

أسئلة جودة الحياة

يرجى الإجابة على كل من الأسئلة التالية بملء الدائرة التي تشير إلى أفضل وصف لتجربتك أو شعورك. يرجى ملء دائرة واحدة فقط لكل سؤال. لبعض الأسئلة، يمكنك اختيار "لا ينطبق" إن كان السؤال لا ينطبق عليك.

مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
○	○	○	○	○	○	○

الرضا العام عن الحياة

1. ما شعورك تجاه حياتك عمومًا؟

ظرف الحياة

فكر في ظرف حياتك الحالي

2. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما يلي:

مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○

- a. ترتيبات المعيشة حيث تعيش؟
b. خصوصيتك في مكان عيشك؟
c. احتمال أن تظل حيث تعيش حاليًا لفترة طويلة من الزمن؟

الأنشطة اليومية والأداء

فكر في كيفية قضائك لوقت فراغك

3. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما يلي:

مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○

- a. الطريقة التي تقضي بها وقت فراغك؟
b. فرصتك في التمتع بأمور ممتعة أو جميلة؟
c. مقدار ما تحصل عليه من المرح؟
d. مقدار الاسترخاء في حياتك؟

الأسرة

4. بشكل عام، كم مرة تجتمع مع أحد أفراد أسرتك؟

- مرة واحدة على الأقل يوميًا ○ مرة واحدة على الأقل أسبوعيًا ○ مرة واحدة على الأقل شهريًا ○ أقل من مرة واحدة في الشهر ○ أبدًا ○ لا عائلة / لا ينطبق

غير قابل للتطبيق	مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○

5. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما يلي:

- a. طريقة التعامل بينك وبين أسرتك؟
b. كيفية سير الأمور بشكل عام بينك وبين أسرتك؟

العلاقات الاجتماعية

6. كم مرة تقريبًا تقوم بما يلي؟

- a. التزاوج مع شخص لا يعيش معك؟
○ مرة واحدة على الأقل يوميًا ○ مرة واحدة على الأقل أسبوعيًا ○ مرة واحدة على الأقل شهريًا ○ أقل من مرة واحدة في الشهر ○ أبدًا ○ غير قابل للتطبيق
b. تقضي الوقت مع شخص تعتبره أكثر من مجرد صديق، مثل زوج/زوجة أو صديق حميم/صديقة حميمة؟
○ مرة واحدة على الأقل يوميًا ○ مرة واحدة على الأقل أسبوعيًا ○ مرة واحدة على الأقل شهريًا ○ أقل من مرة واحدة في الشهر ○ أبدًا ○ غير قابل للتطبيق

غير قابل للتطبيق	مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○

7. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما يلي:

- a. الأمور التي تقوم بها مع أشخاص آخرين؟
b. مقدار الوقت الذي تمضيه مع أشخاص آخرين؟
c. الأشخاص الذين تلتقي بهم من الناحية الاجتماعية؟
d. مقدار الصداقة في حياتك؟

النواحي المالية

8. خلال الشهر الماضي، هل كان لديك عمومًا مال كاف لتغطية الأمور التالية؟

- a. الطعام ○ نعم ○ لا
b. الملابس ○ نعم ○ لا
c. السكن ○ نعم ○ لا
d. التنقل لأمور مثل التسوق، المواعيد الطبية، أو زيارة الأصدقاء والأقارب ○ نعم ○ لا
e. الأنشطة الاجتماعية مثل مشاهدة الأفلام أو تناول الطعام في المطاعم ○ نعم ○ لا

* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page



النواحي القانونية والأمن

9. لال الشهر الماضي، هل كنت ضحية لأي مما يلي:
a. أي جرائم عنف مثل الاعتداء بالضرب، أو الاعتصاب، أو سطو أو النهب؟
b. أي جرائم غير عنيفة مثل اقتحام أو سرقة ممتلكاتك أو نقودك، أو التعرض للغش؟
 نعم لا
10. في الشهر الماضي، كم مرة تم اعتقالك لأي جرائم؟
 لم أتعرض للاعتقال مرة واحدة مرتان 3 مرات 4 مرات أو أكثر

مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						

11. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما يلي:
a. مدى أمنك في الشوارع في حيك؟
b. مدى أمنك في مكان سكنك؟
c. تمتعك بالحماية ضد التعرض للسرقة أو التهجم؟

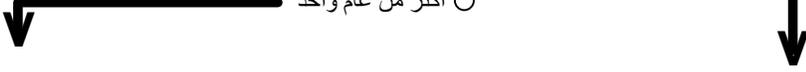
الصحة

مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						

12. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما يلي:
a. صحتك بشكل عام؟
b. وضعك الجسماني؟
c. سعادتك العاطفية؟

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتعلمنا حالك

1. كم مضى على تلقيك الخدمات هنا؟
 هذه زيارتي الأولى هنا
 لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقيت الخدمات لأقل من شهر
 شهر 1-2
 شهر 3-5
 شهر إلى عام واحد 6
 أكثر من عام واحد



يرجى الإجابة على الأسئلة #5-7 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل أكثر من سنة واحدة

5. هل تم اعتقالك خلال الشهر الـ 12 الأخيرة؟
 نعم لا
6. هل تم اعتقالك خلال الشهر الـ 12 قبل ذلك؟
 نعم 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
 ظلت كما هي
 زادت
 غير قابل للتطبيق
 لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

يرجى الإجابة على الأسئلة #2-4 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل

2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية؟
 نعم لا
3. هل تم اعتقالك خلال الشهر الـ 12 قبل ذلك؟
 نعم 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
 ظلت كما هي
 زادت
 غير قابل للتطبيق
 لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page

8675



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك

8. ما هو جنسك؟ ذكر أنثى

9. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني؟ نعم لا غير معروف

10. ما عرقك؟
 قبطي/إملاكي/ديدحتي/جري
 هندي أمريكي/سكان ألاسكا الأصليين
 أسوي
 أسود/أميركي أفريقي
 أبيض/قوقازي
 عرق آخر
 غير معروف
 من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

11. ما تاريخ ميلادك؟
 يوم [] [] - شهر [] [] - سنة [] [] [] []

12. هل تم توفير الوثائق المكتوبة و / أو الخدمات التي تلقيتها باللغة التي تفضلها؟ نعم لا
 مثل الكتيبات التي تصف الخدمات المتوفرة، وحقوقك كمستهلك، والمواد التثقيفية في الصحة النفسية

13. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد؟
 عبر الهاتف أو
 لا شيء قليل جدا حوالي النصف الكل تقريبا الكل



14. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟
 أسوأ بكثير أسوأ إلى حد ما نفس الشيء تقريباً أفضل إلى حد ما أفضل بكثير غير قابل للتطبيق

15. أفضل تلقي المزيد من رعاية الصحة العقلية الخاصة بي في هذا البرنامج عبر الرعاية الصحية عن بعد.
 لا أوافق بشدة لا أوافق أنا محايد أوافق موافق بشدة غير قابل للتطبيق

16. رجي 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. شكراً لك على وقتك وتعاونك في تعبئة هذا الاستبيان.

نشكرك على الوقت الذي استغرقته للإجابة على هذه الأسئلة!



FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	6
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Reporting Unit (optional):

--	--	--	--	--	--	--	--

Code for not completing the survey (if applicable):

Refused Impaired Language Other

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

* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page

8675

