استبيان نظام هولمارك هيلث حول الصحة المجتمعية

نشكر لك استيفاء استبيان نظام "هولمارك هيلث" حول الصحة المجتمعية. ونود أن نؤكد أن معلوماتك مهمة للغاية لنا، حيث تتيح لنا هذه المعلومات التعرف على الأفراد الذين يعيشون ويعملون في المجتمعات التي تخدمها "هولمارك هيلث". كما أننا نستخدم ملاحظاتك التقييمية لمساعدتنا في تخطيط البرامج المستقبلية التي تلبي متطلبات المجتمع على النحو الأفضل.

ونرجو منك الإجابة على الأسئلة التالية بقدر استطاعتك. وستكون إجابتك دون ذكر أسماء، لذا نرجو ألا تكتب اسمك على هذا الاستبيان. واستيفاء هذا الاستبيان اختياري. وإذا واجهتك أية أسئلة لا ترغب في إجابتها، فيمكنك ترك خانتها خالية.

1) أ) في أي بلدة تعيش؟

- ❑ وينثروب
- ❑ ساجوس
- ❑ ميلروز
- ❑ إيفريت
- ❑ نورث ريدينج
- ❑ لينفيلد
- ❑ ستونهام
- ❑ ريدينج
- ❑ مالدن
- ❑ ريفير
- ❑ ميدفورد
- ❑ ويكفيلد
- ❑ أخرى (أين): _____

ب) في أي بلدة تعمل؟

- ❑ أخرى (أين): _____
- ❑ ساجوس
- ❑ ميلروز
- ❑ إيفريت
- ❑ نورث ريدينج
- ❑ لينفيلد
- ❑ ستونهام
- ❑ ريدينج
- ❑ مالدن
- ❑ ويكفيلد
- ❑ ريفير
- ❑ ميدفورد
- ❑ وينثروب

2) ما جنسك؟

- ❑ ذكر
- ❑ أنثى
- ❑ متحول جنسياً

3) ما عمرك؟

- ❑ 70 إلى 79 عاماً
- ❑ 40 إلى 49 عاماً
- ❑ 18 عاماً أو أقل
- ❑ 80 عاماً أو أكبر
- ❑ 50 إلى 59 عاماً
- ❑ 19 إلى 29 عاماً
- ❑ 60 إلى 69 عاماً
- ❑ 30 إلى 39 عاماً

4) ما عِرقك؟ يرجى اختيار جميع ما ينطبق.

- ❑ أمريكي من أصل إسباني/لاتيني
- ❑ هندي من أصل أمريكي/أمريكي أصلي
- ❑ أبيض
- ❑ آسيوي/من جزر المحيط الهادئ
- ❑ أخرى (يرجى التوضيح): _____
- ❑ أسود/أمريكي من أصل أفريقي

5) ما اللغات الرئيسية التي تتحدث بها في مجتمعك؟ يرجى اختيار جميع ما ينطبق.

- ❑ الفرنسية
- ❑ الإنجليزية
- ❑ الكريولية الهايتية
- ❑ العربية
- ❑ الإيطالية
- ❑ الصينية (عند الاختيار، يرجى تحديد أي لهجة؟)
- ❑ البرتغالية
- ❑ الكانتونية
- ❑ الإسبانية
- ❑ الماندارين
- ❑ الفيتنامية
- ❑ (لهجة صينية أخرى (ما هي؟_____)
- ❑ أخرى (يرجى التوضيح): _____

6) **ما اللغة التي تفضلها لتلقي خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك؟** ***يرجى اختيار لغة.***

- ❑ الفرنسية
- ❑ الكريولية الهايتية
- ❑ الإيطالية
- ❑ البرتغالية
- ❑ الإسبانية
- ❑ الفييتنامية
- ❑ أخرى (يرجى التوضيح):_____
- ❑ الإنجليزية
- ❑ العربية
- ❑ الصينية (عند الاختيار، يرجى تحديد أي لهجة؟)
- ❑ الكانتونية
- ❑ الماندارين
- ❑ لهجة صينية أخرى

(ما هي؟ _____)

7) **أ) هل عشت طيلة حياتك في الولايات المتحدة الأمريكية؟**

❑ نعم ❑ لا

ب) إذا كانت إجابتك بالنفي، فما المدة التي عشتها بالولايات المتحدة الأمريكية؟

- ❑ 6 إلى 10 أعوام
- ❑ أكثر من 10 أعوام
- ❑ عام أو أقل
- ❑ عامان إلى 5 أعوام

8) **كم يبلغ دخل أسرتك الشهري؟**

- ❑ من 50,000 إلى 59,999 دولار
- ❑ من 60,000 إلى 79,999 دولار
- ❑ من 80,000 إلى 99,999 دولار
- ❑ 100,000 دولار أو أكثر
- ❑ أقل من 10,000 دولار
- ❑ من 10,000 إلى 19,999 دولار
- ❑ من 20,000 إلى 29,999 دولار
- ❑ من 30,000 إلى 39,999 دولار
- ❑ من 40,000 إلى 49,999 دولار

9) **كم عدد الأفراد الذين يعيشون في أسرتك (بما يشملك)؟**

_____ طفل (0 إلى 18 عاماً)
_____ كبير السن (65 عاماً فأكثر)
_____بالغ (19 إلى 64 عاماً)

10) **ما أعلى مستوى تعليمي حصلت عليه؟**

- ❑ الصف الثامن أو أقل
- ❑ المدرسة الثانوية
- ❑ الكلية أو المدرسة المهنية
- ❑ درجة جامعية عليا
- ❑ أخرى (يرجى التوضيح):_____

11) **ما وضع وظيفتك الحالية؟** ***يرجى اختيار جميع ما ينطبق.***

- ❑ متقاعد
- ❑ طالب
- ❑ أخرى (يرجى التوضيح):
_____
- ❑ دوام كامل
- ❑ دوام جزئي
- ❑ عمل حر
- ❑ عاطل

12) **كيف تقيِّم حالتك الصحية ككل؟**

- ❑ ممتازة
- ❑ جيدة جداً
- ❑ جيدة
- ❑ معقولة
- ❑ ضعيفة

13) أ) هل لديك شخص تعتبره طبيبك الشخصي أو مقدم الرعاية الصحية لك؟

- ❑ نعم
- ❑ لا
- ❑ غير متأكد

ب) إذا كانت إجابتك بنعم، فأين تتلقى خدمات الرعاية الصحية الأولية؟

- ❑ لين كوميونيتي هيلث سنتر
- ❑ ماساتشوستس جنرال هوسبيتال
- ❑ ميلروز-ويكفيلد هوسبيتال – هولمارك هيلث
- ❑ ماونت أوبرن هوسبيتال
- ❑ نورث شور كوميونيتي هيلث – بي بودي فاملي هيلث سنتر
- ❑ تافتس ميديكال سنتر
- ❑ وينشستر هوسبيتال
- ❑ أخرى (ما هي عيادة/نظام الرعاية الصحية؟)_____
- ❑ بيث إزرائيل ديكونيس ميديكال سنتر
- ❑ بيفرلي هوسبيتال
- ❑ بريجام آند ويمينز هوسبيتال
- ❑ كيمبريدج هيلث أليانس
- ❑ هارفارد فانجارد ميديكال أسوشيتس
- ❑ لاهي كلينك ميديكال سينتر، بيرلينجتون
- ❑ لاهي كلينك ميديكال سينتر، نورث شور
- ❑ لورانس ميموريال هوسبيتال – هولمارك هيلث

14) متى كانت آخر زيارة قمت بها لطبيب أو مقدم رعاية صحية لأداء فحص طبي دوري؟ الفحص الطبي الدوري هو فحص طبي عام للجسم وليس فحصاً للتحقق من إصابة أو مرض أو حالة صحية معينة.

- ❑ أقل من عام
- ❑ عام إلى عامين
- ❑ 3 إلى 4 أعوام
- ❑ 5 أعوام أو أكثر
- ❑ لم أخضع لها مطلقاً
- ❑ غير متأكد

15) أ) هل ذهبت إلى غرفة الطوارئ العام الماضي؟

❑ **نعم** ❑ **لا**

ب) إذا كانت إجابتك بنعم، فأين كانت غرفة الطوارئ؟ ***يرجى اختيار جميع ما ينطبق.***

- ❑ ماساتشوستس جنرال هوسبيتال
- ❑ ميلروز-ويكفيلد هوسبيتال – هولمارك هيلث
- ❑ ماونت أوبرن هوسبيتال
- ❑ تافتس ميديكال سنتر
- ❑ ويدن ميموريال هوسبيتال
- ❑ وينشستر هوسبيتال
- ❑ أخرى (اسم اذكر مستشفى)_____
- ❑ بيث إزرائيل ديكونيس ميديكال سنتر
- ❑ بيفرلي هوسبيتال
- ❑ بوسطن ميديكال سنتر
- ❑ بريجام آند ويمينز هوسبيتال
- ❑ ذا كمبريدج هوسبيتال
- ❑ لاهي كلينك ميديكال سنتر، بيرلينجتون
- ❑ لاهي كلينك ميديكال سنتر، نورث شور
- ❑ لورانس ميموريال هوسبيتال – هولمارك هيلث

16)أ) هل لديك حالياً غطاء تأميني/تأمين صحي؟

- ❑ نعم، ويلبي بشكل عام جميع متطلباتي من الرعاية الصحية
- ❑ نعم، لكنه لا يلبي جميع متطلباتي من الرعاية الصحية
- ❑ لا

ب) إذا كان التأمين الصحي لا يلبي جميع متطلباتك، فهل تعرف السبب؟ ***يرجى اختيار جميع ما ينطبق.***

- ❑ رسوم التأمين الصحي مرتفعة للغاية
- ❑ مبلغ التحمل مرتفع للغاية
- ❑ خدمات رعاية الأسنان غير متوفرة
- ❑ خدمات رعاية العين/البصر غير متوفرة
- ❑ خدمات الوقاية، مثل صورة أشعة الثدي وفحوصات أخرى غير مشمولة

❑ أخرى (يرجى التوضيح):_____

17) **أ) خلال الشهور الاثني عشر الماضية، هل تطلب الأمر ولو لمرة واحدة لزيارة طبيب أو ممرضة أو مقدم رعاية صحية آخر ولم تتمكن من ذلك؟**

❑ نعم ❑ لا

ب) إذا كانت إجابتك بنعم، فما سبب عدم تمكنك من زيارة الطبيب أو الممرضة أو مقدم الرعاية الصحية الآخر؟ ***يرجى اختيار جميع ما ينطبق.***

❑ ليس لدي تأمين صحي
❑ لم أتمكن من الذهاب/مشكلات في الانتقال
❑ الانشغال الشديد بالأطفال و/أو كبار السن
❑ أخرى (يرجى التوضيح):_____
❑ التكلفة مرتفعة للغاية
❑ لم أتمكن من حجز موعد
❑ الاختلافات الثقافية بيني وبين مقدم الرعاية الصحية
❑ ساعات عمل الموقع لم تناسبني
❑ حواجز اللغة

18) **في المتوسط، كم يوماً في الأسبوع تمارس فيه تمارين رياضية لما لا يقل عن 30 دقيقة؟**

❑ لا أمارس تمارين رياضية ❑ يوم إلى يومين ❑ 3 إلى 4 أيام ❑ 5 أيام أو أكثر

19) **في المتوسط، كم مرة تتناول فيها كلاً من الأطعمة التالية؟**

	مرة أو أقل أسبوعياً	مرتان-4 مرات أسبوعياً	مرة يومياً	مرتان-4 مرات يومياً	5 مرات أو أكثر يومياً
فاكهة	❑	❑	❑	❑	❑
خضروات	❑	❑	❑	❑	❑
حبوب كاملة (مثل الأرز البري أو الخبز المصنوع من القمح الكامل)	❑	❑	❑	❑	❑

20) **إلى أي مدى توافق أو لا توافق على العبارة التالية؟**

	أوافق بشدة	أوافق إلى حدٍ ما	لا أوافق إلى حدٍ ما	لا أوافق بشدة
اختيارات الأطعمة الصحية (بما يشمل الفاكهة الطازجة والخضروات والحبوب الكاملة، إلخ) في مجتمعي ميسورة التكلفة.	❑	❑	❑	❑

21) **إذا كنت تبلغ من العمر 50 عاماً أو أكثر، هل أجريت تنظير القولون في الأعوام العشرة الماضية؟**

❑ نعم
❑ لا
❑ غير متأكد
❑ عمري أقل من 50 عاماً

22) ***للنساء فقط:***

أ- **متى كانت آخر مرة أجريتِ فيها اختبار مسح عنق الرحم؟**

❑ لم يسبق لي إجراؤه
❑ عام أو أقل
❑ عام إلى عامين
❑ 3 إلى 5 أعوام
❑ أكثر من 5 أعوام

ب- **إذا كنتِ تبلغين 40 عاماً أو أكثر، متى كانت آخر مرة خضعتِ فيها لصورة أشعة الثدي؟**

❑ لم أخضع لها مطلقاً
❑ عام أو أقل
❑ عام إلى عامين
❑ 3 إلى 5 أعوام
❑ أكثر من 5 أعوام

❑ عمري أقل من 40 عاماً

23) **هل أخبركِ أحد من قبل أنكِ مصابة بأيٍ من الحالات التالي؟** ***إذا كان الأمر كذلك،*** **فاختاري جميع ما ينطبق:**

❑ مرض القلب
❑ ارتفاع ضغط الدم
❑ ارتفاع نسبة الكولسترول
❑ زيادة الوزن
❑ حالة مزمنة أخرى (يرجى التوضيح): _____
❑ الربو
❑ التهاب المفاصل
❑ السرطان
❑ الاكتئاب
❑ السكري

24) **هل تدخنين؟**

❑ نعم
❑ كنت أدخن، لكني أقلعت عن التدخين
❑ لا، لم أدخن مطلقاً

25) **برأيك، ما أكثر المتاعب الصحية التي تواجه المجتمع الذين تعيشين فيه؟ يرجى اختيار أكثر ثلاثة متاعب.**

❑ البدانة
❑ السكتة الدماغية
❑ تعاطي المخدرات
❑ العنف/العنف العائلي
❑ أخرى (يرجى التوضيح):_____
❑ الربو
❑ السرطان
❑ السكري
❑ مرض القلب
❑ أمراض الرئة
❑ أمراض الصحة العقلية

26) **ماذا يمكن أن تقدمه "هولمارك هيلث لمساعدتك أو لمساعدة عائلتك فيما يتعلق بالحالة الصحية؟**

27) **هل لديك أي شيء آخر تود إخبارنا به عن صحتك أو صحة عائلتك أو صحة مجتمعك أو عن "هولمارك هيلث"؟ (يرجى الكتابة على ظهر الاستبيان إذا تطلب الأمر).**