	មិនអាច អនុវត្ត
ជាលទ្ធផលផ្ទាល់នៃកម្មវិធី						
ខ្ញុំអាចដឹងពីសញ្ញា រោគសញ្ញា និងហានិភ័យនៃការធ្វើអត្តឃាត។						
ខ្ញុំមានចំណេះដឹងច្រើនអំពីធនធានវិជ្ជាជីវៈ និងមិត្តដែលអាចរកបាន ដើម្បីជួយមនុស្សដែលមានហានិភ័យនៃការធ្វើអត្តឃាត។						
ខ្ញុំមានឆន្ទៈបន្ថែមដើម្បីជួយ និងជួយនរណាម្នាក់ ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថា ពួកគេអាចនឹងប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការធ្វើអត្តឃាត។						
ខ្ញុំដឹងបន្ថែមអំពីវិធីធ្វើអន្តរាគមន៍ (ខ្ញុំបានរៀនអ្វីដែលខ្ញុំអាចធ្វើបាន ដើម្បីជួយនរណាម្នាក់ដែលមានហានិភ័យនៃការធ្វើអត្តឃាត) ។						
ខ្ញុំបានរៀនពីរបៀបថែរក្សាខ្លួនឯងបានល្អប្រសើរ ហើយស្វែងរកជំនួយ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការ។						

	យល់ស្រប ទាំងស្រុង	យល់ស្រប	មិនយល់ ស្រប និង អត់យល់ ស្រប	មិនយល់ ស្រប	មិនយល់ ស្រប ទាំងស្រុង
សូមប្រាប់យើងថា តើអ្នកយល់ស្របតាមសេចក្តីថ្លែងខាងក្រោម					
អ្នកធ្វើបទបង្ហាញបានបង្ហាញចំណេះដឹងអំពីបញ្ហាប្រធានបទ។					
អ្នកធ្វើបទបង្ហាញគឺគោរពវប្បធម៌របស់ខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍៖ ពូជសាសន៍ ពូជអម្បូរ ភេទ សាសនា។ ល។) ។					
ការកម្មវិធីនេះមានទំនាក់ទំនងជាមួយខ្ញុំ និងមនុស្សដទៃទៀត ដែលមានប្រវត្តិ និងបទពិសោធន៍វប្បធម៌ដូចគ្នា (ពូជសាសន៍ ពូជអម្បូរ យេនឌ័រ សាសនា ជាដើម) ។					

ព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រ

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ឆ្លើយសំណួរណាមួយ សូមជ្រើសរើស "បដិសេធមិនឆ្លើយ" ឬទុកឱ្យសំណួរឱ្យនៅទេ។

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

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

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

តើអ្នកត្រូវបានដាក់ភេទអ្វីនៅពេលកើត? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
ប្រុស	
ស្រី	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកមាននិទ្ទាហ្វេរីភេទអ្វី? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
ស្រឡាញ់ភេទប្រុសដូចគ្នា ឬស្រឡាញ់ភេទស្រីដូចគ្នា	
ភេទខុសគ្នា	
ឬភេទពីរ	
ដែលសួរ ឬមិនច្បាស់អំពីការតម្រង់ទិសការរួមភេទ	
ភេទចម្រុះ	
ការតម្រង់ទិសផ្សេងៗទៀត: _____	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

តើអ្នកមានជាតិសាសន៍អ្វី? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានពហុជាតិសាសន៍ សូមគូស "ច្រើនជាងមួយជាតិសាសន៍")	
ជនជាតិដើមអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន	
កាហ្វេរីន	
អាមេរិចកណ្តាល	
ម៉ិកស៊ីក / ម៉ិចស៊ីកូអាមេរិក / ជីកាណូ	
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 / ពិការភាពក្នុងការចល័តទី	
ស្ថានភាពសុខភាពរ៉ាំរ៉ៃ (រួមបញ្ចូលទាំងការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ)	
ការលំបាកមើលឃើញ	
ការស្តាប់លំបាក	
ពិការភាពផ្នែកទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀត: _____	
ប្រភេទនៃពិការភាពមួយផ្សេងទៀត: _____	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	

* សម្រាប់កម្រងសំណួរនេះ ពិការភាពត្រូវបានកំណត់ថាជាការចុះខ្សោយផ្នែកផ្លូវចិត្ត ឬផ្នែកមុខងាររាងកាយ ដែលមានរយៈពេលលើសពី 6 ខែ និងកម្រិតសកម្មភាពជីវិតសំខាន់ៗ ប៉ុន្តែមិនមែនជាលទ្ធផលនៃជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរនោះទេ។

តើអ្នកជាអតីតយុទ្ធជនឬ? (សូមគូសប្រអប់តែមួយប៉ុណ្ណោះ។)	
បាទ	
ចាស ទេ	
បដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរ	