

Suicide Prevention Program Participant Questionnaire (Russian)

Name of Program _____

County Name _____

Date _____

**Программа профилактики суицида
Вопросник для участников**

Спасибо, что нашли время помочь нам улучшить программу. Это исследование является анонимным и добровольным. Пожалуйста, установите флажок, который лучше всего отражает ваше отношение к этой программе.

	Полностью согласен	Согласен	Ни согласен и ни несогласен	Не согласен	Полностью не согласен	Непригодный
Непосредственным результатом этого программы является						
Я могу лучше распознавать признаки, симптомы и риски суицида.						
Я гораздо больше осведомлен о доступных профессиональных и пиринговых ресурсах, которые способны помочь людям с суицидальными рисками.						
Я чувствую себя более готовым протянуть руку помощи тому, кто, как мне кажется, может быть подвержен риску суицида.						
Я знаю больше о том, как нужно действовать (я узнал, какие конкретные действия я могу предпринять, чтобы помочь человеку, имеющему склонность к суициду).						
Я научился лучше заботиться о себе и обращаться за помощью, если мне это нужно.						

Просьба указать, насколько вы согласны или не согласны со следующими утверждениями	Полностью согласен	Согласен	Ни согласен и ни несогласен	Не согласен	Полностью не согласен
Докладчики продемонстрировали знание предмета.					
Докладчики уважительно отнеслись к моей культуре (т.е. расе, этнической принадлежности, полу, религии и т. д.).					
Эта программа была актуальна для меня и других людей с похожим культурным происхождением и опытом (расой, этнической принадлежностью, полом, религией и т. д.).					

Демографическая информация

Если вы предпочитаете не отвечать ни на один из вопросов, отметьте «Отказаться от ответа» или оставьте вопрос пустым.

Ваша расовая принадлежность? (Отметьте только один флажок)	
Американский индеец или Уроженец Аляски	
Выходец из Азии	
Черный американец или Афро-американец	
Коренной гаваец или Житель других тихоокеанских островов	
Белый	
Другое: _____	
Принадлежность к нескольким расам	
Отказываюсь отвечать	

На каком языке вы чаще всего разговариваете дома? (Отметьте только один флажок)	
Арабский	
Армянский	
Камбоджийский	
Кантонский	
Английский	
Фарси	
Хмонг	
Корейский	
Мандаринский	
Другой китайский язык	
Русский	
Испанский	
Тагальский	
Вьетнамский	
Американский язык жестов	
Другое: _____	
Отказываюсь отвечать	

Какова ваша текущая гендерная идентичность? (Можно отметить несколько полей)	
Мужской	
Женский	
Трансгендер	
Гендерквир	
Сомневаюсь или не уверен(а) в гендерной идентичности	
Другая гендерная идентичность: _____	
Отказываюсь отвечать	

Какой пол вам был определен у вас при рождении? (Отметьте только один флажок)	
Мужской	
Женский	
Отказываюсь отвечать	

Какова ваша сексуальная ориентация? (Отметьте только один флажок)	
Гей или Лесбиянка	
Гетеросексуал	
Бисексуал	
Сомневаюсь или не уверен(а) в сексуальной ориентации	
Квир	
Другая сексуальная ориентация: _____	
Отказываюсь отвечать	

Ваше этническое происхождение? (Отметьте только один флажок. Если у вас полиэтнические корни, пожалуйста, отметьте «несколько этнических групп»)	
Испаноязычные или латиноамериканские этносы	
Жители Карибских островов	
Центральной Америки	
Мексиканцы / Мексиканцы американского происхождения / Пуэрториканцы	
Южноамериканцы	
Другое: _____	
Неиспаноязычные этносы	
Африканцы	
Азиатские индейцы / Выходцы из Южной Азии	
Камбоджийцы	
Китайцы	
выходцы из стран Восточной Европы	
Европейцы	
Филиппинцы	
Японцы	
Корейцы	
выходцы из стран Ближнего Востока	
Вьетнамцы	
Другое: _____	
несколько этнических групп	
Отказываюсь отвечать	

Сколько вам лет? (Отметьте только один флажок)	
0–15 лет (дети / подростки)	
16–25 лет (подростки переходного возраста и молодежь)	
26–59 лет (взрослые)	
60 лет и старше (пожилые люди)	
Отказываюсь отвечать	

У вас есть инвалидность?*	
Да	
Нет	
Отказываюсь отвечать	

Если да, то какой тип инвалидности у вас есть? (Можно отметить несколько полей)	
Психические дефекты	
Физическая инвалидность/проблемы двигательного аппарата	
Хроническое заболевание (включая хроническую боль)	
Проблемы со зрением	
Проблемы со слухом	
Другие коммуникативные дефекты: _____	
Другой тип инвалидности: _____	
Отказываюсь отвечать	

* В этом опроснике под инвалидностью подразумевается умственное или физическое нарушение, которое длится более 6 месяцев и ограничивает основную жизненную деятельность, но не является результатом тяжелого психического заболевания.

Вы ветеран? (Отметьте только один флажок)	
Да	
Нет	
Отказываюсь отвечать	