OLDER ADULT SURVEY
Spring 2023

ARABIC
Without QOL

Print PDF as needed. *Do not photocopy!*

الرجاء مساعدة وكالتنا على تحسين الخدمات من خلال الإجابة على بعض الأسئلة. إجاباتك سرية ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية التي تتلقاها. لكل عنصر من عناصر الاستطلاع أدناه ، يرجى ملء الدائرة التي تتوافق مع اختيارك.

مثال صحيح ● غير صحيح ✔ ✘

استبيان مستهلك برنامج تحسين الصحة النفسية الإحصائي

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بناءً على الشهور الستة الأخيرة أو في حال لم تتلق خدمات منذ 6 شهور، أجب "فحسب بناءً على الخدمات التي تلقيتها إلى اليوم. اختر من بين الإجابات "أوافق بشدة"، "أوافق"، "محايد"، "أعارض"، أو "أعارض بشدة" لكل من العبارات أدناه. وإن كان السؤال يتعلق بأمر لم تمر به، فاملأ دائرة الخيار "لا ينطبق" للإشارة إلى أن هذا البند لا ينطبق عليك.

	موافق بشدة	أوافق	أنا محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	غير قابل للتطبيق
1. تعجبني الخدمات التي تلقيتها هنا.	○	○	○	○	○	○
2. إن كان لدي خيارات أخرى، سأظل أفضل الحصول على الخدمات من هذه الوكالة.	○	○	○	○	○	○
3. سأوصي بهذه الوكالة إلى صديق أو أحد أفراد الأسرة.	○	○	○	○	○	○
4. كان موقع الخدمات ملائمًا (موقف السيارات، المواصلات، المسافة، إلخ.)	○	○	○	○	○	○
5. كان طاقم العمل مستعدًا لمقابلتي كلما شعرت بالحاجة إلى ذلك.	○	○	○	○	○	○
6. رد طاقم العمل على مكالماتي خلال 24 ساعة.	○	○	○	○	○	○
7. كانت الخدمات متاحة في أوقات كانت مناسبة لي.	○	○	○	○	○	○
8. كنت أستطيع الحصول على كافة الخدمات التي ظننت أنني أحتاجها.	○	○	○	○	○	○
9. كنت قادرًا على رؤية الطبيب النفسي حين رغبت في ذلك.	○	○	○	○	○	○
10. يعتقد طاقم العمل هنا أنني أستطيع أن أشتد وأتغير وأتعافى.	○	○	○	○	○	○
11. شعرت بالراحة في طرح الأسئلة المتعلقة بعلاجي ودوائي.	○	○	○	○	○	○
12. شعرت بالراحة في التعبير عن شكواي.	○	○	○	○	○	○
13. لقد تم منحي معلومات حول حقوقي.	○	○	○	○	○	○
14. شجعني طاقم العمل على تحمل مسؤولية كيفية عيشي لحياتي.	○	○	○	○	○	○
15. أخبرني طاقم العمل بشأن الآثار الجانبية التي ينبغي على الانتباه لها.	○	○	○	○	○	○
16. احترم طاقم العمل رغباتي حول من يمكنه أو لا يمكنه الحصول على المعلومات المتعلقة بعلاجي.	○	○	○	○	○	○
17. أنا، وليس طاقم العمل، من قرر أهداف علاجي.	○	○	○	○	○	○
18. أبدى طاقم العمل مراعاة لخلفيتي الثقافية	○	○	○	○	○	○
19. ساعدني طاقم العمل في الحصول على المعلومات التي احتجتها بحيث	○	○	○	○	○	○
20. لقد تم تشجيعي على استخدام البرامج التي يديرها المستهلك (مجموعات الدعم، مراكز المساعدة، خطوط هاتف الأزمات، إلخ.).	○	○	○	○	○	○

كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها:

	موافق بشدة	أوافق	أنا محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	غير قابل للتطبيق
21. كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها:	○	○	○	○	○	○
22. أتعامل بفعالية أكبر مع مشاكلي اليومية.	○	○	○	○	○	○
23. أتمتع بقدرة أفضل على التحكم في حياتي.	○	○	○	○	○	○
24. أتمتع بقدرة أفضل على التعامل مع الأزمات.	○	○	○	○	○	○
25. أصبحت علاقتي أفضل بأسرتي.	○	○	○	○	○	○
26. أصبحت أفضل أداءً في المواقف الاجتماعية.	○	○	○	○	○	○
27. تحسن إنجازي في المدرسة و/أو العمل.	○	○	○	○	○	○
28. تحسن وضعي المنزلي.	○	○	○	○	○	○
29. ما عادت أعراضي تزعجني بنفس القدر.	○	○	○	○	○	○
30. أقوم بأمور أكثر تعنيني.	○	○	○	○	○	○
31. أصبحت قدرتي أفضل على العناية باحتياجاتي.	○	○	○	○	○	○
32. أصبحت قدرتي أفضل على معالجة الأمور حين تسوء.	○	○	○	○	○	○

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

0	0							

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

55690

DHCS 1742 AB (05/13)

يـــرجى الإجابـــة عنهـــا بالنســـبة لعلاقاتـــك مـــع أشـــخاص غـــير مـــزود/مزودي رعايتـــك النفســـية.

كنتيجـــة مباشـــرة للخـــدمات الـــتي تلقيتهـــا:

		موافق بشدة	أوافق	أنا محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	غير قابل للتطبيق
33.	يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقاتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية.	○	○	○	○	○	○
34.	أنا سعيد بصداقاتي.	○	○	○	○	○	○
35.	لدي في حياتي أشخاص أشاركهم القيام بأمور ممتعة.	○	○	○	○	○	○
36.	أشعر بالانتماء في مجتمعي.	○	○	○	○	○	○

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتُعلمنا بحالك.

1. قريبًا، كم مضى على تلقيك الخدمات هنا؟
   - ○ هذه زيارتي الأولى هنا
   - ○ لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقيت الخدمات لأقل من شهر واحد
   - ○ شهر - شهران
   - ○ شهور 5 - 3
   - ○ شهور إلى عام واحد 6
   - ○ أكثر من عام واحد

تلقيت خدمات هنا لمدة تقل عن عام واحد.

2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفس — معذ ○ لا ○
3. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟ — معذ ○ لا ○
4. .نذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة
   - ○ أقل (مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة)
   - ○ ت كما هي
   - ○ زادت
   - ○ لا ينطبق (لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)

انتقل إلى السؤال رقم 8 أدناه ←

تلقيت خدمات هنا لمدة عام أو أكثر.

5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة؟ — معذ ○ لا ○
6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ12 الأخيرة قبل ذلك؟ — معذ ○ لا ○
7. ...على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة
   - ○ أقل (مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة)
   - ○ ت كما هي
   - ○ زادت
   - ○ لا ينطبق (لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك.

8. سنج ام ○ أنثى ○ ذكر ○ غير ذلك

9. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتين ○ معذ ○ لا ○ غير معروف

10. ما تاريخ ميلادك؟
    - ○ هندي أميركي/سكان ألاسكا الأصليين
    - ○ آسيوي
    - ○ أسود/أميركي أفريقي
    - ○ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
    - ○ أبيض/قوقازي
    - ○ غير ذلك
    - ○ غير معروف

55690

0	0							

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

11. ما تاريخ ميلادك؟

[ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]

[شـهر / يـوم / سـنة]

12. هل كانت الخدمات التي تلقيتها باللغة التي تفضلها؟

○ مع ○ لا

13. هل كانت المعلومات الكتابية)مثل الكتيبات التي تصف الخدمات المتوفرة، وحقوقك كمستهلك، والمواد التثقيفية في الصحة النفسية(متاحة لك باللغة التي تفضلها؟

○ مع ○ لا

14. ماذا كان السبب الرئيسي الذي جعلك مشاركًا في هذا البرنامج؟

○ رت المجيء وحدي. ○ أوصى لي شخص آخر بالمجيء إلى هذ ○ حضرت إلى هنا رغمًا عني

15. يرجى تحديد من ساعدك على تعبئة أي جزء من هذا الاستبيان (ضع علامة على كل ما ينطبق)

○ أحتج إلى أي مساعدة.
○ قام ناشط/متطوع صحة نفسية بمساعدتي
○ قام مستهلك صحة نفسية آخر بمساعدتي
○ قام أحد أفراد أسرتي بمساعدتي
○ قام مسؤول مقابلات متخصص بمساعدتي
○ قام طبيبي/مسؤول حالتي بمساعدتي.
○ قام موظف غير طبيبي/مسؤول حالتي بمساعدتي
○ قام شخص آخر بمساعدتي. من هو؟

يرجى إدراج التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج إن احتجت. إننا مهتمون بآرائك السلبية والإيجابية. كما نرجو منك أن تدوّ ن هنا أي مجالات آخرى لم يتم تغطيتها في هذا الاستبيان والتي تشعر أنه قد كان لا بد من ذكرها. شكرًا لك على وقتك وتعاونك في تعبئة هذا الاستبيان.

!نشـكرك علـى الوقـت الـذي اسـتغرقته للإجابـة علـى هـذه الأسـئلة

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code: [1][9]

Date of Survey Administration:

[0][5] / [1][ ] / [2][0][2][3]

Reason (if applicable):

○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

[0][0][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Reporting Unit:

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

55690