

تقييم الاحتياجات الصحية للمجتمع الذي تجريه مؤسسة Health Collaborative

مَن نحن؟ شركة Health Collaborative هي مجموعة من الشركاء الذين يعملون معًا لتحقيق أهداف رؤية الصحة الاستثنائية لمنطقة سينسيناتي الكبرى. ونحن ملتزمون بضمان حصول الجميع على رعاية صحية جيدة وميسورة التكلفة ويسهل الوصول إليها.

الهدف من هذا المشروع: فهم ما يلزم لتوفير مجتمع يتمتع بقدر أوفر من الصحة.

ما المطلوب منك؟ بصفتك فردًا في هذا المجتمع، يُطلب منك إكمال استبيان حول صحتك.

ما الأسئلة التي سي طرحها الاستبيان؟ سي طرح الاستبيان أسئلة أساسية حول صحتك، وما الذي يجعل التمتع بالصحة أمرًا سهلاً أو صعبًا وكيف يدعم مجتمعنا صحتك.

سيتم إجراء هذا الاستبيان دون الكشف عن الهوية (لن يعرف أحد هويتك) ولن يتم مشاركة إجاباتك.

في نهاية هذا الاستبيان، سنتنقل إلى صفحة منفصلة لإتاحة الفرصة للدخول في **سحب للحصول على بطاقة هدايا من أمزون بقيمة 100 دولار أمريكي**. وستكون هناك جولتان للسحب، لذا ستتاح لك فرصتان للفوز. للدخول في السحب، سيطلب منك ذكر اسمك ورقم هاتفك أو عنوان بريدك الإلكتروني. لا يتم الربط بين نموذج الدخول في السحب والاستبيان.

مَن سيتم الاتصال به لطلب المساعدة أو الرد على الاستفسارات؟ تجري شركة Measurement Resources هذا الاستبيان. إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على المساعدة بشأن الاستبيان، فيرجى الاتصال بالزبائث بافورد على الرقم 749-416-9988، أو إرسال بريد إلكتروني إلى epafford@measurementresourcesco.com.

في أي مقاطعة تقييم حالياً؟

- | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | ديربورن-إنديانا | <input type="checkbox"/> | كلارك-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | فرانكلين-إنديانا | <input type="checkbox"/> | كليرمونت-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | أوهايو-إنديانا | <input type="checkbox"/> | كلينتون-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | يونيون-إنديانا | <input type="checkbox"/> | دريك-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | بون-كنتاكي | <input type="checkbox"/> | غرين-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | كامبيل-كنتاكي | <input type="checkbox"/> | هاملتن-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | غرانت-كنتاكي | <input type="checkbox"/> | هايلاند-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | كينتون-كنتاكي | <input type="checkbox"/> | ميامي-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | آدمز-أوهايو | <input type="checkbox"/> | مونتجمري-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | أوغلايز-أوهايو | <input type="checkbox"/> | بربل-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | براون-أوهايو | <input type="checkbox"/> | شيلبي-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | بتلر-أوهايو | <input type="checkbox"/> | وارن-أوهايو |
| <input type="checkbox"/> | تشامباين-أوهايو | <input type="checkbox"/> | ليست واحدة من هؤلاء |

معلومات عنك

لمساعدتنا على اكتساب المعرفة بشأن الصحة والتجارب المتعلقة بها لجميع الأشخاص في مجتمعنا، نود معرفة بعض المعلومات الأساسية عنك.

1. في أي عام ولدت؟

2. ما انتمائك العرقي/الإثني؟ (يرجى تحديد كل الإجابات المنطبقة)

- هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين
- آسيوي
- ذو بشرة سمراء أو أمريكي من أصل أفريقي
- هسباني أو لاتيني أو من أصل إسباني
- أحد سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
- ذو بشرة بيضاء أو قوقازي
- أرفض الإفصاح
- أنتمي إلى عرق آخر (يرجى التحديد)

3. ما نوع جنسك في شهادة ميلادك؟ (يمكنك الكشف عن هويتك الجنسية الحالية لاحقًا في الاستبيان)

- ذكر
- أنثى
- مزدوج الجنس
- أرفض الإفصاح

4. ما نوع التأمين الصحي أو المساعدة الصحية التي لديك؟ (يرجى وضع علامة أمام كل الإجابات المنطبقة)

- بلا تأمين/ مساعدة
- تأمين صحي خاص (من وظيفتك أو وظيفة شخص آخر)
- تأمين صحي تابع لموقع Healthcare.gov (المعروف أيضًا باسم قانون الرعاية الصحية الأمريكي (ACA) أو أوباما كير أو برنامج تأمين السوق)
- برنامج ميديكير التأميني
- برنامج ميديكيد التأميني
- برنامج مزايا المحاربين القدامى
- برنامج التأمين ضد العجز
- برنامج كوبرا التأميني
- أرفض الإفصاح
- غير ذلك (يرجى التحديد): _____

5. ما هو الرمز البريدي الذي تعيش فيه

7. ما الحالات الصحية الأخرى التي عانيت منها وكنت بحاجة إلى علاج ولكن لم تتلقاه خلال الأشهر الاثني عشر الماضية؟ (يُرجى وضع علامة أمام كل الإجابات المنطبقة)

- أمراض المناعة الذاتية (مثل مرض الذئبة، والتهاب المفاصل الروماتويدي، والتصلب المتعدد، وما إلى ذلك)
- الحساسية
- مشكلات الأسنان (مثل أمراض اللثة، وتسوس الأسنان، وتجاويف الأسنان، وأطقم الأسنان)
- مشكلات في الرؤية (مثل ارتداء النظارات الطبية، وتغيرات في الرؤية، وجراحة العيون، وإعتماد عدسة العين)
- الصداع النصفي
- مشكلات تتعلق بالصحة الإنجابية بالنسبة إلى الرجال بخلاف السرطان
- مشكلات تتعلق بالصحة الإنجابية بالنسبة إلى النساء بخلاف السرطان
- غير ذلك (يُرجى التحديد):
- لا يوجد

8. ما الحالات الصحية، إن وجدت، التي احتاج أطفالك إلى علاجها ولكنهم لم يتلقوا علاجًا لها خلال الأشهر الاثني عشر الماضية؟ (يُرجى وضع علامة أمام كل الإجابات المنطبقة)

- الرعاية الصحية البدنية
- الرعاية الصحية العقلية
- فحوصات الطفل السليم (فحص سنوي)
- المشكلات الصحية للرضع (مثل العيوب الخلقية والولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة)
- غير ذلك (يُرجى التحديد):
- أرفض الإفصاح
- لا يوجد
- لا ينطبق

9. في الأشهر الاثني عشر الماضية (منذ شهر أبريل، عام 2020 في الوقت نفسه الذي تفشى فيه فيروس كورونا (كوفيد-19) في مجتمعنا)، كم مرة...

لا ينطبق	دومًا	كثيرًا	أحيانًا	نادرًا	لا مرة	
0	5	4	3	2	1	a. تعافيت من هذا المرض دون وصفة طبية أو أدوية مطلوبة؟
0	5	4	3	2	1	b. تعافيت من هذا المرض دون أن يوصي الطبيب بإجراء فحوصات لسبب طبي؟
0	5	4	3	2	1	c. تعافيت من هذا المرض دون أن يوصي الطبيب بعلاجات لسبب طبي؟
0	5	4	3	2	1	d. أجلت زيارة الطبيب لأسباب طبية؟

10. بالنظر في الأشهر الاثني عشر الماضية قبل مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)، كم مرة...

لا ينطبق	دومًا	كثيرًا	أحيانًا	نادرًا	لا مرة	
0	5	4	3	2	1	تعافيت من هذا المرض دون وصفة طبية أو أدوية ضرورية؟
0	5	4	3	2	1	تعافيت من هذا المرض دون إجراء فحوصات موصى بها لسبب طبي؟
0	5	4	3	2	1	تعافيت من هذا المرض دون علاجات موصى بها لسبب طبي؟
0	5	4	3	2	1	أجلت زيارة الطبيب لأسباب طبية؟

11. بشكل عام، ما مدى ارتياحك بشأن التحدث مع مقدمي الرعاية الصحية (على سبيل المثال الأطباء والعاملين في مجال التمريض ومساعدو الأطباء والمعالجين) حول المشكلات الصحية التي تعاني منها؟

لم يسبق لي زيارة مقدم رعاية صحية (تجاوز إلى رقم 12)	في غاية الراحة (تجاوز إلى رقم 12)	مرتاح إلى حد ما	لست مرتاحًا على الإطلاق
0	3	2	1

12. أي مما يلي يجعلك تشعر بمزيد من الراحة عند التحدث مع مقدم الرعاية الصحية؟ (يُرجى وضع علامة أمام كل الإجابات المنطبقة)

- إذا كان من نفس العرق أو الخلفية الثقافية التي أنتمى إليها
- التمكن من التحدث إلى مقدم الرعاية شخصيًا بدلاً من الخدمات الافتراضية أو الخدمات الصحية عن بُعد
- التمكن من التحدث إلى مقدم الرعاية عبر الهاتف أو جهاز الكمبيوتر بدلاً من التحدث إليه شخصيًا
- الشعور بأن مقدم الرعاية الصحية كان يستمع إليّ أو يتفهم مشكلاتي الصحية
- إذا كان من نفس الجنس الذي أنتمى له
- إذا كان يستخدم كلمات يمكنني استيعابها
- إذا كان من الأسهل التواصل من خلال مترجم (إذا لزم الأمر)
- إذا كنت قادرًا على التحدث إلى مقدم الرعاية دون الشعور بالحرج بشأن مشكلاتي الصحية
- إذا لم يوجد أشخاص آخرون (على سبيل المثال الأسرة، والمترجم، ومشرف الرعاية) في الغرفة عند التحدث إلى مقدم الرعاية
- إذا وثقت في أن مقدمي الرعاية سيضعون مصلحتي نصب أعينهم
- أرفض الإفصاح
- غير ذلك (يُرجى التحديد):

13. بشكل عام، كيف تصف جودة الرعاية الصحية التي تتلقاها بصورة معتادة؟

سينة	مقبولة	جيدة	جيدة جدًا	ممتازة	لا ينطبق
1	2	3	4	5	0

14. عندما تكون مريضاً أو تشعر بالقلق إزاء صحتك، أين تذهب غالباً لتلقي المساعدة؟ (يُرجى تحديد خيار واحد فقط)

- أسأل قائداً روحياً أو ثقافياً طلباً للمشورة
- اتصل بالخط الساخن أو خط مساعدة آخر
- طبيب الرعاية الأولية
- قسم الطوارئ في المستشفى
- عيادة مجانية
- صديق أو فرد من أفراد الأسرة
- مراكز الرعاية الصحية/ المركز الصحي المؤهل فيدرالياً (مراكز الرعاية الصحية في الأحياء)
- صيدلية
- أبحث على الإنترنت عن مقدمي الرعاية الصحية
- أبحث على الإنترنت للحصول على معلومات عن الأعراض التي أعاني منها
- أتحدث مع مقدم خدمات التأمين الطبي
- الرعاية العاجلة
- العيادة المتنقلة (عيادة الدقيقة الواحدة)
- ليس لدي مكان أو شخص للذهاب إليه
- أرفض الإفصاح
- غير ذلك، يُرجى التحديد

15. بالنظر في المكان الذي حددته أعلاه، كم تبعد المسافة التي تسافر إليها عادة من منزلك للوصول إلى هذا المكان؟

- أنا لا أسافر، فأنا عادة أتلقى خدمات افتراضية/ صحية عن بُعد
- أقل من 10 دقائق من منزلي
- في غضون 10-20 دقيقة من منزلي
- في غضون 21 إلى 30 دقيقة من منزلي
- أكثر من 30 دقيقة من منزلي
- أنا لم/ لا أتلقى الرعاية الصحية
- لا أعرف
- أرفض الإفصاح

16. كم عدد المرات التي تُجري فيها "فحوصات" طبية أو فحوصات جسدية (بما في ذلك تصوير الثدي الشعاعي والفحص الطبي

لعنق الرحم وفحص منظاري للقولون وفحص البروستاتا)؟

- أكثر من مرة في السنة
- مرة واحدة في السنة
- مرة واحدة كل سنتين
- مرة واحدة كل ثلاث إلى خمس سنوات
- فترة أطول من كل خمس سنوات
- ولا مرة أو تقريباً ولا مرة
- أرفض الإفصاح

العقبات التي تعترض الرعاية الصحية

يتناول هذا القسم العقبات التي يواجهها العديد من الأشخاص في المجتمع. بالنظر في كل الأوقات التي تبحث فيها عن (تسعى إلى) أو تحصل على (تتلقى) رعاية أو علاجًا لصحتك، يُرجى الإجابة عن الأسئلة التالية.

العقبات الشائعة

17. بصفة عامة، كم مرة كانت البيانات التالية صحيحة بالنسبة إليك عند طلب/ تلقي الرعاية الصحية؟

لا ينطبق	دومًا	كثيرًا	أحيانًا	نادرًا	لا مرة	
0	5	4	3	2	1	a. لا يمكنني تحديد موعد لأنهم غير متاحين بعد انتهاء ساعات العمل أو في عطلات نهاية الأسبوع.
0	5	4	3	2	1	b. لا أعرف إلى أين أذهب لتلقي الرعاية الصحية المناسبة لي.
0	5	4	3	2	1	c. أجد صعوبة في الحصول على شخص يتصل بي مرة أخرى لتحديد المواعيد.
0	5	4	3	2	1	d. يتوجب عليّ الانتظار لفترة طويلة في غرفة الانتظار أو الفحص لرؤية الطبيب.
0	5	4	3	2	1	e. لا يمكنني العثور على طبيب/ مقدم رعاية يحترم هويتي الجنسية أو ميولي الجنسية.
0	5	4	3	2	1	f. أعاني من التمييز في مجال الرعاية الصحية بسبب جنسي و/أو هويتي/ ميولي الجنسية.

18. بصفة عامة، كم مرة كانت البيانات التالية صحيحة بالنسبة إليك عند طلب/ تلقي الرعاية الصحية؟

لا ينطبق	دومًا	كثيرًا	أحيانًا	نادرًا	لا مرة	
0	5	4	3	2	1	a. لا يمكنني إيجاد طبيب/ مقدم رعاية يتحدث/ يستخدم لغتي أو لديه خدمات ترجمة.
0	5	4	3	2	1	b. لا يمكنني العثور على طبيب/ مقدم رعاية يفهم/ يحترم ثقافتني.
0	5	4	3	2	1	c. أعاني من التمييز في الرعاية الصحية بسبب عرقي و/أو ثقافتني.
0	5	4	3	2	1	d. لا يمكنني تحمل تكاليف الذهاب إلى الطبيب.
0	5	4	3	2	1	e. لا أستطيع تحمل تكاليف الدواء (الأدوية).
0	5	4	3	2	1	f. ليس لدي هاتف لتحديد مواعيد الأطباء/ الرعاية الصحية.
0	5	4	3	2	1	g. ليس لدي جهاز كمبيوتر موثوق به أو إنترنت لتلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد.

تقييم الاحتياجات الصحية للمجتمع الذي تجريه مؤسسة Health Collaborative

19. بصفة عامة، كم مرة كانت البيانات التالية صحيحة بالنسبة إليك عند طلب/ تلقي الرعاية الصحية؟

لا ينطبق	دومًا	كثيرًا	أحيانًا	نادرًا	لا مرة	
0	5	4	3	2	1	a. أشعر بعدم الأمان عند ذهابي إلى مركز رعاية صحية لأنني أخشى أن أصاب بفيروس كورونا (كوفيد-19).
0	5	4	3	2	1	b. أشعر بعدم الأمان بشأن الموقع/ المنطقة التابع لها مركز الرعاية الصحية.
0	5	4	3	2	1	c. لا أحصل على رعاية صحية لأنني أخشى ما سيقل بشأن حالتي الصحية.
0	5	4	3	2	1	d. لا أتلقى رعاية صحية لأنني أخشى نظرة أصدقائي أو عائلتي أو مجتمعي تجاهي عند ذهابي لتلقي الرعاية.
0	5	4	3	2	1	e. لا أتلقى رعاية صحية لأنني أخشى أن ينتقدي العاملون في مجال الرعاية الصحية.
0	5	4	3	2	1	f. لقد توقفت عن تلقي الرعاية الصحية لأنني أعتقد أن الأعراض التي أعاني منها ستتحسن من تلقاء نفسها.
0	5	4	3	2	1	g. لا أتلقى رعاية صحية لأنني لا أعتقد أن نظام الرعاية الصحية يضع مصالحني في الاعتبار.

عوامل الصحة المجتمعية

20. ترد أدناه قائمة بالحالات التي يمكن أن تؤثر على الصحة. إلى أي مدى تشعر بما يلي في أسرتك أو مجتمعك؟

لا أعرف/ غير متاح	كبير جدًا	إلى حد كبير	نوعًا ما	مدى ضئيل	مدى ضئيل جدًا	
0	5	4	3	2	1	a. عنف في المنطقة المجاورة
0	5	4	3	2	1	b. مكان عمل غير آمن (خطر أو تهديد بالإصابة)
0	5	4	3	2	1	c. اتصال ثابت بشبكة الإنترنت
0	5	4	3	2	1	d. اتصال هاتفي ثابت
0	5	4	3	2	1	e. الحصول على مياه شرب نظيفة (خالية من الرصاص والمواد الضارة الأخرى)
0	5	4	3	2	1	f. هواء نظيف (خال من المواد الكيميائية الضارة)
0	5	4	3	2	1	g. حدائق على مسافة قريبة
0	5	4	3	2	1	h. الحصول على رعاية جيدة للأطفال
0	5	4	3	2	1	i. مسافة قريبة من المدارس ذات الجودة العالية

21. ترد أدناه قائمة بالعوامل التي يمكن أن تؤثر على الصحة. كم عدد المرات التي تتعرض فيها لهذه العوامل؟

لا أعرف/ غير متاح	دائمًا أو تقريبًا بشكل دائم	كثيرًا	أحيانًا	نادرًا	ولا مرة أو تقريبًا ولا مرة	كم عدد المرات التي....
0	5	4	3	2	1	a. كان لديك وسيلة نقل يمكن الاعتماد عليها؟
0	5	4	3	2	1	b. كان لديك ما يكفي من الطعام لتناوله؟
0	5	4	3	2	1	c. كان لديك ما يكفي من المال لدفع فواتيرك؟
0	5	4	3	2	1	d. كان لديك سكن آمن وثابت؟

تقييم الاحتياجات الصحية للمجتمع الذي تجريه مؤسسة Health Collaborative

كم عدد المرات التي....	ولا مرة أو تقريباً ولا مرة	نادرًا	أحيانًا	كثيرًا	دائمًا أو تقريبًا بشكل دائم	لا أعرف/ غير متاح
e. كان لديك عائلة أو أصدقاء للتحدث إليهم حول المشكلات الصحية التي تعاني منها؟	1	2	3	4	5	0
f. كان لديك شخص للتحدث إليه حول المشكلات الخطيرة الأخرى؟	1	2	3	4	5	0
g. تعرضت فيها للتممر (في الماضي أو في الوقت الحاضر)؟	1	2	3	4	5	0
h. شعرت بأنك على صلة جيدة بالمجتمع حولك؟	1	2	3	4	5	0

عوامل صحية أخرى

ترد أدناه قائمة بالعوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر على الصحة. يُرجى تحديد الخيار الذي يصفك على أفضل نحو فيما يتعلق بكل سؤال.

22. في أغلب الأحيان، كم مرة تقوم بممارسة نشاط بدني يستمر لمدة 30 دقيقة أو أكثر؟

- أقل من يوم واحد في الأسبوع
- يوم واحد في الأسبوع
- يومان في الأسبوع
- 3 أيام في الأسبوع
- 4 أيام في الأسبوع
- 5 أيام أو أكثر في الأسبوع
- أرفض الإفصاح

23. هل تدخن التبغ في الوقت الحالي؟

- نعم
- لا
- أرفض الإفصاح

24. هل تستخدم حاليًا السجائر الإلكترونية/ منتجات ينتج عنها بخار؟

- نعم
- لا
- أرفض الإفصاح

25. كم مرة كنت تستهلك 5 مشروبات أو أكثر (4 مشروبات أو أكثر بالنسبة إلى السيدات) خلال مناسبة واحدة في الشهر الماضي؟

- لا مرة
- أقل من مرة في الشهر
- مرة أو مرتان في الشهر
- أقل من مرة في الأسبوع
- مرة أو مرتان في الأسبوع
- 3 إلى 6 أيام في الأسبوع
- بشكل يومي أو شبه يومي
- أرفض الإفصاح

26. هل تعاني من ارتفاع في ضغط الدم؟

- نعم
- لا
- غير متأكد
- أرفض الإفصاح

27. هل تعاني من ارتفاع الكوليسترول؟

- نعم
- لا
- غير متأكد
- أرفض الإفصاح

28. كيف تقيّم عاداتك بشأن تناول الأطعمة الصحية بشكل إجمالي (مثل الفواكه والخضروات والحبوب ومنتجات الألبان والموارد الخالية من الدهون مثل الدواجن والأسماك والبيض)؟

- سيئة
- مقبولة
- جيدة
- جيدة جدًا
- ممتازة
- أرفض الإفصاح

29. أي مما يلي يصف وزن جسمك بشكل أفضل؟

- نحافة
- وزن طبيعي
- بدانة
- سمنة مفرطة
- غير متأكد
- أرفض الإفصاح

معلومات ديموغرافية إضافية

لمساعدتنا في التعرف على الفروق في الاحتياجات والتجارب الصحية في مجتمعنا، يُرجى الإجابة عن الأسئلة التالية الخاصة بك.

30. أي مما يلي تعتقد أنه يملكك؟

- ذكر
- أنثى
- رجل متحول جنسيًا
- سيدة متحولة جنسيًا
- بلا جنس
- ليس ذكرًا أو أنثى بشكل صريح
- مزدوج الجنس
- أرفض الإفصاح
- فئة نوع جنس أخرى (يُرجى التحديد): _____

31. هل سبق لك الخدمة في القوات المسلحة أو قوات الاحتياط العسكرية أو قوات الحرس الوطني الأمريكية؟

- نعم، أنا عضو عامل في الخدمة
- نعم، أنا من المحاربين القدامى
- لا، أنا لست عضوًا عاملًا في الخدمة أو من المحاربين القدامى
- أرفض الإفصاح

32. هل سبق لك أنت أو أي شخص في أسرتك أن تعرضت للاعتقال أو الحبس؟

- نعم
- لا
- أرفض الإفصاح

33. أي مما يلي يصف بأفضل شكل حالتك الوظيفية؟

- أعمل لحساب الغير/أعمل لحسابي الخاص، أعمل بدوام كلي
- أعمل لحساب الغير/أعمل لحسابي الخاص، أعمل بدوام جزئي
- لا أعمل، أبحث عن عمل
- لا أعمل، ولا أبحث عن عمل
- متقاعد
- معاق، لا أستطيع العمل
- أرفض الإفصاح

34. ما مستوى مهاراتك في اللغة الإنجليزية؟

- أتحدث الإنجليزية بصورة جيدة جدًا (بطلاقة)
- أتحدث الإنجليزية قليلاً (بصورة محدودة)
- لا أتحدث الإنجليزية (ولا كلمة)
- أرفض الإفصاح

35. ما مقدار المبلغ التقريبي الذي تكسبه أسرتك (كل من يستطيع الكسب داخل الأسرة) كل عام؟

- أقل من 25000 دولار أمريكي
- 25000 إلى 34999 دولارًا أمريكيًا
- 35000 إلى 49999 دولارًا أمريكيًا
- 50000 إلى 74999 دولارًا أمريكيًا
- 75000 دولار أمريكي فأكثر
- غير متأكد / لا أعرف
- أرفض الإفصاح

36. ما أعلى مستوى تعليمي حصلت عليه؟

- أقل من التعليم الثانوي
- مرحلة التعليم الثانوي
- شهادة التعليم الثانوي
- كلية أو شهادة مماثلة
- درجة البكالوريوس
- شهادة التخرج أو أعلى
- أرفض الإفصاح

37. هل تعتقد أن ما يلي يمثلك؟

- سوي أو متباين الجنس
- سيدة مثلية
- رجل مثلي
- رجل لديه ميول جنسية تجاه الرجال
- مزدوج الجنس
- بلا جنس
- غير رومانسي
- شاذ أو منفتح جنسيًا
- لا أعرف
- أرفض الإفصاح
- شخص آخر (يُرجى التحديد): _____

38. كم عدد الأشخاص في كل من هذه الفئات العمرية ممن يقيمون في منزلك (بما في ذلك أنت)؟

- أقل من 5 سنوات _____
- 5 إلى 17 سنة (أطفال) _____
- 18 إلى 64 سنة (بالغون) _____
- 65 سنة فأكثر (كبار السن) _____
- أرفض الإفصاح _____

39. هل لديك أخ بالرضاعة أو أخت بالرضاعة أو أم بالرضاعة في منزلك؟

- نعم
- لا
- أرفض الإفصاح

40. هل تعتني بأحد أفراد الأسرة أو صديق ممن لديه مشكلات صحية أو إعاقة؟

- نعم، حيث يبلغ عمر الشخص الذي أعنتني به أكثر من 18 سنة
- نعم، حيث يبلغ عمر الشخص الذي أعنتني به أقل من 18 سنة
- لا
- أرفض الإفصاح

41. هل لديك أي من الإعاقات التالية؟ (يُرجى تحديد كل ما ينطبق)

- ليست لدي إعاقة
- مشكلة صحية مزمنة
- خلل عقلي
- إعاقة في النمو
- صعوبة في الرؤية
- صعوبة في السمع أو فهم الكلام
- إعاقة في التعلم
- إعاقة أخرى في التواصل
- إعاقة عقلية / معرفية أخرى (على سبيل المثال إصابة الدماغ)
- إعاقة أخرى
- إعاقة بدنية / حركية
- أرفض الإفصاح

تقييم الاحتياجات الصحية للمجتمع الذي تجريه مؤسسة Health Collaborative

الدخول في السحب الخاص باستبيان المجتمع

لن تُستخدم هذه المعلومات إلا لأغراض السحب ولن يطلع عليها أحد خارج نطاق شركة Measurement Resources.

لن يتم الربط بين هذه المعلومات وإجاباتك على الاستبيان.

سيتم اختيار اسمين عشوائيًا في 15 يونيو.

وسيتصل بك في حال وقع الاختيار على اسمك.

هل ترغب في الدخول في السحب على أي من بطاقتي الهدايا بقيمة 100 دولار من أمازون؟

- نعم (يُرجى المتابعة إلى الصفحة التالية لإكمال عملية الدخول في السحب)
- لا (شكرًا. لقد اكتمل الاستبيان)

Health Collaborative تقييم الاحتياجات الصحية للمجتمع الذي تجريه مؤسسة

الدخول في السحب (يُرجى فصل هذا المرفق من الاستبيان)

الاسم:

عنوان البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف: