

# استبيان مخاوف أولياء الأمور

(Parents' Concerns Questionnaire) ©

نموذج انتهاء الخدمة أو نموذج المتابعة V9iii

(End of Service or Follow-up Form V9iii-Brief)

المرجعية على النحو التالي: س. ماثيو وأ. وايت. استبيان مخاوف أولياء الأمور - موجز v9. منطقة جنوب غرب سيدني للخدمات الصحية، سيدني، أستراليا. الاتصال: stephen.matthey@sswaha.nsw.gov.au (للحصول على نموذج التقييم ببنية إكسل)

يجب أن يُملأ بواسطة قائد المجموعة / الخدمة (Group/Service Leader to Complete)

الخدمة المتلقاة: الفرد / المجموعة (بحروف كبيرة): ( / غير ما سبق:..... هوية العميل:.....  
تواريخ حضور الجلسات:..... لاحقة / متابعة .....  
عدد الجلسات التي حضرها:..... الوقت المنقضي منذ حضور آخر جلسة:.....  
من الذي حضر؟ .....  
آية جلسات تم حضورها؟.....  
تم ملء الاستبيان: شخصياً / عبر الهاتف / أعيد بالبريد

ملحوظة: يرجى أن تتذكر أن تملأ الموقفين 1 و 2 قبل تسليم هذا الاستبيان

اسمك الأول: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

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

أ. مدرج أدناه أكثر سلوكين أو موقفين ذكرت أنك ترغب في تغييرهما بتلقيك هذه الخدمة. نحن نود أن نعرف ما كان يحدث بشأن هذين السلوكين أو الموقفين خلال الأسبوعين الأخيرين.

1. الموقف أو السلوك 1 (بملؤه الموظف).....

في المتوسط، على مدى الأسبوعين الأخيرين:

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

|                              |                                |                               |                               |                              |                             |                                   |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| مرة واحدة<br>في الشهر<br>(1) | مرة واحدة<br>في الأسبوع<br>(2) | 2-4 مرات<br>في الأسبوع<br>(3) | 5-6 مرات<br>في الأسبوع<br>(4) | مرة واحدة<br>في اليوم<br>(5) | 2-4 مرات<br>في اليوم<br>(6) | 5 مرات في<br>اليوم أو أكثر<br>(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<br>أو انزعاج شديد |   | أصابني بضغط عصبي<br>أو انزعاج معتدل |   | لم يصيبني بأي ضغط عصبي أو<br>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<br>أو انزعاج شديد |   | أصابه بضغط عصبي<br>أو انزعاج معتدل |   | لم يصبه بأي ضغط عصبي أو<br>انزعاج على الإطلاق |   |   |

(د) هل تغير الموقف أو السلوك منذ الحضور إلى الخدمة؟ (يرجى وضع دائرة حول رقم)

|                  |                     |          |                   |                |
|------------------|---------------------|----------|-------------------|----------------|
| 1                | 2                   | 3        | 4                 | 5              |
| لقد تحسّن كثيراً | لقد تحسّن بعض الشيء | لم يتغير | لقد ساء بعض الشيء | لقد ساء كثيراً |

إذا كان قد تغير، ماذا كان السبب في رأيك؟.....

2. الموقف أو السلوك 2 (بملؤه الموظف).....

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 | أصابني بضغط عصبي أو انزعاج معتدل | أصابني بضغط عصبي أو انزعاج معتدل | أصابني بضغط عصبي أو انزعاج معتدل | أصابني بضغط عصبي أو انزعاج معتدل | لم يصبن 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 | أصابه بضغط عصبي أو انزعاج معتدل | أصابه بضغط عصبي أو انزعاج معتدل | أصابه بضغط عصبي أو انزعاج معتدل | أصابه بضغط عصبي أو انزعاج معتدل | لم يصبه بأي ضغط عصبي أو انزعاج على الإطلاق |

(د) هل تغير الموقف أو السلوك منذ الحضور إلى الخدمة؟ (يرجى وضع دائرة حول رقم)

|                  |                     |          |                   |                |
|------------------|---------------------|----------|-------------------|----------------|
| 1                | 2                   | 3        | 4                 | 5              |
| لقد تحسّن كثيراً | لقد تحسّن بعض الشيء | لم يتغير | لقد ساء بعض الشيء | لقد ساء كثيراً |

إذا كان قد تغير، ماذا كان السبب في رأيك؟.....

الرجاء الانتقال للمفحة التالية ←

الرجاء الانتقال للمفحة التالية ←

## ب. على مدى الأسبوعين الأخيرين

| 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  |



ج1. منذ حضورك إلى هذه الخدمة، هل هناك أية مواقف أو سلوكيات أخرى تزعجك؟  
نعم<sup>1</sup> / كلا<sup>2</sup>

إذا أجبت بنعم ← ما هي؟

.....1  
.....2

ج2. منذ حضورك إلى هذه الخدمة، هل تستخدم أية أساليب جديدة في التعامل مع المواقف أو السلوكيات أظهرت نجاحاً مع أسرتك؟  
نعم<sup>1</sup> / كلا<sup>2</sup>

إذا أجبت بنعم ← ما هي؟

.....1  
.....2



د1. عموماً، ما مدى فائدة الخدمة بالنسبة لك؟ (يرجى وضع دائرة حول رقم)

| 5                 | 4          | 3               | 2               | 1                      |
|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------------|
| مفيدة إلى أبعد حد | مفيدة جداً | مفيدة إلى حد ما | مفيدة بعض الشيء | ليست مفيدة على الإطلاق |

د2. هل لديك أية تعليقات أخرى على هذه الخدمة؟

.....

.....

★ We may like to arrange for someone to contact you in a few months to see how everything is going. Is this OK with you? Yes / No. Signature: Phone: (if 'Yes'):

★ قد نود أن نرتب لأن يتصل بك أحد خلال بضعة أشهر ليرى كيف تسير الأمور. هل يناسبك هذا؟ نعم / لا. التوقيع بنعم):

رقم الهاتف: (إذا كانت الإجابة

شكراً على ملأك هذا الاستبيان