

Stigma and Discrimination Reduction Program Participant Questionnaire (Arabic)

Name of training _____

County Name _____

Date _____

**برنامج تقليل الوصمة والتمييز
استبيان المشاركين**

نشكرك على تخصيص بعض الوقت لمساعدتنا في تحسين برنامجنا. هذا الاستبيان بدون هوية وتطوعي. يرجى تحديد المربع الذي يمثل أفضل ما تشعر به حيال تجاربك في هذا البرنامج.

أرفض بشدة	أرفض	لا أوافق ولا أرفض	أوافق	أوافق بشدة
				كنتيجة مباشرة لهذا التدريب ، أنا على استعداد أكثر لذلك
				العيش بجوار شخص مصاب بمرض عقلي خطير.
				الاختلاط مع شخص مصاب بمرض عقلي خطير.
				بدء العمل في وظيفة عن قرب مع شخص لديه مرض عقلي خطير.
				اتخاذ إجراءات لمنع التمييز ضد الأشخاص المصابين بمرض عقلي.
				الاستماع باهتمام وتعاطف لشخص ما في محنة.
				طلب الدعم من أخصائي الصحة النفسية إذا كنت أظن أنني بحاجة إليه.
				التحدث إلى صديق أو أحد أفراد العائلة إذا كنت أعاني من ضائقة عاطفية.

أرفض بشدة	أرفض	لا أوافق ولا أرفض	أوافق	أوافق بشدة
				كنتيجة مباشرة لهذا التدريب ، فأنا على الأرجح أعتقد أن
				الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي مختلفون مقارنة بالآخرين في عموم السكان.
				الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي هم السبب في مشاكلهم.
				يمكن للمصابين بمرض عقلي أن يتعافوا في نهاية المطاف.
				الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي لن يستطيعوا أبدًا المساهمة بشكل كبير في المجتمع.
				يجب أن يشعر الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي بالأسى أو الشفقة.
				الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي يشكلون خطرًا على الآخرين.

أرفض بشدة	أرفض	لا أوافق ولا أرفض	أوافق	أوافق بشدة
				من فضلك أخبرنا عن مدى موافقتك على العبارات التالية
				تبين معرفة المقدمين بالموضوع.
				كان المقدمون يحترمون ثقافتي (أي السلالة، العرق، الجنس، الدين ، إلخ).
				كان هذا التدريب مناسبًا لي ولأشخاص آخرين من خلفيات وخبرات ثقافية مماثلة (السلالة، العرق، الجنس، الدين، إلخ).

المعلومات الديموغرافية

إذا كنت تفضل عدم الإجابة على أي من الأسئلة، فيرجى وضع علامة عند "أرفض الإجابة" أو اترك السؤال فارغاً.

ما عرقك؟ (حدّد خانة واحدة فقط.)	
أمريكي هندي، ألاسكا أصلي	
آسيوي	
أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	
مواطن من هاواي أو غيره من سكان جزر المحيط الهادئ	
أبيض	
آخر: _____	
أكثر من عرق واحد	
أرفض الإجابة	

ما اللغة التي تتحدث بها في البيت في أغلب الأحيان؟ (حدّد خانة واحدة فقط.)	
العربية	
الألمانية	
الكمبودية	
الكانتونية	
الإنجليزية	
الفارسية	
الهونغونجية	
الكورية	
الماندرين	
الصينية	
الروسية	
الإسبانية	
التاغالوغية	
الفيتنامية	
الأمريكية، لغة الإشارة	
أخرى: _____	
أرفض الإجابة	

ما هويتك الجنسية الحالية؟ (يمكنك تحديد أكثر من خانة واحد)	
ذكر	
أنثى	
المتحولون جنسياً	
بين الجنسين	
الشك أو عدم التأكد من الهوية الجنسية	
وهوية جنسانية أخرى: _____	
أرفض الإجابة	

ما النوع المُحدّد لك عند الولادة؟ (حدّد خانة واحدة فقط.)	
ذكر	
أنثى	
أرفض الإجابة	

ما توجهك الجنسي؟ (حدّد خانة واحدة فقط.)	
مثلي أو سحاقي	
متباين الجنس أو مستقيم	
ثنائي الجنس	
يوجد شك أو غير متأكد من الميول الجنسية	
شاذ	
ميول جنسية أخرى: _____	
أرفض الإجابة	

ما انتمائك العرقي؟ (حدّد خانة واحدة فقط. إذا كنت متعدد الانتماءات العرقية، فيرجى وضع علامة في خانة "أكثر من عرق واحد".)	
العرقيات الإسبانية أو اللاتينية	
البحر الكاريبي	
أمريكا الوسطى	
مكسيكي / مكسيكي-أمريكي / شيكانو	
بورنوريكو	
أمريكا الجنوبية	
أخرى: _____	
عرقيات غير إسبانية	
أفريقي	
آسيوي/ جنوب آسيوي	
كمبودي	
صيني	
أوربي شرقي	
أوروبي	
فلبيني	
ياباني	
كوري	
شرق أوسطي	
الفيتنامي	
أخرى: _____	
أكثر من عرق واحد	
أرفض الإجابة	

ما عمرك؟ (حدّد خانة واحدة فقط.)	
(الأطفال/الشباب) 0-15	
(الشباب في المرحلة الانتقالية) 16-25	
(باله) 26-59	
الأعمار 60+ (كبار السن)	
أرفض الإجابة	

هل تعاني من أي إعاقة؟*	
نعم	
لا	
أرفض الإجابة	
إذا كان الجواب بنعم، فما نوع الإعاقة التي تعاني منها؟ (يمكنك تحديد أكثر من خانة واحد)	
إعاقة عقلية	
إعاقة جسدية/حركية	
الحالة الصحية المزمنة (بما في ذلك الألم المزمن)	
صعوبة في الرؤية	
صعوبة السمع	
الإعاقة الأخرى في الاتصال: _____	
نوع آخر من الإعاقة: _____	
أرفض الإجابة	
خلال هذا الاستبيان، تُعرّف الإعاقة بأنها ضعف عقلي أو جسدي يستمر لأكثر من 6 أشهر ويحد من النشاط الرئيسي للحياة ولكنه ليس نتيجة مرض عقلي شديد.	

هل أنت محارب قديم؟ (حدّد خانة واحدة فقط.)	
نعم	
لا	
أرفض الإجابة	