

Suicide Prevention Program Participant Questionnaire (Farsi)

Name of training _____

County Name _____

Date _____

**برنامه پیشگیری از خودکشی
پرسشنامه شرکت کننده**

از شما سپاس گزاریم که زمانی را جهت کمک به ارتقا برنامه ما اختصاص دادید. این نظرسنجی پی نام و داوطلبانه است. لطفاً گزینه‌ای را انتخاب کنید که به بهترین شکل احساس شما را نسبت به این برنامه توصیف می‌کند.

	به شدت موافق	موافق	نه موافق نه مخالف	مخالف	کاملاً مخالف	قابل اجرا نیست
به عنوان یک نتیجه مستقیم از این آموزش						
من توانایی بهتری برای تشخیص علائم، نشانه‌ها و خطرات خودکشی را دارم.						
اطلاعات و دانش بیشتری در مورد منابع حرفه‌ای و مشابهی بدست آوردم که برای کمک به افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی در دسترس هستند.						
بیشتر مایل به اقدام و کمک به کسانی هستم که تصور می‌کنم در معرض خطر خودکشی قرار دارند.						
اطلاعات بیشتری در مورد چگونگی مداخله بدست آوردم (نکات خاصی جهت کمک به کسانی که در معرض خطر خودکشی یاد گرفتیم).						
آموختم که چگونه از خودم به‌تر مراقبت کنم و در صورت نیاز تقاضای کمک کنم.						

	به شدت موافق	موافق	نه موافق نه مخالف	مخالف	کاملاً مخالف
لطفاً به ما بگویید که چقدر با اظهارات زیر موافق هستید					
ارائه‌دهندگان اطلاعات کافی از موضوع مربوطه دارند.					
ارائه دهندگان به فرهنگ من (از جمله نژاد، قومیت، جنسیت، مذهب و غیره ...) احترام گذاشتند.					
این آموزش مربوط به من و افرادی با زمینه‌های فرهنگی و تجربیات مشابه (نژاد، قومیت، جنسیت، مذهب و غیره) بود.					

اطلاعات جمعیت شناختی:

اگر ترجیح می‌دهید به هریک از سئوالات پاسخ ندهید، لطفاً گزینه "امتناع از پاسخ دادن" را علامت بزنید یا سؤال را بدون پاسخ رها کنید.

نژاد شما چیست؟ (فقط یک گزینه را انتخاب کنید.)	
سرخ پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	
آسیایی	
سیاه یا سیاه پوست آمریکایی	
بومی هاوایی یا دیگر ساکنان جزایر اقیانوس آرام	
سفیدپوستان	
سایر نژادها:	_____
بیش از یک نژاد	
امتناع از پاسخ گویی	

بیشتر به کدام زبان در خانه صحبت می‌کنید؟ (فقط یک گزینه را انتخاب کنید)	
عربی	
ارمنی	
کامبوجی	
کانتونی	
انگلیسی	
فارسی	
همونگ	
کره‌ای	
ماندارین	
دیگر زبان‌های چینی	_____
روسی	
اسپانیایی	
تاگالوگ	
ویتنامی	
زبان اشاره آمریکایی	
دیگر:	_____
امتناع از پاسخ گویی	

هویت جنسیتی فعلی شما چیست؟ (شما می‌توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید)	
مرد	
زن	
تراجنسیتی	
خارج از جنسیت	
پرسش و یا هویت جنسیتی نامعین	
هویت جنسی دیگر:	_____
امتناع از پاسخ گویی	

چه جنسیتی برای شما هنگام تولد تعیین شده است؟ (فقط یک گزینه را انتخاب کنید)	
مرد	
زن	
امتناع از پاسخ گویی	

گرایش جنسی شما چیست؟ (فقط یک گزینه را انتخاب کنید.)	
همجنس‌گرای مرد یا زن	
دگرجنس‌گرا	
دوجنس‌گرا	
گرایش جنسی نامشخص و نامعین	
گرایش‌های جنسی نا متعارف	
گرایش جنسی دیگر:	_____
امتناع از پاسخ گویی	

قومیت شما چیست؟ (فقط یک گزینه را انتخاب کنید. اگر چند قومیتی هستید، لطفاً گزینه "بیش از یک قومیت" را انتخاب کنید)	
اقوام اسپانیایی یا لاتین	
کارائیبی	
آمریکای مرکزی	
مکزیک / مکزیکی-آمریکایی / شیکانویی	
پورتوریکویی	
آمریکای جنوبی	
دیگر:	_____
اقوام غیر اسپانیایی	
آفریقایی	
هندی آسیایی / جنوب آسیایی	
کامبوجی	
چینی	
اروپای شرقی	
اروپایی	
فیلیپینی	
ژاپنی	
کره‌ای	
خاورمیانه‌ای	
ویتنامی	
دیگر:	_____
بیش از یک قومیت	
امتناع از پاسخ گویی	

چند ساله هستید؟ (فقط یک گزینه را انتخاب کنید.)	
(کودک / جوان) 0-15	
(گذر از سن جوانی) 16-25	
(بزرگسال) 26-59	
سنین 60+ (بزرگسال مسن‌تر)	
امتناع از پاسخ گویی	

آیا معلولیتی دارید؟*	
بله	
خیر	
امتناع از پاسخ گویی	
در صورت مثبت بودن پاسخ، چه نوع معلولیتی دارید؟ (شما می‌توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید)	
معلولیت ذهنی	
معلولیت جسمی / حرکتی	
مشکلات سلامتی مزمن (از جمله درد مزمن)	
مشکل بینایی	
مشکل شنوایی	
سایر مشکلات ارتباطی:	_____
نوع دیگری از معلولیت:	_____
امتناع از پاسخ گویی	
در این پرسشنامه، معلولیت به عنوان یک ناتوانی ذهنی یا جسمی تعریف می‌شود که بیش از 6 ماه به طول انجامیده و فعالیت‌های اصلی زندگی را محدود می‌کند، اما در نتیجه یک بیماری شدید روانی ایجاد نشده است.	

آیا کهنه سرباز هستید؟ (فقط یک گزینه را انتخاب کنید.)	
بله	
خیر	
امتناع از پاسخ گویی	