

## مقدمة

كجزء من تقييم احتياجات المجتمع الصحية بشكل أكبر في سنة 2024-2025، يُجري النظام الصحي في RWJBarnabas - بالتعاون مع شركائنا في التحالف الصحي (Somerset، Middlesex، Mercer)، ومستشفى سانت بيتر الجامعي وكابيتال هيلث ومركز لورانس لإعادة التأهيل والرعاية الصحية، والمراكز الصحية المحلية، وإدارات الصحة بالمقاطعة وإدارات الصحة المحلية، والمنظمات المجتمعية - استطلاع رأي لمعرفة المزيد من المعلومات عن احتياجات المجتمع وسكانه ونقاط القوة لديهم. ستستخدم هذه المعلومات لتوجيه الخدمات والبرامج مستقبلاً وتحسين عمليات التنسيق بين المنظمات.

تعبئة هذا الاستطلاع طوعية، وستكون إجاباتك سرية. لن يُطلب منك اسمك أو عنوانك أو أي معلومات أخرى تتعلق بهويتك. سيأخذ هذا الاستطلاع حوالي 15 دقيقة من وقتك لإكماله. ستساعد آراؤك في التأكد من تلبية الخطط المستقبلية لاحتياجات المجتمع والسكان المختلفة. إذا كانت لديك أية أسئلة أو تعليقات حول هذا المسعى، يرجى الاتصال ب BHPlanningDept@rwjbh.org. لنعمل معاً من أجل رسم مستقبل الخدمات الصحية في مجتمعك.

## الجزء أ: المعلومات الأساسية – معلومات عنك أنت ومجتمعك

1. ما هو رمزك البريدي؟ \_\_\_\_\_ (يرجى كتابة الرقم المكون من 5 أرقام.)

2. ما هي بلدتك أو مدينتك؟ \_\_\_\_\_

3. منذ متى وأنت تعيش في المنطقة؟

- أقل من سنة واحدة ← إذا كانت إجابتك أقل من سنة واحدة، ما هو الرمز البريدي لعنوانك السابق؟ \_\_\_\_\_
- 1-4 سنوات
- 5-9 سنوات
- 10-19 سنوات
- أكثر من 20 سنة

\*\*الأسئلة الديموغرافية التالية مخصصة لتحليل هذه الدراسة فقط ويتم الحفاظ على سريتها بالكامل.

4. في أي سنة ولدت؟ \_\_\_\_\_

5. كيف تصف أصلك العرقي؟.

(اختر كل ما ينطبق).

- أمريكي أسود أو أفريقي (على سبيل المثال، أمريكي من أصل أفريقي أو هايتي أو جامايكي أو نيجيري أو إثيوبي)
- لاتيني/لاتينية أو من أصل إسباني من أصل كاريبي (على سبيل المثال، من بورتوريكو أو كوبا أو الدومينيكان)
- لاتيني/لاتينية أو من أصل إسباني من أصل مكسيكي أو من أمريكا الوسطى أو الجنوبية (على سبيل المثال، من المكسيك أو السلفادور أو البرازيل أو كولومبيا)
- شرق آسيا (على سبيل المثال، من الصين أو اليابان أو كوريا والفلبين أو فيتنام)
- جنوب آسيا (على سبيل المثال، من الهند أو باكستان أو بنغلاديش أو نيبال)
- الشرق الأوسط/شمال أفريقيا/من أصل عربي (على سبيل المثال، مصري أو مغربي أو أردني أو سوري)
- أبيض/أمريكي أوروبي (على سبيل المثال، من ألمانيا أو إيرلندا أو إنجلترا أو إيطاليا أو بولندا)
- أمريكي هندي/أمريكي من السكان الأصليين (على سبيل المثال، من نانتيكوك لبني لبناي أو بوهاتان رينابي أو رامابوغ)
- من سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين (على سبيل المثال، هاواي، ساموا)
- اختيار آخر (يرجى التحديد): \_\_\_\_\_
- أفضل عدم الإجابة

6. ما هو أعلى مؤهل تعليمي حصلت عليه؟

- أقل من المرحلة الثانوية
- درجة / شهادة جامعية أو فنية
- حضور بعض الساعات في المرحلة الثانوية
- خريج جامعة
- خريج مرحلة ثانوية أو نظام تطوير التعليم العام
- حصل على شهادة دراسات عليا أو شهادة مهنية
- حضور بعض الساعات في الجامعة
- أفضل عدم الإجابة

7. في رأيك، ما هي أهم ثلاث مشكلات أو مخاوف صحية يواجهها مجتمعك على الإطلاق؟ (يرجى اختيار 3 فقط.)

- |                          |   |                          |  |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | الأمراض المنقولة جنسيًا (مثل الكلاميديا، وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز)    | <input type="checkbox"/> | الربو  |
| <input type="checkbox"/> | حمل المراهقات   | <input type="checkbox"/> | السرطان  |
| <input type="checkbox"/> | العنف وتهديد سلامة المجتمع (مثل العنف المسلح والعنف المنزلي)                  | <input type="checkbox"/> | مرض السكري   |
| <input type="checkbox"/> | الإصابات غير المقصودة (مثل حوادث السيارات والغرق)                             | <input type="checkbox"/> | أمراض القلب  |
| <input type="checkbox"/> | عدم توفر ما يكفي من الخدمات الصحية والاجتماعية التي يمكن للناس الاستفادة منها | <input type="checkbox"/> | أمراض الرئة (على سبيل المثال، مرض الانسداد الرئوي المزمن وانتفاخ الرئة)  |
| <input type="checkbox"/> | العنصرية والتمييز   | <input type="checkbox"/> | زيادة الوزن/السمنة   |
| <input type="checkbox"/> | عدم قدرة الناس على تحمل تكاليف السكن  | <input type="checkbox"/> | المخاوف الصحية المرتبطة بالشيخوخة (مثل مرض الزهايمر والسقوط)   |
| <input type="checkbox"/> | الجوع أو صعوبة حصول الناس على المواد الغذائية بأسعار مناسبة                   | <input type="checkbox"/> | مشاكل الصحة العقلية (مثل الاكتئاب والقلق والانتحار)  |
| <input type="checkbox"/> | عدم توفر الخدمات التعليمية المناسبة والجيدة                                   | <input type="checkbox"/> | إدمان الكحول أو التعاطي أو الجرعات الزائدة من المخدرات   |
| <input type="checkbox"/> | الفقر / عدم توفر فرص العمل  | <input type="checkbox"/> | التدخين أو التدخين الإلكتروني (الفيب) أو مضغ التبغ   |
| <input type="checkbox"/> | مشكلات أو مخاوف أخرى غير مدرجة (يرجى التحديد):                                | <input type="checkbox"/> | تعاطي المخدرات أو تناول جرعات زائدة (مثل المواد الأفيونية أو الهيروين أو إساءة استخدام العقاقير الطبية أو الماريجوانا) |
| <input type="checkbox"/> | لا أعلم   | <input type="checkbox"/> | نمط الحياة المليء بالتوتر والضغوطات  |
|                          |   | <input type="checkbox"/> | الأمراض المعدية (مثل الالتهاب الرئوي وكوفيد والأنفلونزا)   |

8. في رأيك، ما هي أهم ثلاث مشكلات أو مخاوف صحية يواجهها الأطفال والشباب؟ (يرجى اختيار 3 فقط.)

- |                          |   |                          |  |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | حمل المراهقات   | <input type="checkbox"/> | الربو  |
| <input type="checkbox"/> | إيذاء الأطفال وإهمالهم  | <input type="checkbox"/> | سرطان الأطفال  |
| <input type="checkbox"/> | العنف وتهديد سلامة المجتمع (مثل العنف المسلح والعنف في المدارس، والعصابات)              | <input type="checkbox"/> | مرض السكري   |
| <input type="checkbox"/> | الإصابات غير المقصودة (مثل حوادث السيارات والغرق)                                       | <input type="checkbox"/> | زيادة الوزن/السمنة   |
| <input type="checkbox"/> | عدم توفر ما يكفي من الخدمات الصحية والاجتماعية التي يمكن للأطفال والشباب الاستفادة منها | <input type="checkbox"/> | التنمر   |
| <input type="checkbox"/> | العنصرية والتمييز   | <input type="checkbox"/> | مشاكل الصحة العقلية (مثل الاكتئاب والقلق والانتحار)  |
| <input type="checkbox"/> | عدم قدرة الناس على تحمل تكاليف السكن  | <input type="checkbox"/> | إدمان الكحول أو التعاطي أو الجرعات الزائدة من المخدرات   |
| <input type="checkbox"/> | الجوع أو صعوبة حصول الناس على المواد الغذائية بأسعار مناسبة                             | <input type="checkbox"/> | التدخين أو التدخين الإلكتروني (الفيب) أو مضغ التبغ   |
| <input type="checkbox"/> | عدم توفر الخدمات التعليمية المناسبة والجيدة   | <input type="checkbox"/> | تعاطي المخدرات أو تناول جرعات زائدة (مثل المواد الأفيونية أو الهيروين أو إساءة استخدام العقاقير الطبية أو الماريجوانا) |
| <input type="checkbox"/> | الفقر / عدم توفر فرص العمل  | <input type="checkbox"/> | نمط الحياة المليء بالتوتر والضغوطات  |
| <input type="checkbox"/> | مشكلات أو مخاوف أخرى غير مدرجة (يرجى التحديد):  | <input type="checkbox"/> | الأمراض المعدية (مثل الالتهاب الرئوي وكوفيد والأنفلونزا)   |
| <input type="checkbox"/> | لا أعلم   | <input type="checkbox"/> | الأمراض المنقولة جنسيًا (مثل الكلاميديا، وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز)   |



13. خلال الاثني عشر شهراً الماضية، هل تلقيت مساعدة مجانية أو منخفضة التكلفة من منظمة أو برنامج حكومي لمساعدتك في أي مما يلي؟  
(يرجى اختيار كل ما ينطبق.)

- |                          |  |                          |  |                          |                          |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | النقل  | <input type="checkbox"/> | رعاية الأطفال                            | <input type="checkbox"/> | قضايا الهجرة             |
| <input type="checkbox"/> | فواتير المرافق   | <input type="checkbox"/> | السكن                                    | <input type="checkbox"/> | القضايا القانونية        |
| <input type="checkbox"/> | الخدمات التعليمية  | <input type="checkbox"/> | البحث عن وظائف أو تدريب                  | <input type="checkbox"/> | لم أتلق دعماً            |
| <input type="checkbox"/> | الطعام (على سبيل المثال، برنامج مساعدة التغذية التكميلية (SNAP)) | <input type="checkbox"/> | رعاية كبار السن أو ذوي الاحتياجات الخاصة | <input type="checkbox"/> | أفضل عدم الإجابة/لا أعلم |
| <input type="checkbox"/> | الأدوية  | <input type="checkbox"/> | الترجمة/التفسير                          |                          |                          |

### الجزء ج: الحالة الصحية

14. كيف تصف حالتك الصحية العامة؟

- ممتازة  جيدة جداً  جيدة  معقولة  سيئة

15. هل أخبرك من قبل طبيب أو أخصائي صحة أنك تعاني من أي مما يلي؟

لكل إجابة بـ "نعم" في سؤال a15، أجب على b15 هل تتلقى الرعاية حالياً لهذه الحالة؟

\*\*تذكرك: تعبئة هذا الاستطلاع طوعية، وستكون إجاباتك سرية. لن يُطلب منك اسمك أو عنوانك أو أي معلومات أخرى تتعلق بهويتك.

b15. إذا كانت الإجابة نعم، هل تتلقى الرعاية الصحية حالياً؟		a15. هل أخبرك مقدم الرعاية الصحية قط أنك مصاب ب...؟		
لا	نعم	لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشكلة قلبية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتفاع الكوليسترول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض السكري
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض في الكلى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سكتة دماغية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان (أي نوع)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الربو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الرئة (على سبيل المثال، مرض الانسداد الرئوي المزمن وانتفاخ الرئة)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض الزهايمر أو الخرف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشكلة تتعلق بالوزن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشكلة في السمع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إعاقة جسدية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاكل الاكتئاب أو القلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاكل تعاطي المخدرات (المخدرات أو الكحول)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إدمان التدخين أو التدخين الإلكتروني (الفييب)

16. يرجى تحديد ما إذا كان أي من الأسباب التالية يمنعك من تناول الأطعمة التي تشكل جزءًا من نظام غذائي صحي. (اختر كل ما ينطبق).

- ضيق الوقت بالنسبة لشراء أو إعداد وجبات صحية  
 الحاجة لمواصلات من أجل الذهاب لشراء الأطعمة الصحية  
 لا تعرف دائمًا ما هي الأطعمة التي تشكل جزءًا من النظام الغذائي الصحي  
 لا تعرف كيفية شراء أو تحضير الأطعمة الصحية  
 تُكلف أسعار الأطعمة الصحية الكثير من المال  
 العجز الجسدي الذي يؤدي إلى صعوبة شراء أو إعداد الأطعمة الصحية
- عدم توفر المعدات اللازمة (مثل الموقد والأواني) لإعداد الطعام  
 لا أحب طعم الأطعمة الصحية أو هي لا تُشبعني  
 لست في مزاج مناسب لتناول أطعمة صحية  
 اختيار آخر (يرجى التحديد): \_\_\_\_\_  
 لا يوجد ما يمنعني من تناول أطعمة صحية

17. خلال الشهر الماضي، بخلاف وظيفتك العادية، هل شاركت في أي أنشطة بدنية أو تمارين مثل المشي أو الجري أو ركوب الدراجات أو الرقص أو الرياضة أو أي نشاط آخر مماثل؟

- نعم  لا  أفضل عدم الإجابة

18. هل لديك أي أطفال تحت سن 18 عامًا يعيشون معك في المنزل أو تتحمل المسؤولية عنهم بشكل منتظم؟

- نعم  لا  
 إذا كانت الإجابة بنعم، خلال الأيام السبعة الماضية، ما هو عدد الأيام التي كان طفلك فيها نشطًا بدنيًا لمدة إجمالية لا تقل عن 60 دقيقة يوميًا؟ (اختر رقمًا للأيام من 0 إلى 7): إذا كان لديك أكثر من طفل واحد، يرجى إكمال المعلومات فيما يتعلق بثلاثة أطفال بحد أقصى.

الطفل الأول \_\_\_\_\_ الطفل الثاني \_\_\_\_\_ الطفل الثالث \_\_\_\_\_

19. هل شاركت في أي من الفحوصات أو الخدمات أو البرامج التالية خلال العامين الماضيين؟

لا أعلم	لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص بدني سنوي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص أسنان (على سبيل المثال، الفحص بالأشعة السينية أو التنظيف)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أي شكل من أشكال استشارات الصحة العقلية و النفسية (مثل الاكتئاب والقلق)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أي شكل من أشكال الاستشارات بشأن إدمان الكحول أو تعاطي المخدرات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برنامج للتوقف عن التدخين/التدخين الإلكتروني (الفيب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أي شكل من أشكال التثقيف الغذائي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أي شكل من أشكال التثقيف حول أمراض القلب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دروس التربية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحصول على لقاح الإنفلونزا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحصول على لقاح كوفيد أو جرعة معززة منه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص نسبة الكوليسترول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص ضغط الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص مرض السكري أو فحص نسبة السكر في الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص نظر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص سمع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تصوير الثدي بالأشعة السينية (بالماموغرام) أو فحص الثدي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص سرطان القولون (مثل تنظير القولون، واختبار الدم الخفي في البراز)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص سرطان البروستاتا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص سرطان الجلد

20. ما هو نوع التأمين الصحي الخاص بك؟

- Medicare ميديكير  
 Medicaid /NJ FamilyCare ميديكيد  
 تأمين خاص/صحي تدفع تكلفته أنت و/أو صاحب عملك (على سبيل المثال، Aetna، Humana، Blue Cross Blue Shield، إلخ)  
 نوع آخر من أنواع التأمين الصحي (حدد):  
 ليس لدي تأمين صحي  
 أفضل عدم الإجابة

21. خلال العام الماضي، أي من هذه المشكلات، إن وجدت، مثلت صعوبة بالنسبة لك أو بالنسبة لأحد أفراد أسرتك في الحصول على العلاج الطبي أو خدمات الرعاية الصحية عند الحاجة؟ (اختر "نعم" إذا مثلت المشكلة صعوبة بالنسبة لك أو بالنسبة لأسرتك و اختر "لا" إذا لم تمثل المشكلة صعوبة في الحصول على العلاج الطبي أو خدمات الرعاية الصحية أو لم تكن هناك مشكلة.)  
 نذكرك: تعبئة هذا الاستطلاع طوعية، وستكون إجاباتك سرية. لن يُطلب منك اسمك أو عنوانك أو أي معلومات أخرى تتعلق بهويتك.

لا أعلم	لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاكل التأمين (على سبيل المثال، الأطباء لا يتعاملون مع شركة التأمين الخاصة بك، أو ليس لديك أي تأمين)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تكلفة خدمات الرعاية (على سبيل المثال، لم تكن قادرًا على الدفع، أو كانت تكلفة المشاركة في الدفع مرتفعة جدًا)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم قدرة الأطباء رؤية المزيد من المرضى الجدد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أوقات الانتظار في عيادة الطبيب طويلة جدًا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وجود صعوبة في تحديد موعد في وقت مناسب من النهار/المساء/عطلة نهاية الأسبوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخوف من الأطباء أو المستشفيات أو كراهية التعامل معهم؛ أو الأطباء أو مقدمو الخدمات أو موظفو المكاتب غير لطيفين في التعامل؛ أو عدم الشعور بالترحيب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا أستطيع أخذ إجازة للحصول على خدمات الرعاية - لن أتقاضى أجرًا في حالة أخذي إجازة أو سأعرض لفقد وظيفتي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنا غير قادر على العثور على خدمات الرعاية؛ أو لا أعلم أين أذهب لأحصل على خدمات الرعاية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاكل اللغة (على سبيل المثال، صعوبة التحدث مع مقدم خدمات الرعاية الصحية أو موظفي المكتب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخدمات غير متوفرة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توجد مشكلات في النقل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا يوجد من يرعى أطفالى أثناء زهابى لموعد الطبيب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا يُحتفظ بسرية المعلومات الصحية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أشعر بالخوف بسبب حالة الهجرة الخاصة بي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هناك بعض المشكلات الأخرى التي تمنعك أنت/أحد أفراد أسرتك من الحصول على العلاج أو خدمات الرعاية الصحية (حدد):

22. عند محاولتك الحصول على خدمات رعاية صحية، كم مرة شعرت شخصيًا بالتمييز العنصري بسبب أي من السمات التالية:

لم يحدث ذلك أبدًا	أحيانًا	تكرر ذلك	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العرق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الانتماء الثقافي أو الديني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اللغة أو طريقة الكلام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العمر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مستوى الدخل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حجم الجسم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الميل الجنسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النوع أو الهوية الجنسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الإعاقة الجسدية أو العقلية



27. خلال العامين الماضيين، هل كان هناك وقت كنت فيه أنت أو أحد أفراد أسرتك بحاجة إلى المساعدة في مشاكل الصحة العقلية و النفسية، مثل الشعور بالحزن الشديد أو القلق أو غيرها من المخاوف العاطفية، ولكنك لم تستطع الحصول على خدمات الرعاية التي تحتاجها؟

- نعم، كنت أنا/أحد أفراد أسرتي بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية والنفسية و/أو العلاج المتعلق بها ولكن لم نستطع الحصول عليها
- لا، كنت أنا/أحد أفراد أسرتي بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية والنفسية و/أو العلاج المتعلق بها واستطعنا الحصول عليها
- لا، لم أحتاج أنا أو أحد أفراد أسرتي إلى خدمات الصحة العقلية والنفسية و/أو العلاج المتعلق بها
- أفضل عدم الإجابة/لا أعلم

28. خلال العامين الماضيين، هل كان هناك وقت كنت فيه أنت أو أحد أفراد أسرتك بحاجة إلى المساعدة في مشاكل تعاطي المخدرات أو إدمان الكحول، ولكنك لم تستطع الحصول على خدمات الرعاية التي تحتاجها؟

- نعم، كنت أنا/أحد أفراد أسرتي بحاجة إلى خدمات مساعدة الإقلاع عن تعاطي المخدرات/الكحول و/أو العلاج المتعلق بها ولكن لم نستطع الحصول عليها
- لا، كنت أنا/أحد أفراد أسرتي بحاجة إلى خدمات مساعدة تعاطي المخدرات/الكحول و/أو العلاج المتعلق بها واستطعنا الحصول عليها
- لا، لم أحتاج أنا أو أحد أفراد أسرتي إلى خدمات مساعدة تعاطي المخدرات/الكحول و/أو العلاج المتعلق بها
- أفضل عدم الإجابة/لا أعلم

إذا لم تكن أنت أو أحد أفراد أسرتك بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية والنفسية أو تعاطي المخدرات/الكحول خلال العامين الماضيين، فيرجى الانتقال إلى الجزء و، السؤال 30.

29. خلال العامين الماضيين، أي من هذه المشكلات، إن وجدت، مثلت صعوبة بالنسبة لك أو بالنسبة لأحد أفراد أسرتك في الحصول على خدمات الصحة العقلية والنفسية أو المساعدة في الإقلاع عن تعاطي المخدرات/الكحول و/أو العلاج الخاص بها عند الحاجة؟ (اختر "نعم" إذا مثلت المشكلة صعوبة بالنسبة لك أو بالنسبة لأسرتك و اختر "لا" إذا لم تمثل المشكلة صعوبة أو لم تكن هناك مشكلة.)

نعم	لا	لا أعلم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاكل التأمين (على سبيل المثال، الأطباء لا يتعاملون مع شركة التأمين الخاصة بك، أو ليس لديك أي تأمين)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تكلفة خدمات الرعاية (على سبيل المثال، لم تكن قادرًا على الدفع)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المستشارون أو الجهات المقدمة للخدمات لا تقبل التعامل مع مرضى جدد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أوقات الانتظار طويلة جدًا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخوف من مقدمي الخدمات أو المستشارين أو الأطباء أو المستشفيات أو كراهية التعامل معهم؛ أو الأطباء أو مقدمو الخدمات أو موظفو المكاتب غير لطيفين في التعامل؛ أو عدم الشعور بالترحيب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا أستطيع أخذ إجازة من العمل للحصول على خدمات الرعاية - لن أتناقش أجزاء في حالة أخذي لإجازة أو سأعرض لفقد وظيفتي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاكل اللغة (على سبيل المثال، صعوبة التحدث مع مقدم خدمات الرعاية الصحية أو موظفي المكتب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخدمات غير متوفرة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توجد مشكلات في النقل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا يوجد من يرعى أطفالي أثناء ذهابي لموعد الطبيب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا يُحفظ بسرية المعلومات الصحية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أشعر بالخوف بسبب حالة الهجرة الخاصة بي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الشعور بالعار / الخجل من الحصول على تلك الأنواع من الخدمات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخوف من إجباري على الدخول إلى المستشفى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخوف من أن يكتشف عملي/صاحب عملي الأمر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هناك بعض المشكلات الأخرى التي تمنعك أنت/أحد أفراد أسرتك من الحصول على العلاج أو خدمات الرعاية الصحية (حدد):

إذا كنت أنت أو شخص تهتم لأمره في حاجة للمساعدة، يرجى الاطلاع على المصادر أدناه:

**New Jersey Hopeline** — للحصول على دعم بشكل سري لأي شخص يعاني من اضطراب عاطفي أو يكون لديه ميول انتحارية. أرسل رسالة نصية أو اتصل برقم 988

**ReachNJ** — للحصول على مساعدة في تعاطي المخدرات/الكحول. اتصل برقم-2465-732-844

30. استخدم المساحة أدناه للتحديث بشكل مفصل في موضوع سبق ذكره أو موضوع مهم متعلق بالصحة لم يتم ذكره في هذا الاستطلاع والذي تعتقد أنه مهم عند التخطيط للخدمات الصحية والمجتمعية.

الجزء ز: معلومات أساسية إضافية

\*\*الأسئلة الديموغرافية التالية مخصصة لتحليل هذه الدراسة فقط وتظل سرية تمامًا.

31. ما الذي يصف جنسك بشكل دقيق؟

- امرأة  
 رجل  
 امرأة متحولة جنسيًا  
 رجل متحول جنسيًا  
 غير ثنائي/غريب الجنس (ليس ذكرًا أو أنثى بشكل حصري)  
 بين الجنسين/لا أنتمي إلى جنس معين  
 فئة جنس أخرى (يرجى التحديد): \_\_\_\_\_  
 أفضل عدم الإجابة

32. ما الذي يصف ميلك الجنسي بشكل دقيق؟

- مستقيم الميول أو لذي ميل للجنس الآخر  
 مثلي الجنس أو مثلية الجنس  
 ثنائيي الجنس، أو متعدد الميول الجنسية، أو غريب  
 لا جنسي  
 لست متأكدًا  
 فئة أخرى (يرجى التحديد): \_\_\_\_\_  
 أفضل عدم الإجابة

33. أي مما يلي يصف دخل أسرتك السنوي قبل خصم الضرائب بشكل دقيق؟ دخل الأسرة هو إجمالي الأموال التي حصل عليها كل من يعيش في منزلك في العام الماضي (على سبيل المثال، الدخل المحقق ونفقات الزوجة المطلقة في حالة الطلاق، وما إلى ذلك).

- أقل من 10,000 دولار أمريكي  
 10,000 إلى 14,999 دولار أمريكي  
 15,000 إلى 24,999 دولار أمريكي  
 25,000 إلى 34,999 دولار أمريكي  
 35,000 إلى 49,999 دولار أمريكي  
 50,000 إلى 74,999 دولار أمريكي  
 75,000 إلى 99,999 دولار أمريكي  
 100,000 إلى 149,999 دولار أمريكي  
 150,000 إلى 199,999 دولار أمريكي  
 200,000 دولار أمريكي أو أكثر  
 أفضل عدم الإجابة

34. أي مما يلي يصف بشكل أفضل حالتك الاجتماعية؟

- أعزب  
 منفصل/مطلق/أرمل  
 متزوج  
 شراكة منزلية/ارتباط مدني/المساكنة والعيش معاً  
 أفضل عدم الإجابة

35a. إذا كانت الإجابة بلا، منذ متى وأنت تعيش في هذه البلد؟

- أقل من سنة واحدة  
 1-4 سنوات  
 5-9 سنوات  
 10 سنوات أو أكثر، ولكن ليس حياتي كلها  
 لقد عشت في الولايات المتحدة طوال حياتي تقريبًا  
 أفضل عدم الإجابة

35. هل وُلدت في الولايات المتحدة؟

- نعم (يرجى الانتقال إلى السؤال 36)  
 لا (يرجى الإجابة على السؤال 35a)  
 أفضل عدم الإجابة

36. ما هي اللغة (اللغات) الأساسية المستخدمة في منزلك؟ (يرجى اختيار كل ما ينطبق.)

- الإنكليزية  
 الإسبانية  
 البرتغالية  
 الهندية  
 الغوجاراتية  
 الماندرين  
 الكانتونية  
 الكورية  
 العربية  
 التغالوغية  
 الإيطالية  
 البولندية  
 الكريولية الهايتية  
 اليديشية  
 أخرى: \_\_\_\_\_  
 أفضل عدم الإجابة

\*\*\*\*\*

هذه نهاية الاستبيان. شكرًا لك على وقتك. نحن نقدر مشاركتك كثيرًا.