رعاية الآخرين

إذا كنت تعتني بشريك أو بفرد من العائلة أو بصديق بحاجة الى الدعم أو الى الخدمات بسبب سنه أو بسبب اعاقة ذهنية أو جسدية أو بسبب المرض، بما في ذلك الأمراض العقلية، نرجو منك ملء هذا الاستقصاء. لست مضطرًا للإجابة عن كل الأسئلة؛ إذا كنت لا تريد الإجابة عن أحد الأسئلة، أو لا تعرف الإجابة، انتقل إلى السؤال التالي.

|  |
| --- |
| القسم الأول: حول الشخص الذي تقوم برعايته  تدور الأسئلة المدرجة في هذا القسم حول الشخص الذي تقوم برعايته، ونعني بذلك الشخص الذي تقوم بالعناية به أو مساعدته، وخبرتك في مجال الدعم والخدمات. |

|  |
| --- |
| في حال كنت تعتني بـأكثر من شخص، ينبغي عليك الإجابة **فقط** على ما يخص  . الشخص الذي ترعاه وتساعده معظم الوقت. في حال استغرقت فترة زمنية مماثلة للعناية بشخصين أو أكثر، نرجو منك الإجابة على ما يخص الشخص الذي يسكن معك. في حال كنت تعيش مع شخصين أو أكثر تمضي معهم وقتًا متساويًا للعناية بهم، يرجى اختيار شخص **واحد** منهم تكون الاجابات عنه. |

1. كم عمر الشخص الذي ترعاه؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ عامًا

**(في حال لم تكن تعرف سنه بالضبط، يرجى اعطاء عمر تقديري- ينبغي أن يكون عمر الشخص الذي ترعاه 18 سنة أو أكثر)**

1. هل يعاني الشخص الذي ترعاه من...؟

*يرجى وضع علامة [✓] في الخانات المناسبة*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | الخرف | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | إعاقة جسدية | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | فقدان البصر أو السمع | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | مشكلة العقلية | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | مشاكل متصلة بالسن | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | إعاقة أو صعوبة في التعلم | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | مرض مزمن | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | مرض عضال | h (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | الكحول أو تعاطي المخدرات | i (1) |

1. أين يسكن بالعادة الشخص الذي تقوم برعايته؟

يرجى وضع علامة [✓] في الخانة المناسبة

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | معي | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | في مكان آخر | 2 |

1. بشكل عام، هل أنت راض أو غير راض عن الدعم أو الخدمات التي تلقيتها أنت أو الشخص الذي تقوم رعايته من الخدمات الاجتماعية خلال الـ 12 شهرًا الأخيرة؟

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | لم نتلقى أي دعم أو خدمات من الخدمات الاجتماعية خلال الـ12 شهرًا الأخيرة. | 1 |
|  |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | أنا راضٍ بشدة | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | أنا راضً جدًا | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | أنا راضٍ إلى حد ما | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | أنا لست راضٍ أو غير راض | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | أنا غير راض إلى حد ما | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | أنا لست راض جدًا | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | أنا لست راض أبدًا | 8 |

1. هل قام الشخص الذي تقوم برعايته باستخدام أي شكل من أشكال الدعم أو الخدمات المذكورة أسفله خلال الـ 12 شهرا الماضية؟

قد يتم توفير هذه الخدمات من طرف مؤسسات أخرى، على سبيل المثال المؤسسات التطوعية، أو الوكالات الخاصة أو الخدمات الاجتماعية.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| يرجى وضع علامة [✓] في خانة واحد فقط من كل سطر | **نعم** |  | **لا** | **لا**  **أعرف** | | |
| أ. الدعم أو الخدمات التي تسمح لك بأخذ استراحة من الرعاية مع تقديم إشعار خلال فترة قصيرة أو في حالات الطوارئ. |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ب. الدعم أو الخدمات التي تسمح لك بأخذ استراحة من الرعاية لأكثر من 24 ساعة. |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ج. الدعم أو الخدمات التي تسمح لك بأخذ استراحة من ساعة إلى 24 ساعة (على سبيل المثال خدمات المجالسة).  c. Support or services to allow you to have a rest from caring for between 1 and 24 hours (eg. a sitting service) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| د. مساعد شخصي |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| هـ. رعاية منزلية/مساعدة منزلية |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| و. مركز نهاري أو أنشطة نهارية |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ز. نادي الغداء |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ح. خدمات توفير الوجبات |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ط. معدات أو مساعدة للتأقلم في المنزل (كرسي بعجلات أو درابزين) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ي. جهاز إنذار لإنقاذ الحياة |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ك. يقطن بشكل دائم في منزل رعاية |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 5 above for local use such as supported employment or special college. Additional answer options for question 5 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| القسم 2: بخصوص احتياجاتك وتجاربك في مجال الدعم  **ان الأسئلة الواردة في هذا القسم تدور حول الدعم والخدمات التي تستخدمها** أنت **بصفتك مقدم رعاية. قد تكون أنت من يقدم هذا الدعم أو الخدمات أو الخدمات الاجتماعية. كما يمكن أيضًا أن تصدر عن مؤسسة تطوعية أو وكالة خاصة أو عن الخدمات الاجتماعية.** |

1. هل استخدمت أي من الدعم أو الخدمات الواردة في القائمة أسفله، لمساعدتك على تقديم الرعاية خلال الأشهر الـ 12 الماضية؟

**يمكن أن تكون هذه الخدمات من قبل منظمات مختلفة، مثل منظمة تطوعية، أو وكالة خاصة أو الخدمات الاجتماعية. يرجى عدم ذكر المساعدة المجانية التي تتلقاها من العائلة والأصدقاء.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| يرجى وضع علامة [✓] في خانة واحدة فقط من كل سطر | نعم |  | لا | لا  أعرف | | |
| أ. المعلومات والنصائح |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ب. دعم من مجموعات مقدمي الرعاية أو شخص تثق في التحدث اليه. |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ج. تدريب لمقدمي الرعاية |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| د. الدعم لكي تحافظ على وظيفتك |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 6 above for local use such as advocacy for carers, help with household tasks and gardening and practical help to complete forms. Additional answer options for question 6 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| القسم 3: أثر الرعاية ونوعية حياتك  تنظر بعض الأسئلة الواردة في هذا القسم في مسألة تأثير الرعاية على بعض جوانب حياتك، بينما تناقش الأسئلة الأخرى نوعية حياتك من عدة جوانب بشكل عام. |

1. أي من العبارات التالية تصف بدقة كيف تمضي وقتك؟

عندما تفكر بما تفعله بوقتك، يرجى ذكر الأمور التي أنت تحبها أو تستمتع بها، بما في ذلك الوظيفة الرسمية والعمل التطوعي أو غير المدفوع أو الاهتمام بالآخرين وكذا النشاطات الترفيهية.

***يرجى وضع علامة [✓] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | أستطيع أن أمضي وقتي بالطريقة التي أريد، والقيام بالأعمال التي أحبها أو أستمتع بها | 1 |
|  |  |  |
|  | أقوم ببعض الأشياء التي أحبها أو أستمتع بها لتمضية وقتي، ولكن ليس بما يكفي | 2 |
|  |  |  |
|  | لا أقوم بأي شيء أحبه أو أستمتع به لتمضية وقتي. | 3 |

1. أي من العبارات التالية تصف بدقة مدى سيطرتك على حياتك اليومية؟

***يرجى وضع علامة [✓] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | أسيطر على حياتي اليومية بالقدر الذي أريده | 1 |
|  |  |  |
|  | أسيطر قليلا على حياتي اليومية ولكن ليس بالقدر الكافي | 2 |
|  |  |  |
|  | لا أسيطر على حياتي اليومية اطلاقا | 3 |

1. عند التفكير بالوقت الذي تملكه للاعتناء بنفسك- أي حصولك على قدر جيد من النوم أو التغذية الجيدة - أي من العبارات التالية تصف بدقة وضعك الحالي؟

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | أنا أعتني بنفسي | 1 |
|  |  |  |
|  | أحيانا لا أستطيع الاعتناء بنفسي كما يجب | 2 |
|  |  |  |
|  | أشعر بأنني أهمل نفسي | 3 |

.**a10**عند التفكير بسلامتك الشخصية، أي من العبارات التالية تصف بدقة وضعك الحالي؟

يُقصد بـ “السلامة الشخصية" الشعور بالأمان من خطر التعرض للإساءة أو الهجوم أو التعرض لأذى جسدي.

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ليست لدي أية مخاوف بخصوص سلامتي الشخصية | 1 |
|  |  |  |
|  | أشعر ببعض القلق حول سلامتي الشخصية | 2 |
|  |  |  |
|  | أنا قلق جدًا بشأن سلامتي الشخصية | 3 |

**.b10إذا ذكرت إنك قلق للغاية بشأن سلامتك الشخصية ، فهل يمكنك أن تخبرنا عن السبب؟**

Responses to this question should not be submitted in the survey data return.

1. عند التفكير بمقدار التواصل الاجتماعي الذي تحظى به مع أشخاص آخرين تحبهم، أي من العبارات التالية تصف بدقة وضعك الاجتماعي؟

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | أتواصل مع الأشخاص الذين أحبهم بالقدر الذي أريد | 1 |
|  |  |  |
|  | أتواصل مع الناس ولكن ليس بالقدر الكافي | 2 |
|  |  |  |
|  | أتواصل بشكل محدود جدًا مع الناس وأشعر بأنني معزول اجتماعيا | 3 |

1. عند التفكير بالتشجيع والدعم الذين تتلقاهما بصفتك راعيا، أي من العبارات التالي تصف بدقة وضعك الحالي؟

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | أشعر بأنني أتلقى التشجيع والدعم | 1 |
|  |  |  |
|  | أشعر بأنني أتلقى بعضا من التشجيع والدعم ولكن ليس بالقدر الكافي | 2 |
|  |  |  |
|  | أشعر بأنني لا أتلقى أي تشجيع أو دعم | 3 |

1. بخصوص الأشخاص الآخرين الذين ترعاهم، أي من العبارات التالية تصف وضعك الحالي؟ يرجى عدم ذكر الأشخاص الذين تمضي معظم وقتك في رعايتهم.

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ليست لدي مسؤوليات رعاية اتجاه أي شخص أخر | 1 |
|  |  |  |
|  | املك دائما ما يكفي من الوقت لرعايتهم | 2 |
|  |  |  |
|  | أحيانا املك من الوقت ما يكفي لرعايتهم | 3 |
|  |  |  |
|  | لا أملك الوقت الكافي لرعايتهم | 4 |

1. في الأشهر 12 الأخيرة هل تأثرت صحتك بسبب مهامك كمقدم رعاية بالشكل التالي؟

***يرجى وضع علامة [✓] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | الشعور بالتعب | a (1) |
|  |  |  |
|  | الشعور بالإحباط | b (1) |
|  |  |  |
|  | فقدان الشهية | c (1) |
|  |  |  |
|  | اضطرابات النوم | d (1) |
|  |  |  |
|  | الشعور بالقلق بصفة عامة | e (1) |
|  |  |  |
|  | ألم جسدي (مثلا الظهر) | f (1) |
|  |  |  |
|  | العصبية/الاضطراب | g (1) |
|  |  |  |
|  | اضطررت لرؤية طبيبك | h (1) |
|  |  |  |
|  | أصبحت مريضا | I (1) |
|  |  |  |
|  | ازداد مرضي سوءا | j (1) |
|  |  |  |
|  | أخرى | k (1) |
|  |  |  |
|  | لا ينطبق علي ما ذكر | l (1) |

1. في الأشهر ال 12 الماضية، هل تسببت لك الرعاية التي تقدمها في مشاكل مالية؟

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | لا، أبدا | 1 |
|  |  |  |
|  | نعم، بعض الشيء | 2 |
|  |  |  |
|  | نعم، كثيرا | 3 |

**16. كم مرة غالبًا ما تشعر بالوحدة؟**

**يرجى وضع علامة (ⱱ) في خانة واحدة**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | في كثير من الأحيان أو دائمًا | | | 1 | |
|  |  | | |  | |
|  | بعض من الوقت | | | 2 | |
|  |  | | |  | |
|  | أحيانا | | | 3 | |
|  | |
|  | | |  | |
|  | نادرا ما | | | 4 | |
|  |  | | |  | |
|  | أبدا | | | 5  5 | |

|  |
| --- |
| القسم 4: جودة المعلومات والنصائح  **تنظر الأسئلة التالية الى آراءك فيما يخص جودة المعلومات والنصائح.** |

1. خلال الأشهر الـ 12 الماضية، هل كانت مسألة ايجاد المعلومات والنصائح الخاصة بالدعم والخدمات والمزايا أمرا سهلا أم صعبا؟ يرجى ذكر المعلومات والنصائح التي يتم الحصول عليها من مختلف المصادر، مثل المؤسسة التطوعية والوكالات الخاصة وكذلك الخدمات الاجتماعية.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | لم أحاول ايجاد معلومات أو نصائح خلال الـ12 شهرًا الماضية | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | من السهل جدًا ايجادها | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | ليس من السهل جدا ايجادها | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | من الصعب ايجادها | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | من الصعب جدا ايجادها | 5 |

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانة المناسبة***

|  |
| --- |
| في حال كان من الصعب ايجاد المعلومات والنصائح، يرجى إخبارنا بالسبب وبما نستطيع القيام به لتسهيل ذلك عليك |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

1. خلال الـ 12 شهرًا الماضية، كم استفدت من المعلومات والنصائح التي حصلت عليها؟ يرجى ذكر المعلومات والنصائح التي حصلت عليها من المؤسسات المختلفة، مثل المؤسسات التطوعية والوكالات الخاصة والخدمات الاجتماعية.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | لم أحصل على أية معلومات أو نصائح خلال الـ12 شهرًا الماضية | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | مفيدة جدًا | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | مفيدة إلى حد ما | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | غير مفيدة الى حد ما | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | غير مفيدة اطلاقا | 5 |

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانة المناسبة***

|  |
| --- |
| إذا وجدت بأن المعلومات والنصائح التي حصلت عليها غير مفيدة، يرجى إخبارنا بالسبب وبما نستطيع القيام به لجعلها مفيدة أكثر لك. |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| القسم 5: الترتيب بشأن الدعم والخدمات خلال الـ 12 شهر الماضية  **تنظر الأسئلة التالية عن تنظيم الدعم والخدمات لك وللشخص الذي تقوم برعايته.** |

1. خلال الـ 12 شهرًا الماضية، هل شعرت بأنه قد تم إشراكك أو التشاور معك بالقدر الذي تريده في النقاشات التي دارت حول الدعم أو الخدمات الموفرة للشخص الذي تقوم برعايته؟

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | على حد علمي، لم يكن هناك أية نقاشات أجريت خلال الـ12 شهر الماضية | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | أشعر دائمًا بأنه يتم إشراكي أو التشاور معي | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | لطالما شعرت بأنه يتم إشراكي أو التشاور معي | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | شعرت في بعض الأحيان بأنه يتم إشراكي أو التشاور معي | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | لم أشعر أبدًا بأنه يتم إشراكي أو التشاور معي | 5 |

|  |
| --- |
| القسم 6: بخصوصك  **تساعدنا مجموعة الأسئلة التالية على الحصول على صورة أفضل حول أنواع مقدمي الرعاية الذين شاركوا في هذا الاستقصاء.** |

1. بالإضافة إلى دور الرعاية الذي تقوم به، يرجى ذكر ما ينطبق عليك أيضُا من التالي؟

*يرجى وضع علامة [✓] في الخانات المناسبة*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | متقاعد | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | موظف بدوام كامل | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | موظف بدوام جزئي (تعمل 30 ساعة أو أقل) | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | تعمل لحسابك الشخصي بدوام كامل | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | تعمل لحسابك الشخصي بدوام جزئي | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | لا أعمل بوظيفة مدفوعة | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | متطوع | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | أخرى | h (1) |

1. بخصوص الموازنة ما بين العمل المدفوع والرعاية، أي من العبارات التالية تصف بدقة وضعك الحالي؟

***يرجى وضع علامة [✓] في الخانة المناسبة***

لا أشغل وظيفة مدفوعة الأجر

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | لا أشغل وظيفة مدفوعة الأجر بسبب الرعاية التي أقدمها | 1 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | لا أشغل وظيفة مدفوعة الأجر لأسباب أخرى (مثلا: متقاعد) | 2 |
|  | | | | |

أشغل وظيفة مدفوعة الأجر

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | أنا أشغل وظيفة مدفوعة الأجر و أتلقى الدعم من رب عملي | 3 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | أنا أشغل وظيفة مدفوعة الأجر و لا أتلقى الدعم من رب عملي | 4 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | لا أحتاج الى دعم رب عملي للموازنة بين عملي و تقديم الرعاية | 5 |
|  | |
|  | | | | |

أعمل لحسابي الخاص

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | أنا أعمل لحسابي الخاص و أنا قادر على الموازنة بين عملي وتقديم الرعاية | 6 |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | أنا أعمل لحسابي الخاص و أنا غير قادر على الموازنة بين عملي وتقديم الرعاية | 7 |
|  |  |  |

1. بخصوص المدة الزمنية التي أمضيتها في العناية بالشخص الذي ترعاه أو تساعده؟

***يرجى وضع علامة [✓] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | أقل من 6 أشهر | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | أكثر من 6 أشهر ولكن أقل من سنة | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | أكثر من سنة ولكن أقل من 3 سنوات | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | أكثر من 3 سنوات ولكن أقل من 5 سنوات | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | أكثر من 5 سنوات ولكن أقل من 10 سنوات | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | أكثر من 10 سنوات ولكن أقل من 15 سنوات | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | أكثر من 15 سنوات ولكن أقل من 20 سنوات | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20 سنة أو أكثر | 8 |

1. بخصوص المدة الزمنية التي تقضيها كل أسبوع في مساعدة الشخص الذي ترعاه أو العناية به؟

***يرجى وضع علامة [✓] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0-9 ساعات في الأسبوع | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 10-19 ساعة في الأسبوع | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20-34 ساعة في الأسبوع | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 35-49 ساعة في الأسبوع | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 50-74 ساعة في الأسبوع | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 75-99 ساعة في الأسبوع | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 100 ساعة أو أكثر في الأسبوع | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | يختلف- ولكن أقل من 20 ساعة في الأسبوع | 8 |
|  |  |  |  |
|  |  | يختلف- 20 ساعة أو أكثر في الأسبوع | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | أخرى | 10 |

في حال اخترت الإجابة بـ"أخرى"، يرجى التبيين

1. خلال الـ 12 شهرًا الماضية، ما هي الأشياء التي فمت بها لفائدة الشخص الذي ترعاه بالعادة؟

***يرجى وضع علامة [✓] في الخانات المناسبة***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | رعاية شخصية؟ | a (1) |
|  |  | (أشياء مثل المساعدة على ارتداء الملابس والاستحمام والاغتسال والحلاقة وقص الأظافر وتناول الطعام واستخدام المرحاض) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | مساعدة جسدية؟ | b (1) |
|  |  | (ومنها المساعدة في المشي وصعود السلم والنزول منه والصعود إلى السرير والنزول منه) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | المساعدة في التعامل مع خدمات ومزايا الرعاية؟ | c (1) |
|  |  | (أشياء مثل حجز المواعيد والاتصالات الهاتفية وتعبئة النماذج) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | المساعدة في الأوراق الادارية والشؤون المالية | d (1) |
|  |  | (مثل كتابة الرسائل وإرسال البطاقات وتعبئة النماذج والتعامل مع الفواتير والشؤون المصرفية) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | مساعدات عملية أخرى؟ | e (1) |
|  |  | أشياء مثل إعداد الوجبات والتسوق والغسيل وترتيب المنزل وأعمال الحديقة والديكور والتصليحات المنزلية والذهاب إلى الطبيب والمستشفى) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | مرافقته؟ | f (1) |
|  |  | (أشياء مثل الزيارات والجلوس معه والقراءة له والتحدث إليه ولعب الورق معه وممارسة أية ألعاب أخرى) ying cards or games) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | مرافقته لأماكن خارجية؟ | g (1) |
|  |  | (مثلا مرافقته لممارسة المشي أو في نزهة بالسيارة أو أخذه لزيارة الأصدقاء أو الأقارب) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | إعطاءه الدواء؟ | h (1) |
|  |  | (مثل التأكد من أنه ينتاول أدويته وإعطائه الحقن وتغيير الضمادات) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | مراقبته للتأكد من أنه بحالة جيدة؟ | i (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | توفير الدعم العاطفي؟ | j (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | أية مساعدات أخرى؟ | k (1) |

1. هل تعاني من التالي؟

***يرجى وضع علامة [***✓***] في الخانات المناسبة***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | عجز أو إعاقة بدنية | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | فقدان السمع أو البصر | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | مشكلة أو مرض عقلي | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | |  | | --- | | إعاقة أو صعوبة في التعلم | |  | | مرض منذ فترة طويلة | |  | | مرض لا شفاء منه | | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | مرض مزمن | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | أخرى | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | لا شيء مما سبق | g (1) |

1. كم عدد الأطفال الذين أنت مسؤول عنهم والذين هم دون سن 18 سنة؟

***يرجى وضع علامة [✓] في الخانة المناسبة***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0 | 1 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 2 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 4+ | 5 |
|  |  |  |  |

1. هل ساعدك شخص ما في استكمال هذا الاستبيان؟

***يرجى وضع علامة (ⱱ) في خانة واحدة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | اجل | 1 |
|  |  |  |
|  | لا | 2 |

Councils may seek further information on the category of person who helped here if they wish – but these should only be categories of person (e.g. relative) and not names. Any expanded categories need to be aggregated back to just an overall ‘yes’ category before entering the results onto the data return.

1. كم تبلغ من العمر**؟** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ سنة

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**29. هل انت ذكر ام انثى؟**

**يرجى وضع علامة (ⱱ) في خانة واحدة**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ذكر | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | انثى | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | مختلف | 3 |

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

1. إلى أي من هذه المجموعات تنتمي؟

**يرجي وضع علامة *(🗸)*أمام خانة واحدة فقط**

**أبيض**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | إنجليزي / ويلزى/ اسكتلندي / من شمال إيرلندا / بريطاني | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | أيرلندي | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | غجري أو رحالة أيرلندي | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | من مجموعة بيضاء أخرى | 4 |
|  |  |  |  |

**مجموعات عرقية متعددة / مختلطة**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | كاريبي أبيض وأسود | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | أفريقي أبيض وأسود | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | أبيض وأسيوي | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | أي مجموعات أخرى متعددة / مختلطة | 8 |

باقي القائمة في الصفحة التالية

**آسيوي / بريطاني من أصول آسيوية**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | هندي | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | باكستاني | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  | بنجلادشي | 11 |
|  |  |  |  |
|  |  | صيني | 12 |
|  |  |  |  |
|  |  | أي مجموعات آسيوية أخرى | 13 |
|  |  |  |  |

**أسود / أفريقي / كاريبي / بريطاني أسود**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | أفريقي | 14 |
|  |  |  |  |
|  |  | كاريبي | 15 |
|  |  |  |  |
|  |  | أي مجموعة أخرى سوداء / أفريقية / كاريبية | 16 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**مجموعة عرقية أخرى**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | عربي | 17 |
|  |  |  |  |
|  |  | أي مجموعة أخرى | 18 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | أفضل ألا أقول | 19 |

Councils may choose to omit the above question and supply data from their own records if they are confident of the quality and coverage of the information about the carer’s assessment of their ethnic origin in their current records. Councils including this question may break down the categories further if they wish to do so.

القسم 7: التعليقات

تسمح لك المجموعة التالية من الأسئلة بتقديم معلومات إضافية عن تجاربك.

1. الرجاء استخدام المساحة التالية لوصف أي خبرات تريد إخبارنا بها، أو كتابة أي تعليق تريده؟

|  |
| --- |
|  |

The question above is for local use and can be omitted. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

1. ربما سنطلب من بعض الأشخاص أن يشاركوا في بحث يلي هذه الدراسة في العام المقبل أو ما بعده.

هل ترغب في أن ندعوك للمشاركة في المزيد من الأبحاث؟

*يرجى العلم أنه حتى إذا قلت "نعم" لن تكون ملزمًا بالمشاركة في المستقبل.*

**يرجى وضع علامة [✓] في الخانة المناسبة**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | نعم، كتبت اسمي وعنواني ورقم هاتفي في المساحة أدناه. |  |
|  |
|  |  |  |
|  | لا |  |

إذا كنت ترغب في ان نتصل بك لهذا الغرض الرجاء ارسال تفاصيل الاتصال بك هنا:

الاسم:

العنوان:

رقم الهاتف:

البريد الالكتروني (اختياري):

The question above is optional and can be omitted if councils have no intention of conducting any follow-up research.

إذا كنت تود الحصول على نسخة من التقرير الوطني الخاص بالاستطلاع، فسيتم نشرها هذا الخريف وهي متوفرة في موقع GOV.UK

Please ensure a paper copy version is available for carers to request. Amend the options depending on whether a local findings paper or the national report will be sent.

يمكننا تقديم نسخة عن طريق البريد أو عن طريق البريد الإلكتروني (البريد الإلكتروني أرخص بكثير). أيهما تفضل؟ (ضع علامة في مربع واحد فقط):

|  |  |
| --- | --- |
|  | البريد الالكتروني |
|  |  |
|  | البريد |

إذا كنت تريد نسخة رقمية من نتائج / نتائج بحث السلطة المحلية (تحذف حسب الاقتضاء) / التقرير الوطني ، فيرجى تقديم عنوان بريدك الإلكتروني في المربع أدناه (يرجى ملاحظة أن هذا سيكون بعد نشر التقرير الوطني في الصيف):

البريد الاكتروني:

إذا كنت تريد منا أن نرسل لك نسخة من نتائج / نتائج بحث السلطة المحلية (تحذف حسب الاقتضاء) / التقرير الوطني ، فيرجى تقديم اسمك وعنوانك في المربع أدناه (يرجى ملاحظة أن هذا سيكون بعد نشر التقرير الوطني في الصيف):

الاسم:

العنوان:

شكرا لمساعدتك لنا على ملء هذا الاستقصاء

الرجاء ارساله لنا في الظرف المرفق

لا تحتاج لوضع طابع بريدي على الظرف.

|  |
| --- |
| حتى يتم أخذ آرائك ومقترحاتك بعين الاعتبار، يرجى ارسال هذا النموذج في موعد أقصاه [**insert date]** |