

نرجو مساعدة وكالتنا على تحسين خدماتها من خلال الإجابة على بعض الأسئلة. ستكون إجاباتك سرية، ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية التي تتلقاها. لكل بند من بنود الاستبيان أدناه، يرجى تعبئة الدائرة التي تمثل اختيارك.

يرجى ملء الدائرة بالكامل.  صحيح  غير صحيح

**استبيان مستهلك برنامج تحسين الصحة النفسية الإحصائي (MHSIP):\***

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.

| لا ينطبق              | أعارض بشدة            | أعارض                 | محايد                 | أوافق                 | أوافق بشدة            |   |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. تعجبني الخدمات التي تلقيتها هنا.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. إن كان لدي خيارات أخرى، سأظل أفضل الحصول على الخدمات من هذه الوكالة.                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. سأوصي بهذه الوكالة إلى صديق أو أحد أفراد الأسرة.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. كان موقع الخدمات ملائمًا (موقف السيارات، المواصلات، المسافة، إلخ).                               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. كان طاقم العمل مستعدًا لمقابلتي كلما شعرت بالحاجة إلى ذلك.                                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. رد طاقم العمل على مكالماتي خلال 24 ساعة.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. كانت الخدمات متاحة في أوقات كانت مناسبة لي.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. كنت أستطيع الحصول على كافة الخدمات التي ظننت أنني أحتاجها.                                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9. كنت قادرًا على رؤية الطبيب النفسي حين رغبت في ذلك.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10. يعتقد طاقم العمل هنا أنني أستطيع أن أشتد وأتغير وأتعافى.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11. شعرت بالراحة في طرح الأسئلة المتعلقة بعلاجي ودوائي.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12. شعرت بالراحة في التعبير عن شكواي.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13. لقد تم منحي معلومات حول حقوقي.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14. شجعني طاقم العمل على تحمل مسؤولية كيفية عيشي لحياتي.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15. أخبرني طاقم العمل بشأن الآثار الجانبية التي ينبغي علي الانتباه لها.                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 16. احترم طاقم العمل رغباتي حول من يمكنه أو لا يمكنه الحصول على المعلومات المتعلقة بعلاجي.          |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 17. أنا، وليس طاقم العمل، من قرر أهداف علاجي.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 18. أبدى طاقم العمل مراعاة لخلفيتي الثقافية (العرق، الدين، اللغة، إلخ).                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 19. ساعدني طاقم العمل في الحصول على المعلومات التي احتجتها بحيث يمكنني تحمل مسؤولية التحكم في مرضي. |

\* تم تطوير استبيان مستهلك برنامج تحسين الصحة النفسية الإحصائي (MHSIP) من خلال جهد مشترك بين المستهلكين، ومجتمع برنامج تحسين الصحة النفسية الإحصائي (MHSIP)، ومركز خدمات الصحة النفسية.

النتمة في الصفحة التالية...

## Arabic without QOL

| لا ينطبق  | أعراض<br>بشدة         | أعراض                 | محايد                 | أوافق                 | أوافق<br>بشدة         |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. لقد تم تشجيعي على استخدام البرامج التي يديرها المستهلك (مجموعات الدعم، مراكز المساعدة، خطوط هاتف الأزمات، إلخ). |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها:</b>  |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. أتعامل بفعالية أكبر مع مشاكل اليومية.   |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. أتمتع بقدرة أفضل على التحكم في حياتي.   |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. أتمتع بقدرة أفضل على التعامل مع الأزمات.  |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. أصبحت علاقتي أفضل بأسرتي.   |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. أصبحت أفضل أداءً في المواقف الاجتماعية.   |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. تحسن إنجازي في المدرسة و/أو العمل.  |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. تحسن وضعي المنزلي.  |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. ما عادت أعراضي تزعجني بنفس القدر.   |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. أقوم بأمور أكثر تعنيبي.   |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. أصبحت قدرتي أفضل على العناية باحتياجاتي.  |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. أصبحت قدرتي أفضل على معالجة الأمور حين تسوء.  |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. أصبحت قدرتي أفضل على القيام بالأمور التي أود القيام بها.  |                       |                       |                       |                       |                       |

| لا ينطبق  | أعراض<br>بشدة         | أعراض                 | محايد                 | أوافق                 | أوافق<br>بشدة         |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| للأسئلة رقم 33-36، يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقاتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية. |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها:</b>  |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. أنا سعيد بصداقاتي.  |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. لدي في حياتي أشخاص أشاركهم القيام بأمور ممتعة.  |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. أشعر بالانتماء في مجتمعي.   |                       |                       |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. في الأزمات، أحصل على الدعم الذي أحتاجه من الأسرة أو الأصدقاء.                             |                       |                       |                       |                       |                       |

التتمة في الصفحة التالية...

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتعلمنا بحالك.

1. تقريباً، كم مضي على تلقيك الخدمات هنا؟

- هذه زيارتي الأولى هنا.  
 لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقيت الخدمات لأقل من شهر  
 شهر - شهران  
 3-5 شهور  
 6 شهور إلى عام واحد  
 أكثر من عام واحد

يرجى الإجابة على الأسئلة 2-4 أدناه إذا كنت تتلقى الخدمات منذ عام واحد أو أقل. وإذا كنت تتلقى الخدمات من "أكثر من عام واحد"، فيرجى التخطي إلى السؤال 5.

2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية؟  نعم  لا  
 3. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟  نعم  لا  
 1. 4. منذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملتك مع الشرطة...  
 أقل (مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقتني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة)  
 ظلت كما هي  
 زادت  
 لا ينطبق (لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)

تخطي إلى السؤال 8 أدناه

يرجى الإجابة على الأسئلة 5-7 أدناه، إذا كنت تتلقى الخدمات منذ عام واحد أو أقل. وإذا كنت تتلقى الخدمات منذ "أكثر من عام واحد".

5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة؟  نعم  لا  
 6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة قبل ذلك؟  نعم  لا  
 7. على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملتك مع الشرطة...  
 أقل (مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقتني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة)  
 ظلت 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. ما جنسك؟  أنثى  ذكر  غير ذلك  
 9. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني؟  نعم  لا  غير معروف  
 10. ما عرقك؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)  
 هندي أميركي/سكان ألاسكا الأصليين  
 آسيوي  
 أسود/أميركي أفريقي  
 من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى  
 غير معروف  
 11. ما تاريخ ميلادك؟ (دونه في المربعات واملأ الدوائر المتوافقة. انظر المثال)

مثال: تاريخ الميلاد في 30 أبريل 1937:

تاريخ الميلاد (شهر-يوم-سنة)

|                                  |                                  |                                  |                                  |   |                                  |                                  |   |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|
| 1                                | 9                                | 3                                | 7                                | - | 3                                | 0                                | - | 0                                | 4                                |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> |   | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |   | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |

دون تاريخ ميلادك

تاريخ الميلاد (شهر-يوم-سنة)

|                       |                       |                       |                       |   |                       |                       |   |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
|                       |                       |                       |                       | - |                       |                       | - |                       |                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ظلل الدوائر المقابلة

التتمة في الصفحة التالية...

## Arabic without QOL

12. هل كانت الخدمات التي تلقيتها باللغة التي تفضلها؟  نعم  لا
13. هل كانت المعلومات الكتابية (مثل الكتيبات التي تصف الخدمات المتوفرة، وحقوقك كمستهلك، والمواد التثقيفية في الصحة النفسية) متاحة لك باللغة التي تفضلها؟  نعم  لا
14. ماذا كان السبب الرئيسي الذي جعلك مشاركًا في هذا البرنامج؟ (حدد إجابة واحدة):  
 قررت المجيء وحدي.  
 أوصى لي شخص آخر بالمجيء إلى هنا.  
 حضرت إلى هنا رغماً عني.
15. يرجى تحديد من ساعدك على تعبئة أي جزء من هذا الاستبيان (ضع علامة على كل ما ينطبق):  
 لم أحتاج إلى أي مساعدة.  
 قام طبيبي/مسؤول حالتي بمساعدتي.  
 قام ناشط/متطوع صحة نفسية بمساعدتي.  
 قام مستهلك صحة نفسية آخر بمساعدتي.  
 قام أحد أفراد أسرتي بمساعدتي.  
 قام مسؤول مقابلات متخصص بمساعدتي.
16. يرجى إدراج التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج إن احتجت. إننا مهتمون بأرائك السلبية والإيجابية. كما نرجو منك أن تدون هنا أي مجالات أخرى لم يتم تغطيتها في هذا الاستبيان والتي تشعر أنه قد كان لا بد من ذكرها. شكرًا لك على وقتك وتعاونك في تعبئة هذا الاستبيان.

شكرًا لك على قضاء الوقت في الإجابة على هذه الأسئلة!

### FOR OFFICE USE ONLY:

#### Required Information:

Country Code:

Date of Survey Administration:

|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |
|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | - |  |  | - | 2 | 0 | 1 | 9 |
|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|

Reason (if applicable):

Ref  Imp  Lan  Oth

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

#### Optional County Questions:

Was this survey administered at home or in an office?  
(Choose either 01 for Home or 02 for Office)

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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|