

# استبيان مخاوف أولياء الأمور

© (Parents' Concerns Questionnaire)

## النموذج الأولي موجز V9iii (Initial Form V9iii-Brief)

**Reference as:** Matthey, S. & White, A. (2002). *The Parents' Concerns Questionnaire-v10*. South West Sydney Area Health Service, Sydney Australia

المرجعية على النحو التالي: س. ماثيو وأ. وايت. استبيان مخاوف أولياء الأمور - موجز v9iii. منطقة جنوب غرب سيدني للخدمات الصحية، سيدني، أستراليا.  
الاتصال

stephen.matthey@sswahs.nsw.gov.au (للحصول على نموذج التقييم ببنية إكسل)

اسمك الأول: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
اسم الطفل الأول: \_\_\_\_\_ السن: \_\_\_\_\_  
فتى / فتاة (ضع دائرة حول أحدهما)

الوكالة .....  
الطبيب الإكلينيكي .....  
هوية العميل .....  
قبل / (بعد / متابعة: استخدم نموذجاً آخر)

يقول الكثير من أولياء الأمور إن هناك أوقاتاً معينة من اليوم يتصرف فيها أطفالهم بأسلوب عصبي أكثر من غيرها (مثل موعد النوم أو عند الخروج للتسوق، إلخ). قد يجد أولياء الأمور كذلك أن بعض الأشياء (أو السلوكيات) التي يفعلها أطفالهم تشعرهم بالضغط العصبي أو تزعجهم (على سبيل المثال الوقاحة، عدم الترتيب، إلخ).

A. هل تتعرض لمثل هذه الأوقات؟ نعم / لا  
(1) (2)

إذا أجبت بنعم ← يرجى التفكير في أكثر سلوكين أو موقفين ترغب في تغييرهما بالحضور إلى هذه الخدمة.

1. الموقف أو السلوك 1 (يرجى كتابة ما هو)

في المتوسط، على مدى الأسبوعين الأخيرين:

أ) ما مقدار تكرار ذلك؟ (يرجى وضع دائرة حول خيار واحد)

مرة واحدة في الشهر (1)	مرة واحدة في الأسبوع (2)	2-4 مرات في الأسبوع (3)	5-6 مرات في الأسبوع (4)	مرة واحدة في اليوم (5)	2-4 مرات في اليوم (6)	5 مرات في اليوم أو أكثر (7)
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

ب) ما مدى ما أصابك به الأمر من انزعاج أو ضغط عصبي؟ (يرجى وضع دائرة حول رقم)

7	6	5	4	3	2	1
لم يصيبني بأي ضغط عصبي أو انزعاج على الإطلاق		أصابني بضغط عصبي أو انزعاج معتدل		أصابني بضغط عصبي أو انزعاج شديد		

ج) ما مدى إصابة الأمر لطفلك بانزعاج أو ضغط عصبي؟ (يرجى وضع دائرة حول رقم)

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

## النموذج الأولي (INITIAL FORM)

أصابه بضغط عصبي  
أو انزعاج شديد

أصابه بضغط عصبي  
أو انزعاج معتدل

لم يصبه بأي ضغط عصبي أو  
انزعاج على الإطلاق

الرجاء الانتقال للصفحة التالية ←

الرجاء الانتقال للصفحة التالية ←

أ2. الموقف أو السلوك 2 (يرجى كتابة ما هو)

في المتوسط، على مدى الأسبوعين الأخيرين:

أ) ما مقدار تكرار ذلك؟ (يرجى وضع دائرة حول خيار واحد)

مرة أو مرتين في الشهر (1)	مرة واحدة في الأسبوع (2)	2-4 مرات في الأسبوع (3)	5-6 مرات في الأسبوع (4)	مرة واحدة في اليوم (5)	2-4 مرات في اليوم (6)	5 مرات في اليوم أو أكثر (7)
------------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------------

ب) ما مدى ما أصابك به الأمر من انزعاج أو ضغط عصبي؟ (يرجى وضع دائرة حول رقم)

7	6	5	4	3	2	1
أصابني بضغط عصبي أو انزعاج شديد		أصابني بضغط عصبي أو انزعاج معتدل			لم يصيبني بأي ضغط عصبي أو انزعاج على الإطلاق	

ج) ما مدى إصابة الأمر لطفلك بانزعاج أو ضغط عصبي؟ (يرجى وضع دائرة حول رقم)

7	6	5	4	3	2	1
أصابه بضغط عصبي أو انزعاج شديد		أصابه بضغط عصبي أو انزعاج معتدل			لم يصبه بأي ضغط عصبي أو انزعاج على الإطلاق	

ب. على مدى الأسبوعين الأخيرين

✓ يرجى وضع علامة في المربع عن كل عبارة

معظم الوقت	كثيراً إلى حد ما	أحياناً	بالكاد	أبداً	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. لقد استمتعت مع طفلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. لقد استمتعت أنا وطفلي بالتحدث سوياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. بدا طفلي سعيداً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. حين طلبت من طفلي أن يفعل شيئاً، شعرت بالثقة بأنه سيلبي طلبتي (إذا كانت سن طفلك أقل من سنتين، تخط هذا السؤال)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. شعرت بالرضا عن نفسي كوالد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. شعرت بالرضا عن طفلي

شكراً على ملئك هذا الاستبيان