

מספר סידורי 1-4

5/1

שפה (6-7)		מ.ז. משק בית (8-13)						מ.ז. מרואיין (14-15)	
2	5							-	

תאריך ראיון:

/

/

שנה (20-21) חודש (18-19) יום (16-17)

מספר מראיין: _____

22-24

השם הפרטי של המשיב/ה: _____

"50+ באירופה ובישראל"

סקר בריאות, הזקנות ופרישה באירופה ובישראל

גל 9 2021

استبيان للتعبئة الذاتية

العربية

كيف تجيب عن أسئلة الاستمارة؟

يجب الإجابة عن معظم الأسئلة عن طريق الإشارة في المربع تحت أو بجانب السؤال.

يُرجى أن تؤشر في مربع واحد: (1):

صحيح:

X

غير صحيح :

يرجى الإجابة عن الأسئلة حسب ترتيب ظهورها. تخطى الأسئلة فقط في حال وجود تعليمات واضحة بذلك.

مثال:

هل لديك أطفال؟

نعم 1 لا 5 انتقل إلى السؤال ...

إذا أشرت على "نعم" إلى هذا المثال، إذا أشرت على "لا" في هذا المثال؛

انتقل إلى السؤال التالي انتقل إلى السؤال الوارد في خانة الإرشاد

كيفية إعادة الاستبيان

إذا انتهيت من تعبئة الاستبيان في الوقت الذي لا يزال الشخص الذي يحري المقابلة معك موجودًا في بيتك، الرجاء تسليمه له. إذا كان قد غادر قبل أن تنهي، الرجاء إعادة الاستبيان في أقرب وقت ممكن من خلال المغلف المرفق. لا حاجة لطابع بريدي. إذا كانت هناك حاجة إلى مغلف آخر توجه إلى المسؤولين عن الاستطلاع على الهاتف رقم: 03-6408963

ابدأ من فضلك بالإجابة عن أسئلة الاستبيان من السؤال رقم 1 في الصفحة التالية.

الإجابة عن أسئلة هذا الاستبيان هي حسب رغبتك، وبإمكانك عدم الإجابة عن أسئلة معينة من دون أن يكون لهذا أي تأثير. سيتم الحفاظ على جميع أجوبتك بسرية تامة. نشكركم مجددًا على تعاونكم.

1. أشخاص من جميع الأعمار يتردّدون بالنسبة إلى التغيير في مكان السكن. أمامك عدد من الجمل المتعلقة بتغيير مكان السكن.

الرجاء الإشارة إلى أي درجة توافق/ين أو لا، على كلّ جملة من الجمل الواردة أدناه.

بدرجة كبيرة ▼ ₄	بدرجة متوسطة ▼ ₃	بدرجة قليلة ▼ ₂	بالمرة لا ▼ ₁	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) أنا معنيّ/ة بالبقاء في مكان سكني الحاليّ في المستقبل أيضًا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) أنا مضطّرّ/ سأضطرّ إلى مغادرة بيتي لأنّه لا يناسب احتياجاتي (بيت كبير، لا يوجد مصعد وما شابه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) أنا مضطّرّ/ سأضطرّ إلى مغادرة المنطقة التي أسكن فيها لأنّها لا تناسب احتياجاتي (الخدمات الطبيّة والمواصلات غير متاحة)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) أنا معنيّ/ة بالانتقال في المستقبل إلى سكن محيّي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5) من المهمّ بالنسبة إليّ السكن على بُعد مسافة يمكنني سيرها على الأقدام للوصول إلى أفراد العائلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6) من المهمّ بالنسبة إليّ السكن على بُعد مسافة يمكنني سيرها على الأقدام للوصول إلى أصدقائي/ أفراد مجتمعي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7) وضعي الاقتصادي لا يسمح لي بالانتقال إلى السكن المحيّي أو شقة مناسبة لاحتياجاتي بقدر أكبر

2. أشر/ أشيري إلى أيّ درجة، حسب رأيك، تُسهّم الإجراءات التالية في تفادي حالات السقوط.

بدرجة كبيرة ▼ ₄	بدرجة متوسطة ▼ ₃	بدرجة قليلة ▼ ₂	بالمرة لا ▼ ₁	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) القيام بنشاطات بدنيّة بشكل دائم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) تناول الأدوية التي تناسب الوضع الصحيّ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) إجراء فحص نظر روتينيّ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) إجراء فحص سمع روتينيّ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5) ملاءمة البيئة المنزليّة والخارجيّة (عوائق، مقابض وغيرها)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6) استعمال وسائل مساعدة مثل العكّازة/ جهاز المشي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7) تناول الغذاء الصحيّ

3. رفاهية وجودة حياة الأشخاص من حولك، خلال الاثني عشرة شهرًا الأخيرة، وانعكس على سبيل المثال في الدعم، الوقت، المال أو النصيحة.

بالمرة لا	نادرًا	أحيانًا	في كثير من الأحيان	
▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) بأيّ وتيرة تشعر/ ين بأنتك تساهم/ ين لرفاه وجودة حياة عائلتك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) بأيّ وتيرة تشعر/ ين بأنتك تساهم/ ين لرفاه وجودة حياة أصدقائك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) بأيّ وتيرة تشعر/ ين بأنتك تساهم/ ين لرفاه وجودة حياة المجتمع؟ (مثلًا: للناس في الحيّ أو من خلال منظّمات)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) بأيّ وتيرة طلب منك أشخاص نصيحة، مثلًا عند اتّخاذهم قرارًا هامًا؟

4. الرجاء أشر/ أشيري إلى أيّ درجة توافق/ ين على ما يرد أدناه بالنسبة إلى النشاط الجنسيّ في سنّ متقدّمة.

بالمرة لا	بدرجة قليلة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة	
▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) أعتقد أنّ الأشخاص في سنّ متقدّمة غير ناشطين جنسيًا.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) أعتقد أنّ هناك سنًا يجب فيه التوقّف عن النشاط الجنسيّ.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) عندما يكون لدى الزوج أو الزوجة اضطراب في الأداء الجنسيّ، نتوقّف عن النشاط الجنسيّ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) الاضطراب في الأداء الجنسيّ في سنّ متقدّمة هو أمر طبيعيّ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5) سأشعر بالإحراج من التوجّه لمختصّ والإبلاغ عن مشاكل في الأداء الجنسيّ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6) لا يوجد حلّ للمشاكل في الأداء الجنسيّ النابعة من التقدّم في السنّ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7) العلاقات الجنسيّة في سنّ متقدّمة قد تشكّل خطرًا على الصّحة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(8) إذا توجّهت إلى طبيبي في موضوع مشاكل جنسيّة، بالتأكيد فإنّ الأمر قد يسبب لي الإحراج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(9) عندي معلومات كافية عن الحياة الجنسيّة في سنّ متقدّمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(10) إذا واجهت مشاكل في الأداء الجنسيّ، أعرف لمن أتوجّه

5. تناول الأسئلة التالية روتين تناول الأدوية التي تأخذها حسب وصفة طبيب بشكل ثابت.

نعم	لا	
▼ ₁	▼ ₅	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) هل تتناول/ين أدوية بشكل ثابت؟ (أدوية تُوصف لك من قبل طبيب)

*إذا لم تكن تتناول أدوية بشكل ثابت، انتقل إلى السؤال 6.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) هل حدث أن نسيت مرّة تناول أدويةك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) عندما تشعر/ين بشعور جيّد أكثر، هل تتوقّف/ين عن تناول أدويةك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) هل تتوقّف/ين عن استخدام الدواء نفسه عندما تشعر/ين بسوء عند تناول الدواء؟

6. تتطرق الأسئلة التالية لاستهلاك الغذاء خلال الـ 12 شهرًا الأخيرة، وإذا كان لديك ما يكفي من النقود لشراء الغذاء المطلوب.

الرجاء الإشارة إلى درجة صحّة الجملتين 1 و2، ثمّ الإجابة عن الأسئلة 3-6.

على الأغلب صحيح	أحيانًا صحيح	بالمرة غير صحيح	لا يعرف/يرفض	يرفض/يرفض الإجابة	
▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₈	▼ ₉	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) الأكل الذي اشتريته/اشتريناه لم يكف، ولم تكن هناك نقود لشراء المزيد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) لم نملك ما يكفي من النقود لتناول وجبة متوازنة

نعم	ات	لا يعرف/تعرف	يرفض/يرفض الإجابة	
▼ ₁	▼ ₅	▼ ₈	▼ ₉	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) هل أكلت أقلّ ممّا تحتاجه/تحتاجينه لأنّه لم يكن معك نقود كافية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) هل كنت جائعًا/جائعة ولم تأكل/تأكلي لأنّه لم يكن معك نقود كافية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5) هل قلّصت في حجم الوجبات أو تخلّيت عن وجبات بسبب نقص النقود لشراء الغذاء؟
(6) إذا كانت الإجابة عن السؤال السابق "نعم"، بأيّ وتيرة حدث ذلك؟				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 كلّ شهر تقريبًا 2 في أشهر نعم وفي أشهر لا 3 فقط شهر أو شهرين في السنة

ساعات _____	7. هل خلال أمس، خلال وقت معين، كنت في بيتك وحدك (بدون الزوج/ة أو شخص آخر)؟ الرجاء التسجيل في المكان المخصص رقمًا من 0 إلى 24 وفي المكان المخصص للدقائق من 0 – 60. إذا لم تكن/ تكوني أمس في البيت وحدك الرجاء تسجيل "0" دقائق، ثم الانتقال إلى السؤال 8
دقائق _____	

كيف شعرت عندما كنت أمس في البيت؟

الرجاء تدرج المشاعر التالية، على أن 0 يشير إلى "لم أشعر بشيء" و6 يشير إلى "الشعور الذي كان قويًا جدًا":

عندما كنت وحدي شعرت بـ:

الشعور كان قويًا جدًا

لم أشعر بالمرّة

	▼ ₆	▼ ₅	▼ ₄	▼ ₃	▼ ₂	▼ ₁	▼ ₀	
(1) الفرح	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) الإثارة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) الإحباط	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) الحزن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) الرضا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) الملل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) الألم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. في النهاية الرجاء كتابة جنسك وتاريخ ميلادك:

(X) أنا...

<input type="checkbox"/>	رجل
<input type="checkbox"/>	امرأة

--	--	--	--

(B) وُلدتُ سنة

نشكرك على تكريس الوقت للإجابة عن الاستمارة.