

المؤسسة التابعة للتحالف الوطني للأمراض العقلية: الولاية: التاريخ:

مجموعة الدعم:	العلاقة بالتحالف الوطني للأمراض العقلية	مجموعة دعم الأسرة للتحالف الوطني للأمراض العقلية	غير ذلك (يُرجى التحديد)
---------------	---	--	-------------------------

أوافق بشدة	أوافق	أعترض	لا أوافق	أعترض تمامًا	1. هل توافق أو تعترض على ما يلي؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد كانت مجموعة الدعم مفيدة بالنسبة لي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد تواصلت ميسرو مجموعة الدعم بشكل فعال
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد زودتني مجموعة الدعم بالموارد والمهارات اللازمة لمساعدتي في اتخاذ أفضل قرارات العلاج لنفسي أو لأحبائي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد ساعدتني مجموعة الدعم على إدراك أن أعراض المرض العقلي منفصلة عن الشخص المصاب بهذه الحالة.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد ساعدتني مجموعة الدعم على إدراك أن الأمراض العقلية هي حالات بيولوجية وليس لأحد يد فيها.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد زودتني مجموعة الدعم بالمعلومات والموارد التي ستساعدني في إدارة حالات الأزمات المتعلقة بالمرض العقلي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لقد ساعدتني مجموعة الدعم على التحلي بالأمل من أجل المستقبل.

2. ما مدى احتمالية قيامك بالتوصية بمجموعة الدعم لشخص آخر؟

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

من المرجح للغاية

من غير المرجح على الإطلاق

3. كيف يمكننا تحسين مجموعة الدعم؟

4. هل كانت هذه هي المرة الأولى التي تحضر فيها مجموعة الدعم؟

لا	نعم
----	-----

5. ما مدى احتمالية استمراكك في حضور مجموعة الدعم؟

من المرجح للغاية	من المرجح	لست متأكد	غير مرجح	من غير المرجح على الإطلاق
------------------	-----------	-----------	----------	---------------------------

6. الآن بعد أن حضرت مجموعة الدعم، ما هي المعلومات الأخرى التي قد تكون مفيدة؟

7. كيف سمعت عن مجموعة الدعم؟

وسائل التواصل الاجتماعي	الموقع الإلكتروني لمؤسسة التحالف الوطني للأمراض العقلية	بريد إلكتروني من التحالف الوطني للأمراض العقلية	المؤسسة المحلية التابعة للتحالف الوطني للأمراض العقلية
	أخرى:	أخصائي الصحة العقلية	العائلة أو صديق ما

8. هل لديك تعليق آخر؟

الولاية: التاريخ:

المؤسسة التابعة للتحالف الوطني للأمراض العقلية:

مجموعة الدعم:	العلاقة بالتحالف الوطني للأمراض العقلية	مجموعة دعم الأسرة للتحالف الوطني للأمراض العقلية	غير ذلك (يُرجى التحديد)
---------------	---	--	-------------------------

جميع الأسئلة اختيارية. تأخذ مؤسسة التحالف الوطني للأمراض العقلية خصوصيتك على محمل الجد وتتعامل دائمًا مع بياناتك بسرية وعناية فائقة. لن نُشارك بياناتك أبدًا خارج نطاق مؤسسة التحالف الوطني للأمراض العقلية بطريقة تكشف عن هويتك.

1. كم عمرك؟

\_\_\_\_\_

2. ما هو رمزك البريدي؟

\_\_\_\_\_

3. ما هو عرقك، أو انتماءك الإثني، أو موطنك الأصلي؟ اختر بقدر ما تشاء.

- هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليون
- آسيوي
- من ذوي البشرة السوداء أو أمريكي من أصل أفريقي
- أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني
- من الشرق الأوسط أو شمال أفريقيا
- من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
- من ذوي البشرة البيضاء
- أفضل عدم الإجابة
- أستخدم مصطلحًا آخر: \_\_\_\_\_

4. ما هو أقرب وصف لجنسك؟ اختر بقدر ما تشاء.

- لا جنسي
- ذكر
- غير ثنائي، أو مائل بين الجنسين، أو غير مطابق لأي جنس
- غير موقن/غير متأكد
- متحول جنسيًا
- أنثى

- أفضل عدم الإجابة
- أستخدم مصطلحًا آخر: \_\_\_\_\_

5. ما هي ميولك الجنسية؟ اختر بقدر ما تشاء.

- عديم الجنس
- ثنائي الجنس
- مثلي
- مغاير الجنس/مستقيم
- سحاقية
- شمولي الجنس
- حر الجنس
- لست على يقين
- أفضل عدم الإجابة
- أستخدم مصطلحًا آخر: \_\_\_\_\_

6. هل خدمت في القوات المسلحة الأمريكية أو قوات الاحتياط أو الحرس الوطني؟

- لم أخدم في الجيش
- فقط في الخدمة الفعلية للتدريب في قوات الاحتياطي أو الحرس الوطني
- في الخدمة الفعلية حاليًا
- التحقت بالخدمة الفعلية في الماضي، ولكن ليس الآن (محارب قديم/عسكري سابق)
- أفضل عدم الإجابة

7. هل تسبب لك الصعوبات البدنية، أو العقلية، أو العاطفية صعوبة فيما يلي:

- ضعف السمع أو ضعف السمع الشديد (مثل الصمم)
- ضعف البصر أو ضعف البصر الشديد (مثل العمى)
- التذكر، أو التركيز، أو اتخاذ القرارات
- المشي، أو صعود السلالم، أو استخدام يديك، أو الوصول إلى الأشياء، أو الرفع أو الحمل
- ارتداء الملابس، أو الاستحمام، أو التجول داخل المنزل
- الخروج من المنزل بمفردك (على سبيل المثال، للتسوق أو الذهاب إلى الطبيب)
- العثور على وظيفة، أو الاحتفاظ بها، أو الحصول عليها
- لا شيء مما سبق
- أفضل عدم الإجابة

8. ما هي الصعوبات التي تواجهها في الحصول على الرعاية الصحية البدنية والعقلية، إن وجدت؟

- رعاية الأطفال

- مخاوف بشأن ما سيفكر فيه الآخرون عني
- مشاكل مالية (نقص التأمين، أو عدم كفاية التغطية، أو المساهمة في الدفع)
- الانتقالات
- العمل (لا يمكن الحصول على إجازة، وما إلى ذلك)
- لا شيء مما سبق
- أفضل عدم الإجابة
- غير موقن/غير متأكد
- شيء آخر: \_\_\_\_\_