

كوفيد-19 قل: حكايتك، مستقبلنا
COVID-19 SPEAK: Your Story, Our Future

Question Text / Responses	نص السؤال/الإجابات
1. ما هو عمرك؟ [Open Number] <input type="checkbox"/>	
2. ما هي هويتك الجنسية؟ رجاء وضع علامة على كل ما ينطبق <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> محول جنسانياً <input type="checkbox"/> غير محدد النوع <input type="checkbox"/> مزدوج الروح Two-spirit <input type="checkbox"/> نوعي الجنساني هو: _____ <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	
3. في أية بلدية (مدينة، بلدة، إلخ) تقيم؟ _____	
4. في أية بلدية أخرى (مدينة، بلدة، إلخ) تقيم؟ [Free text] <input type="checkbox"/>	
5. أي مجتمع للأولاد تعيش به؟ [Free text] <input type="checkbox"/>	
6. ما هو رمزك البريدي؟ (مثال: V1A 2B3) (استخدم أحرف كبيرة حسب المثال) _____	

القسم 1: تحديد حالات كوفيد-19 الإكلينيكية والتعرضات ذات الصلة
Section 1: Identify COVID-19 Clinical Cases and Relevant Exposures

Question Text / Responses	نص السؤال/الإجابات
7. منذ يناير/كانون الثاني 2020، هل مرضت بسعال و/أو حمى جديدة أو ساءت فيما بعد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	
8. ما هي الأعراض التي اختبرتها أثناء مرضك؟ رجاء وضع علامة على كل ما ينطبق <input type="checkbox"/> حمى <input type="checkbox"/> سعال جديد أو ساء فيما بعد <input type="checkbox"/> صداع <input type="checkbox"/> قشعريرة <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> ألم في العضلات <input type="checkbox"/> رشح/ احتقان بالأنف <input type="checkbox"/> احتقان بالحلق <input type="checkbox"/> صعوبة/ضيق في التنفس <input type="checkbox"/> غثيان <input type="checkbox"/> إسهال <input type="checkbox"/> تعب <input type="checkbox"/> فقدان حاسة الشم أو التذوق	

<input type="checkbox"/> ارتباك <input type="checkbox"/> تقيؤ <input type="checkbox"/> آخر، رجاء التحديد: _____ <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>9. متى بدأت هذه الأعراض؟ ادخل التاريخ بالتقريب إذا كنت لا تتذكر التاريخ الفعلي. (يوم/شهر/سنة)</p> <p>Date field <input type="checkbox"/></p>
<p>10. هل تلقيت تطعيم الإنفلونزا الموسمي في الخريف/الشتاء الماضي؟</p> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>11. هل خالطت عن قرب أي شخص تم تشخيصه إيجابياً بكوفيد-19؟</p> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف
<p>12. هل كان هذا الشخص يُظهر أعراض كوفيد-19 عندما خالطته/ها (مثل: حمى، سعال، إسهال، صعوبة في التنفس)؟</p> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف
<p>13. هل ظهرت عليك أعراض كوفيد-19 بعد ما خالطت هذا الشخص/الأشخاص (مثل: حمى، سعال، إسهال، صعوبة في التنفس)؟</p> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف
<p>14. هل سافرت خارج بريتيش كولومبيا منذ 1 يناير/كانون الثاني 2020؟</p> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف
<p>15. كم مرة سافرت خارج بريتيش كولومبيا منذ 1 يناير/كانون الثاني 2020؟</p> <p>[العدد] <input type="checkbox"/></p>
<p>سيتم إعادة الثلاث (3) أسئلة التالية لكل مرة سافرت فيها خارج بريتيش كولومبيا.</p>
<p>16. إلى أين سافرت؟</p> <p><input type="checkbox"/> _____ (اذكر المقاطعات، الولايات، والدول)</p>
<p>17. أي مقاطعة أو منطقة كندية سافرت إليها؟</p> <p>_____</p>
<p>18. أي ولاية أمريكية سافرت إليها؟</p> <p>_____</p>
<p>19. متى غادرت؟</p> <p>Date field (dd/mm/yyyy) <input type="checkbox"/></p>
<p>20. متى عدت إلى بريتيش كولومبيا؟</p> <p>Date field (dd/mm/yyyy) <input type="checkbox"/></p>
<p>21. هل تعمل بالرعاية الصحية (مثل: طبيب، ممرض، خدمات إسعاف، صيدلي، طبيب أسنان، إلخ) أو عامل أساسي (مثل: عامل بمحل بقالة، سائق نقل عام، إنفاذ قانون، من المستجيبين الأوائل، أخصائي اجتماعي، إلخ.) ممن يخدمون العامة أو المرضى بشكل مباشر؟</p> <input type="checkbox"/> نعم، عامل بالرعاية الصحية <input type="checkbox"/> نعم، عامل بمحل بقالة <input type="checkbox"/> نعم، سائق نقل عام <input type="checkbox"/> نعم، إنفاذ قانون/مستجيب أول <input type="checkbox"/> نعم، آخر، رجاء التحديد: _____ <input type="checkbox"/> لا

<input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>22. في أي نوع من أنواع الرعاية الصحية توفر الرعاية؟ رجااء وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <input type="checkbox"/> عيادة طبيب أسرة <input type="checkbox"/> عيادة مجتمعية/صحة عامة <input type="checkbox"/> عيادة أخصائي (رعاية خارجية للمرضى) <input type="checkbox"/> عيادة أسنان <input type="checkbox"/> قسم الطوارئ؛ بمستشفى <input type="checkbox"/> وحدة رعاية حرجة بمستشفى <input type="checkbox"/> قسم آخر بمستشفى، رجااء التحديد: _____ <input type="checkbox"/> رعاية ممتدة بالمستشفى <input type="checkbox"/> عيادة طوارئ رعاية أولية <input type="checkbox"/> مؤسسة رعاية طويلة الأمد <input type="checkbox"/> صيدلية <input type="checkbox"/> العيش المُساعد <input type="checkbox"/> آخر، رجااء التحديد: _____
<p>23. هل تم فحصك للكوفيد-19؟</p> <input type="checkbox"/> نعم-مرة <input type="checkbox"/> نعم-عدة مرات <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>24. متى تم فحصك للكوفيد-19؟ (شهر/يوم/سنة)</p> <p>ادخل التاريخ بالتقريب إذا كنت لا تتذكر التاريخ الفعلي. إذا تم فحصك عدة مرات، ادخل تاريخ أول فحص.</p> <p>Date field <input type="checkbox"/></p>
<p>25. هل في أي وقت كانت نتيجة فحصك إيجابية للكوفيد-19؟</p> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أنا منتظر استلام النتيجة <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>26. لماذا تم فحصك للكوفيد-19؟ رجااء وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <input type="checkbox"/> يمكن أن أكون قد تعرضت لشخص مصاب بكوفيد-19 <input type="checkbox"/> أنا مهني بالرعاية الصحية <input type="checkbox"/> سافرت حديثاً خارج كندا <input type="checkbox"/> اتصلت على رقم 1-8-1 ونصحوني بأن أذهب للفحص <input type="checkbox"/> لقد دخلت على موقع عيادة الصحة الشمالية على الإنترنت وتمت نصيحتي أن أجري الفحص. <input type="checkbox"/> استخدمت أداة تقييم للأعراض على الإنترنت وتم نصيحتي أن أجري الفحص. <input type="checkbox"/> زرت عيادة طبيب الأسرة الخاص بي وأوصوا بأن أجري الفحص. <input type="checkbox"/> كانت عندي أعراض وذهبت إلى موقع للفحص <input type="checkbox"/> تم فحصي في المستشفى <input type="checkbox"/> كان يتم متابعتي من قبل تطبيق لفحص الأعراض وتم إرسالتي لإجراء الفحص. <input type="checkbox"/> آخر، رجااء التحديد: _____ <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة

القسم 2: الوقاية من كوفيد-19
Section 2: COVID-19 Prevention

نص السؤال/الإجابات Question Text / Responses															
<p>27. أي من الإجراءات التالية اتخذتها لتقلل خطورة العدوى بكوفيد-19: رجاؤ وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <p><input type="checkbox"/> لم أغير أي إجراء</p> <p><input type="checkbox"/> أغسل يدي بشكل منتظم لمدة 20 ثانية</p> <p><input type="checkbox"/> اتجنب لمس عيني، وأنفي وفمي بيدي غير مغسولتين.</p> <p><input type="checkbox"/> استخدم مبيدات الجراثيم لتنظيف اليدين عندما لا يكون الصابون والماء متوفرين لغسيل اليدين (مثل: جل الكحول أو الرغوة مثل بيوريل (Purell)</p> <p><input type="checkbox"/> استخدم مبيدات الجراثيم لتنظيف الأسطح التي يتم لمسها بشكل متكرر، أشياء في المنزل (مثل: مقابض الأبواب، أو صنوبر المياه)</p> <p><input type="checkbox"/> أمكث في المنزل عندما أكون مريض أو عندي نزلة برد</p> <p><input type="checkbox"/> أخرج خارج المنزل لأسباب جوهرية (مثل: الذهاب إلى محل البقالة، الصيدلية، اسير مع الكلب، التريض)</p> <p><input type="checkbox"/> أمارس البعد البدني (امكث مسافة 2 متر على الأقل بعيداً عن الناس) عندما أكون خارج المنزل.</p> <p><input type="checkbox"/> اتجنب التجمعات</p> <p><input type="checkbox"/> أعمل من المنزل</p> <p><input type="checkbox"/> أضع قناع يغطي فمي وأنفي</p> <p><input type="checkbox"/> غيره؛ رجاؤ التحديد: _____</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>															
<p>28. أي 3 إجراءات من الإجراءات التالية تعتقد أنها أهم لتقليل خطورة العدوى بكوفيد-19:</p> <p><input type="checkbox"/> أغسل يدي بشكل منتظم لمدة 20 ثانية</p> <p><input type="checkbox"/> أحاول أن لا ألمس عيني، وأنفي وفمي بيدي غير مغسولتين.</p> <p><input type="checkbox"/> استخدم مبيدات الجراثيم لتنظيف اليدين عندما لا يكون الصابون والماء متوفرين لغسيل اليدين (مثل: جل الكحول أو الرغوة مثل: بيوريل (Purell)</p> <p><input type="checkbox"/> استخدم مبيدات الجراثيم لتنظيف الأسطح التي يتم لمسها بشكل متكرر، أشياء في المنزل (مثل: مقابض الأبواب، أو صنوبر المياه)</p> <p><input type="checkbox"/> أمكث في المنزل عندما أكون مريض أو عندي نزلة برد.</p> <p><input type="checkbox"/> أخرج خارج المنزل لأسباب جوهرية (مثل: الذهاب إلى محل البقالة، الصيدلية، اسير مع الكلب، التريض)</p> <p><input type="checkbox"/> امارس البعد البدني (امكث مسافة 2 متر على الأقل بعيداً عن الناس) عندما أكون خارج المنزل.</p> <p><input type="checkbox"/> اتجنب التجمعات</p> <p><input type="checkbox"/> أعمل من المنزل</p> <p><input type="checkbox"/> أضع قناع يغطي فمي وأنفي</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>															
<p>29. هل خرجت خارج منزلك لأي من الأسباب التالية في الـ 7 أيام الماضية؟ رجاؤ وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <p>نرجو أن تكون أميناً إلى أقصى حد ممكن. نريد أن نفهم كيف كان السكان متعاونين مع تدابير البُعد البدني. ستبقى إجاباتك سرية.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>السبب</th> <th>التكرار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>الذهاب إلى المستشفى/ الطبيب/ الحصول على علاج طبي أو صيدلية</td> <td>لا، مرة في الأسبوع، 2-3 مرات أسبوعياً، 4-6 مرات أسبوعياً، يومياً (قائمة منسدلة)</td> </tr> <tr> <td>لكي أرى أشخاص يحتاجون إليّ، مثل الأطفال أو الوالدين</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>بسبب أنك مللت/ضجرت من المكوث بالبيت</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>لشراء طعام لنفسي، أو أسرتي أو أصدقائي</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>للقيام بنشاط بدني (السير، الرياضة، الركض)</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>لمقابلة الأصدقاء أو الأسرة بشخصهم وعلى مسافة تزيد عن 2</td> <td>"</td> </tr> </tbody> </table>		السبب	التكرار	الذهاب إلى المستشفى/ الطبيب/ الحصول على علاج طبي أو صيدلية	لا، مرة في الأسبوع، 2-3 مرات أسبوعياً، 4-6 مرات أسبوعياً، يومياً (قائمة منسدلة)	لكي أرى أشخاص يحتاجون إليّ، مثل الأطفال أو الوالدين	"	بسبب أنك مللت/ضجرت من المكوث بالبيت	"	لشراء طعام لنفسي، أو أسرتي أو أصدقائي	"	للقيام بنشاط بدني (السير، الرياضة، الركض)	"	لمقابلة الأصدقاء أو الأسرة بشخصهم وعلى مسافة تزيد عن 2	"
السبب	التكرار														
الذهاب إلى المستشفى/ الطبيب/ الحصول على علاج طبي أو صيدلية	لا، مرة في الأسبوع، 2-3 مرات أسبوعياً، 4-6 مرات أسبوعياً، يومياً (قائمة منسدلة)														
لكي أرى أشخاص يحتاجون إليّ، مثل الأطفال أو الوالدين	"														
بسبب أنك مللت/ضجرت من المكوث بالبيت	"														
لشراء طعام لنفسي، أو أسرتي أو أصدقائي	"														
للقيام بنشاط بدني (السير، الرياضة، الركض)	"														
لمقابلة الأصدقاء أو الأسرة بشخصهم وعلى مسافة تزيد عن 2	"														

	متر بعيداً عن بعض
	للذهاب إلى العمل
	"
<p>30. من أين تحصل على معلوماتك عن جائحة كوفيد-19؟ رجااء وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <p><input type="checkbox"/> الصحف المحلية (مثال فانكوفر صان، زا بروقتس، تايمز كولونبيست)</p> <p><input type="checkbox"/> صحف وطنية أو دولية (مثال غلوب أند ميل، نيويورك تايمز، الجارديان)</p> <p><input type="checkbox"/> أخبار التلفزيون المحلية (مثال غلوبال أو سي تي في)</p> <p><input type="checkbox"/> أخبار التلفزيون الوطنية أو الدولية (مثال سي بي سي أو بي بي سي، إيه بي سي، سي إن إن)</p> <p><input type="checkbox"/> أخبار الراديو</p> <p><input type="checkbox"/> التحديثات من مسؤول الصحة بالمقاطعة ووزير الصحة (مثال: د. بوني هنري، الوزير إدريان ديكس)</p> <p><input type="checkbox"/> موقع الويب لهيئة الصحة (مثال مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها ببريتيش كولومبيا، موقع هيئة الصحة المحلية، وزارة الصحة، هيلث لينك بي سي، وكالة الصحة العامة لكندا)</p> <p><input type="checkbox"/> وسائل التواصل الاجتماعي (مثال فيسبوك، إنستاغرام، تويتر)</p> <p><input type="checkbox"/> الأصدقاء أو الأسرة</p> <p><input type="checkbox"/> مهنيين بالرعاية الصحية (مثل: طبيب الأسرة أو 1-1-8)</p> <p><input type="checkbox"/> توك راديو (برامج التحدث بالراديو)</p> <p><input type="checkbox"/> مواقع المدونات/الرأي</p> <p><input type="checkbox"/> آخر، رجااء التحديد: _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا أعرف</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>	

القسم 3: صحتك

Section 3: Your Health

نص السؤال/الإجابات		Question Text / Responses																		
<p>31. بصفة عامة، هل تقول أن صحتك:</p> <p><input type="checkbox"/> ممتازة</p> <p><input type="checkbox"/> جيدة جداً</p> <p><input type="checkbox"/> جيدة</p> <p><input type="checkbox"/> معقولة</p> <p><input type="checkbox"/> ضعيفة</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>																				
<p>32. هل تغيرت بعض سلوكياتك الآن مقارنة بما قبل جائحة فيروس كورونا؟</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>سلوك</th> <th>توجه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>السير، الركض، ركوب الدراجة للترفيه</td> <td>أكثر بشكل كبير، أكثر إلى حد ما، كما هي، أقل إلى حد ما، أقل كثيراً، أبداً، أفضل عدم الإجابة</td> </tr> <tr> <td>السير، الركض، ركوب الدراجة للوصول إلى أماكن أخرى</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>رياضة أخرى أو نشاط بدني (مثال: ليس السير أو الركض أو ركوب الدراجة)</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>استهلاك الفاكهة والخضروات</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>استهلاك المشروبات السكرية (مشروبات غازية/صودا، مشروبات الطاقة أو مشروبات الرياضة)</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>النوم</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>شرب الكحول</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>استخدام القنب (مثال: ماريهوانا "الحشيش")</td> <td>"</td> </tr> </tbody> </table>			سلوك	توجه	السير، الركض، ركوب الدراجة للترفيه	أكثر بشكل كبير، أكثر إلى حد ما، كما هي، أقل إلى حد ما، أقل كثيراً، أبداً، أفضل عدم الإجابة	السير، الركض، ركوب الدراجة للوصول إلى أماكن أخرى	"	رياضة أخرى أو نشاط بدني (مثال: ليس السير أو الركض أو ركوب الدراجة)	"	استهلاك الفاكهة والخضروات	"	استهلاك المشروبات السكرية (مشروبات غازية/صودا، مشروبات الطاقة أو مشروبات الرياضة)	"	النوم	"	شرب الكحول	"	استخدام القنب (مثال: ماريهوانا "الحشيش")	"
سلوك	توجه																			
السير، الركض، ركوب الدراجة للترفيه	أكثر بشكل كبير، أكثر إلى حد ما، كما هي، أقل إلى حد ما، أقل كثيراً، أبداً، أفضل عدم الإجابة																			
السير، الركض، ركوب الدراجة للوصول إلى أماكن أخرى	"																			
رياضة أخرى أو نشاط بدني (مثال: ليس السير أو الركض أو ركوب الدراجة)	"																			
استهلاك الفاكهة والخضروات	"																			
استهلاك المشروبات السكرية (مشروبات غازية/صودا، مشروبات الطاقة أو مشروبات الرياضة)	"																			
النوم	"																			
شرب الكحول	"																			
استخدام القنب (مثال: ماريهوانا "الحشيش")	"																			

	"	التواصل مع الأصدقاء
	"	التواصل مع الأسرة
	"	استخدام وسائل النقل العام (مثل الحافلة، القطار العالي، الحافلة المائية)
<p>33. هل شخصك طبيب بأي من الحالات التالية؟ رجاؤ وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <p><input type="checkbox"/> مرض السكري</p> <p><input type="checkbox"/> ضغط عالي</p> <p><input type="checkbox"/> مرض قلب</p> <p><input type="checkbox"/> حالة تنفس مزمنة (مثل الأزمة الصدرية، داء الانسداد الرئوي المزمن COPD، التهاب الشعب الهوائية المزمن، أو انتفاخ الرئة)</p> <p><input type="checkbox"/> سرطان</p> <p><input type="checkbox"/> مرض الكبد</p> <p><input type="checkbox"/> مرض الكلى</p> <p><input type="checkbox"/> منقوص المناعة</p> <p><input type="checkbox"/> وزن زائد (مشعر كتلة الجسم BMI 25-29.9)</p> <p><input type="checkbox"/> بدانة (مشعر كتلة الجسم BMI 30 أو أكثر)</p> <p><input type="checkbox"/> غيره؛ رجاؤ التحديد:</p> <p><input type="checkbox"/> ولا شيء مما سبق</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>		
<p>34. هل لديك إعاقة دائمة أو طويلة الأمد؟ إذا كان الأمر كذلك، رجاؤ الإشارة إلى نوعها. رجاؤ وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <p><input type="checkbox"/> ليس لدي إعاقة</p> <p><input type="checkbox"/> البصر</p> <p><input type="checkbox"/> السمع</p> <p><input type="checkbox"/> الحركة (مثال: صعوبة في السير)</p> <p><input type="checkbox"/> المرونة (مثال الانحناء والتقاط شيء)</p> <p><input type="checkbox"/> المهارة (مثال: صعوبة في استخدام اليدين أو الأصابع)</p> <p><input type="checkbox"/> تتعلق بالألم</p> <p><input type="checkbox"/> التعلم (مثال: صعوبة في الانتباه)</p> <p><input type="checkbox"/> نمائِي (مثال: التوحد)</p> <p><input type="checkbox"/> تتعلق بالصحة العقلية (مثال: اضطراب القلق)</p> <p><input type="checkbox"/> الذاكرة (مثال: واقعات متكررة للارتباك)</p> <p><input type="checkbox"/> آخر، رجاؤ التحديد: _____</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>		
<p>35. هل أنت حامل الآن؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> لا ينطبق</p> <p><input type="checkbox"/> لا أعرف</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>		
<p>36. أي مما يلي يصف على أفضل وجه التدخين أو استخدام السجائر الإلكترونية؟</p> <p><input type="checkbox"/> لم أدخن أو أستخد السجائر الإلكترونية على الإطلاق</p> <p><input type="checkbox"/> أدخن/أستخد السجائر الإلكترونية يومياً</p> <p><input type="checkbox"/> أدخن/أستخد السجائر الإلكترونية أحياناً</p> <p><input type="checkbox"/> أنا لا أدخن/أستخد السجائر الإلكترونية بعد، ولكني كنت معتاد على التدخين/استخدام السجائر الإلكترونية يومياً</p> <p><input type="checkbox"/> أنا لا أدخن/أستخد السجائر الإلكترونية بعد، ولكني كنت معتاد على التدخين/استخدام السجائر الإلكترونية أحياناً</p> <p><input type="checkbox"/> لا أعرف</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>		

القسم 4: صحتك العقلية
Section 4: Your Mental Health

نص السؤال/الإجابات Question Text / Responses	
37. بصفة عامة، هل تقول أن صحتك العقلية:	
<input type="checkbox"/> ممتازة <input type="checkbox"/> جيدة جداً <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> معقولة <input type="checkbox"/> ضعيفة <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	
38. كيف تقيس صحتك العقلية الآن مقارنة بما قبل جائحة فيروس كورونا (مثل: الشعور بالقلق، الاكتئاب أو الانفعال)؟	
<input type="checkbox"/> أفضل كثيراً <input type="checkbox"/> أفضل قليلاً <input type="checkbox"/> تقريباً كما هي <input type="checkbox"/> أسوأ قليلاً <input type="checkbox"/> أسوأ كثيراً <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	
39. بالتفكير في نسبة الإجهاد في حياتك، هل تقول أن معظم الأيام منذ جائحة فيروس كورونا أصبحت:	
<input type="checkbox"/> غير مجهدة البتة <input type="checkbox"/> مجهدة بعض الشيء <input type="checkbox"/> مجهدة إلى حد ما <input type="checkbox"/> مجهدة جداً <input type="checkbox"/> مجهدة إلى أبعد حد <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	
40. ما مدى انشغالك عن كل مما يأتي من آثار كوفيد-19؟	
صحتي	لست منشغلاً على الإطلاق، منشغلاً إلى حد ما، منشغلاً جداً، منشغلاً إلى أبعد حد، أفضل عدم الإجابة
"	الصحة الضعيفة لأفراد الأسرة (مثال: المسنين، ومن لديهم حالات مزمنة)
"	إرهاق النظام الصحي
"	التأثيرات على الاقتصاد/الاعمال المحلية
"	الإجهاد الأسري من العزل
"	فقدان الروتين وتعطيل الحياة اليومية
"	عدم التأكد من المستقبل
"	الوصول إلى الأغراض الأساسية التي أحتاجها (مثال: نقص في البضائع، إغلاق المحلات، الشحن المتأخر، صفوف الانتظار الطويلة)
"	العنف في المنزل
41. رجاء تحديد مكانك على المقياس التالي (سؤال بأداة منزلة) أشعر بأن فيروس كورونا المستجد أ. القرب	
ب. الابتعاد جداً عني.....قريب جداً مني	
ج. انتشار ببطء.....ينتشر بسرعة	
د. استهلاك التفكير شيء لم أفكر به البتة تقريباًشيء أفكر به طوال الوقت	
د. الإعلام	

<p>لم يفرط الإعلام في حقه أفرط الإعلام في حقه هـ. التحكم شيء يمكنني محاربتة بأفعالي شيء يشعرني بأني قليل الحيلة</p>
<p>42. كيف تصف شعورك بالانتماء إلى مجتمعك المحلي؟</p> <p><input type="checkbox"/> قوي جداً <input type="checkbox"/> قوي إلى حد ما <input type="checkbox"/> ضعيف إلى حد ما <input type="checkbox"/> ضعيف جداً <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>
<p>43. هل استخدمت أي من التقنيات التالية للتواصل بوتيرة أكثر مع الأسرة، أو الأصدقاء، أو مجموعات اجتماعية خارج حدود منزلك؟ رجاؤ وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <p><input type="checkbox"/> الهاتف/الرسائل النصية <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الدردشة بالفيديو أو المؤتمرات (مثال: فيس تايم، زووم، مايكروسوفت تيمز، سكايب، إلخ.) <input type="checkbox"/> التواصل الاجتماعي <input type="checkbox"/> المحادثة على بُعد 2 متر أو أكثر <input type="checkbox"/> آخر، رجاؤ التحديد: <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>

القسم 5: رعايتك
Section 5: Your care

نص السؤال/الإجابات	Question Text / Responses
<p>44. منذ بداية جائحة فيروس كورونا، هل واجهت صعوبة في الوصول إلى الرعاية الصحية التي تحتاجها من طبيب، أو ممرضة، أو موفر رعاية صحية تقليدي أو أي مهني آخر بالصحة؟</p> <p><input type="checkbox"/> لم أحتاج إلى رعاية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>	<p>44. منذ بداية جائحة فيروس كورونا، هل واجهت صعوبة في الوصول إلى الرعاية الصحية التي تحتاجها من طبيب، أو ممرضة، أو موفر رعاية صحية تقليدي أو أي مهني آخر بالصحة؟</p> <p><input type="checkbox"/> لم أحتاج إلى رعاية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>
<p>45. ما هو نوع الرعاية الذي واجهت صعوبة في الوصول إليه؟ رجاؤ وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <p><input type="checkbox"/> طبيب الأسرة <input type="checkbox"/> جراحة مجدولة <input type="checkbox"/> خدمات تشخيص (أشعات، تنظير داخلي، تصوير الأوعية، المختبرات، إلخ.) <input type="checkbox"/> خدمات الطوارئ أو الرعاية الملحة <input type="checkbox"/> الرعاية الوقائية (مثال: التطعيم/الحقن) <input type="checkbox"/> الرعاية المتخصصة (مثال: إحصائي الجلدية، قياس النظر، النسائية والتوليد، اختصاصي الأقدام) <input type="checkbox"/> الرعاية الكاملة (مثال: العلاج الطبيعي، التدليك العلاجي، إحصائي التغذية، مَقَوْمُ العُمُودِ الفَقْرِي) <input type="checkbox"/> رعاية الأسنان <input type="checkbox"/> المشورة <input type="checkbox"/> العلاج/الرفاه التقليدي <input type="checkbox"/> آخر، رجاؤ التحديد: <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>	<p>45. ما هو نوع الرعاية الذي واجهت صعوبة في الوصول إليه؟ رجاؤ وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <p><input type="checkbox"/> طبيب الأسرة <input type="checkbox"/> جراحة مجدولة <input type="checkbox"/> خدمات تشخيص (أشعات، تنظير داخلي، تصوير الأوعية، المختبرات، إلخ.) <input type="checkbox"/> خدمات الطوارئ أو الرعاية الملحة <input type="checkbox"/> الرعاية الوقائية (مثال: التطعيم/الحقن) <input type="checkbox"/> الرعاية المتخصصة (مثال: إحصائي الجلدية، قياس النظر، النسائية والتوليد، اختصاصي الأقدام) <input type="checkbox"/> الرعاية الكاملة (مثال: العلاج الطبيعي، التدليك العلاجي، إحصائي التغذية، مَقَوْمُ العُمُودِ الفَقْرِي) <input type="checkbox"/> رعاية الأسنان <input type="checkbox"/> المشورة <input type="checkbox"/> العلاج/الرفاه التقليدي <input type="checkbox"/> آخر، رجاؤ التحديد: <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>
<p>46. منذ بداية جائحة فيروس كورونا، هل تجنبت الوصول إلى الرعاية الصحية التي قد تحتاجها من طبيب، أو ممرضة، أو موفر رعاية صحية تقليدي أو أي مهني آخر بالصحة؟</p>	<p>46. منذ بداية جائحة فيروس كورونا، هل تجنبت الوصول إلى الرعاية الصحية التي قد تحتاجها من طبيب، أو ممرضة، أو موفر رعاية صحية تقليدي أو أي مهني آخر بالصحة؟</p>

<input type="checkbox"/> لم أحتاج إلى رعاية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>47. ما هو نوع الرعاية الذي تجنبت الوصول إليه؟ رجاء وضع علامة على كل ما ينطبق</p> <input type="checkbox"/> طبيب الأسرة <input type="checkbox"/> جراحة مجدولة <input type="checkbox"/> خدمات تشخيص (أشعات، تنظير داخلي، تصوير الأوعية، المختبرات، إلخ.) <input type="checkbox"/> الرعاية الوقائية (مثال: التطعيم/الحقن) <input type="checkbox"/> خدمات الطوارئ أو الرعاية الملحة <input type="checkbox"/> الرعاية المتخصصة (مثال: إخصائي الجلدية، قياس النظر، النسائية والتوليد، إخصائي الأقدام) <input type="checkbox"/> الرعاية الكاملة (مثال: العلاج الطبيعي، التدليك العلاجي، إخصائي التغذية، مَقَوْمُ العَمُودِ الفَقْرِي) <input type="checkbox"/> رعاية الأسنان <input type="checkbox"/> المشورة <input type="checkbox"/> العلاج/الرفاه التقليدي <input type="checkbox"/> آخر، رجاء التحديد: _____ <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>48. في رأيك، ما هو تأثير صعوبة الوصول أو تجنب الوصول للرعاية التي تحتاجها على صحتك؟</p> <input type="checkbox"/> زادت من سوء صحتي بشكل ملحوظ <input type="checkbox"/> زادت من سوء صحتي إلى حد ما <input type="checkbox"/> غالباً لم تؤثر على صحتي <input type="checkbox"/> لا أدري كيف أثرت على صحتي <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>رجاء الإشارة إلى مستوى موافقتك على ما يلي:</p> <p>49. سأكون مهتماً جداً بالتواصل عن بعد مع موفر رعاية صحية مثل افتراضياً خلال مكالمة فيديو أو هاتفياً (حسب ما هو مناسب)، إذا تم اعطائي إرشادات واضحة عن كيفية الاتصال.</p> <input type="checkbox"/> أوافق بشدة <input type="checkbox"/> أوافق إلى حد ما <input type="checkbox"/> حيادي <input type="checkbox"/> لا أوافق إلى حد ما <input type="checkbox"/> لا أوافق بشدة <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة

القسم 7: ملاحظتك

Section 7: Your Perception

السؤال/الإجابات	Question Text / Responses
50. هل تظن أن استجابة الصحة العامة لجائحة فيروس كورونا الحالية في بريطانيا كولومبيا مناسبة، أو شديدة المبالغة، أو غير كافية؟ (مثال: التوصية بالتباعد البدني، الحجر الصحي الإلزامي على كل عائد من السفر، إغلاق المطاعم والبارات، حظر التجمعات لأكثر من 50 فرد)	<input type="checkbox"/> شديد المبالغة جداً <input type="checkbox"/> مبالغ فيه إلى حد ما <input type="checkbox"/> مناسب <input type="checkbox"/> غير كاف إلى حد ما <input type="checkbox"/> غير كاف بالمرّة <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة

<p>51. في رأيك، إلى أي مدى أنت تتبع بشكل جيد التوصيات الحالية للبعد البدني؟</p> <p><input type="checkbox"/> جيد جداً</p> <p><input type="checkbox"/> جيد إلى حد ما</p> <p><input type="checkbox"/> حيادي</p> <p><input type="checkbox"/> ضعيف إلى حد ما</p> <p><input type="checkbox"/> ضعيف جداً</p> <p><input type="checkbox"/> لا أعرف</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>
<p>52. في رأيك، إلى أي مدى يتبع العامة بشكل جيد التوصيات الحالية للبعد البدني؟</p> <p><input type="checkbox"/> جيد جداً</p> <p><input type="checkbox"/> جيد إلى حد ما</p> <p><input type="checkbox"/> حيادي</p> <p><input type="checkbox"/> ضعيف إلى حد ما</p> <p><input type="checkbox"/> ضعيف جداً</p> <p><input type="checkbox"/> لا أعرف</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>
<p>53. في رأيك، ما هي مدى فاعلية تدابير البعد البدني لإبطاء انتشار فيروس كورونا؟</p> <p><input type="checkbox"/> غير فعالة بالمرّة</p> <p><input type="checkbox"/> غير فعالة</p> <p><input type="checkbox"/> ولا فعالة ولا غير فعالة</p> <p><input type="checkbox"/> فعالة</p> <p><input type="checkbox"/> فعالة جداً</p> <p><input type="checkbox"/> لا أعرف</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>
<p>54. هل ستزور/ستتردد على محل عمل لا يُعتبر جوهرياً إذا كان لديهم تدابير جيدة مثل المساحة الكافية التي تسمح بالبعد البدني وتطهير الأسطح بشكر متكرر؟</p> <p><input type="checkbox"/> سأكون مرتاح جداً للذهاب</p> <p><input type="checkbox"/> سأكون مرتاح إلى حد ما للذهاب</p> <p><input type="checkbox"/> لن أكون مرتاحاً أو غير مرتاح للذهاب</p> <p><input type="checkbox"/> سأكون غير مرتاح إلى حد ما للذهاب</p> <p><input type="checkbox"/> سأكون غير مرتاح جداً للذهاب</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>
<p>تعزز بعض الدول تطبيقات الهاتف الذكي التي تسجل أين يذهب الشخص ومن يقابل. إذا مرض شخص وكانت نتيجته إيجابية لكوفيد-19، يمكنه أن يوفر هذه المعلومات إلى الصحة العمومية لتتبع من اتصل بهم والأماكن التي ذهب إليها لتقليل انتشار العدوى. إذا تبني عدد كاف من الناس هذا النوع من التكنولوجيا:</p> <p>(1) قد تساعد في حماية مجتمعك،</p> <p>(2) قد تسمح لتدابير الصحة العمومية أن تكون أقل صرامة أو يمكن رفعها بسرعة وبشكل مدروس،</p> <p>و (3) يمكن أن يتم إخبارك فوراً إذا كنت قد تعرضت لكوفيد-19.</p>
<p>55. هل لديك استعداد لاستخدام خدمة تعتمد على الموقع على هاتفك الذكي تدعم تتبع من تتصل بهم وتساعد على تقليل انتشار كوفيد-19؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p> <p><input type="checkbox"/> ربما</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> لا أعرف</p> <p><input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>

القسم 8: منزلك وأهل بيتك
Section 8: Your Household

نص السؤال/الإجابات Question Text / Responses	
56. ما هو نوع المنزل الذي تعيش به؟	
<input type="checkbox"/>	بيت فردي غير متصل ببيوت أخرى
<input type="checkbox"/>	بيت متصل من ناحية واحدة (مزدوج) أو دبلكس
<input type="checkbox"/>	بيت بالمدينة (تاون هوم) أو بيت ضمن صفوف أو تراس
<input type="checkbox"/>	جناح في قيو
<input type="checkbox"/>	بيت في شارع ضيق
<input type="checkbox"/>	شقة أو شقة تملك
<input type="checkbox"/>	مركز سكني للرعاية أو رعاية طويلة الأمد
<input type="checkbox"/>	منزل متنقل
<input type="checkbox"/>	مِهْجَع
<input type="checkbox"/>	ملجأ/نزل
<input type="checkbox"/>	غرفة فندق فردية
<input type="checkbox"/>	إسكان مُدعم
<input type="checkbox"/>	ليس لدي منزل دائم
<input type="checkbox"/>	آخر
<input type="checkbox"/>	أفضل عدم الإجابة
57. هل تسكن بمفردك؟	
<input type="checkbox"/>	نعم
<input type="checkbox"/>	لا
<input type="checkbox"/>	أفضل عدم الإجابة
58. رجاء الإشارة إلى عدد الأفراد لكل سن مذكور أدناه ويعيشون في منزلك بما فيهم أنت شخصياً.	
الفئة العمرية	عدد الأفراد
	عدد الأفراد الذين مرضوا بأعراض مثل الحمى و/أو سعال جديد أو ساء فيما بعد منذ 1 يناير/كانون الثاني 2020
أقل من سنة واحدة	
من عمر 1 إلى 4 سنوات	
من عمر 5 إلى 12 سنة	
من عمر 13 إلى 17 سنة	
من عمر 18 إلى 39 سنة	
من عمر 40 إلى 64 سنة	
من عمر 65 إلى 79 سنة	
من عمر 80 سنة أو أكثر	
59. لمنع انتشار كوفيد-19، يُطلب من الأفراد المرضى أن يعزلوا أنفسهم ذاتياً بالمكوث بمنزلهم وتجنب الاتصال بالآخرين. هذا يتضمن البقاء والنوم في غرفة مستقلة، واستخدام حمام مستقل، والحفاظ على مسافة 2 متر على الأقل بعيداً عن الآخرين.	
هل لديك مكان يمكن أن تعزل نفسك ذاتياً فيه؟	
<input type="checkbox"/>	نعم - يمكنني عزل نفسي ذاتياً في منزلي بعيداً عن أفراد أهل بيتي
<input type="checkbox"/>	نعم - أنا أو أهل بيتي يمكنهم البقاء عند شخص آخر.
<input type="checkbox"/>	لا - ليس لدي منزل دائم
<input type="checkbox"/>	لا - ليس بمقتوري عزل نفسي ذاتياً بعيداً عن أهل بيتي
<input type="checkbox"/>	أفضل عدم الإجابة

القسم 9: أطفالك

Section 9: Your Children

نص السؤال/الإجابات	Question Text / Responses														
60. منذ بداية جائحة فيروس كورونا، هل فقدت رعاية الأطفال لأطفالك من سن 1 إلى 4 سنوات؟	<input type="checkbox"/> نعم، تم إغلاق مركز رعاية الطفل <input type="checkbox"/> نعم، اخترت أن أخرج طفلي من مركز رعاية الطفل <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أستخدم مركز رعاية طفل خارجي <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة														
61. مع إغلاق المدارس للتعليم بالتواجد شخصياً، كيف أثر ذلك على تعليم طفلك أو أطفالك ممن هم في سن المدرسة؟	<input type="checkbox"/> أضعف تعليمهم بشكل ملحوظ <input type="checkbox"/> أضعف تعليمهم إلى حد ما <input type="checkbox"/> لا يوجد تغيير في تعلمهم <input type="checkbox"/> حسن من تعليمهم إلى حد ما <input type="checkbox"/> حسن تعليمهم بشكل ملحوظ <input type="checkbox"/> أطفال في سن المدرسة لازالوا يذهبون إلى المدرسة <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة														
62. مع إغلاق المدارس للتعليم بالتواجد شخصياً، كيف أثر ذلك على رفاه طفلك أو أطفالك ممن هم في سن المدرسة؟	<table border="1"> <thead> <tr> <th>النشاط البدني</th> <th>أكثر بشكل كبير، أكثر إلى حد ما، كما هو، أقل إلى حد ما، أقل كثيراً، أبداً</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>الإجهاد</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>الوقت المنقضي أمام شاشة</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>استهلاك الفاكهة والخضروات</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>استهلاك المشروبات السكرية</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>التواصل مع الأصدقاء</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>التواصل مع الأسرة</td> <td>"</td> </tr> </tbody> </table>	النشاط البدني	أكثر بشكل كبير، أكثر إلى حد ما، كما هو، أقل إلى حد ما، أقل كثيراً، أبداً	الإجهاد	"	الوقت المنقضي أمام شاشة	"	استهلاك الفاكهة والخضروات	"	استهلاك المشروبات السكرية	"	التواصل مع الأصدقاء	"	التواصل مع الأسرة	"
النشاط البدني	أكثر بشكل كبير، أكثر إلى حد ما، كما هو، أقل إلى حد ما، أقل كثيراً، أبداً														
الإجهاد	"														
الوقت المنقضي أمام شاشة	"														
استهلاك الفاكهة والخضروات	"														
استهلاك المشروبات السكرية	"														
التواصل مع الأصدقاء	"														
التواصل مع الأسرة	"														

القسم 10: ظروفك

Section 10: Your Circumstances

نص السؤال/الإجابات	Question Text / Responses
63. هل أنت تعمل الآن؟ رجاء وضع علامة على كل ما ينطبق	<input type="checkbox"/> نعم - أذهب إلى المكتب/مكان العمل <input type="checkbox"/> نعم - عن بُعد <input type="checkbox"/> نعم - بعدد ساعات أقل بسبب كوفيد-19 <input type="checkbox"/> نعم - بعدد ساعات أكثر بسبب كوفيد-19 <input type="checkbox"/> لا - بسبب كوفيد-19 (تم الاستغناء عني، إغلاق محل العمل، سياسة الشركة، إلخ.) <input type="checkbox"/> لا - سبب آخر (مثال: طالب، بدون عمل، بالمعاش، إلخ.) <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
64. كيف أثرت جائحة فيروس كورونا على عملك (مثال: انتاجيتك، الإجهاد، مالياً، الأطفال بالمنزل، إلخ.)؟	<input type="checkbox"/> أضعفت من عملي بشكل ملحوظ <input type="checkbox"/> أضعفت من عملي إلى حد ما <input type="checkbox"/> عملي لم يتغير <input type="checkbox"/> حسنت من عملي إلى حد ما

<input type="checkbox"/> حسنت من عملي بشكل ملحوظ <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>65. منذ بداية جائحة فيروس كورونا، كيف هو الحال معك أو مع أهل بيتك في توفير احتياجاتكم المالية؟</p> <input type="checkbox"/> أصعب أكثر جداً <input type="checkbox"/> أصعب إلى حد ما <input type="checkbox"/> ليس أصعب كثيراً أو أسهل كثيراً <input type="checkbox"/> أسهل إلى حد ما <input type="checkbox"/> أسهل أكثر <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>66. إذا لم تتغير استجابة الصحة العمومية الحالية لجائحة فيروس كورونا لعدة شهور قادمة، ما الذي سوف يحدث لوضعك المالي؟ (مثال: التوصية بالتباعد البدني، الحجر الصحي الإلزامي على كل عائد من السفر، إغلاق المطاعم والبارات، حظر التجمعات لأكثر من 50 فرد)</p> <input type="checkbox"/> ستسوء بشكل ملحوظ <input type="checkbox"/> ستسوء إلى حد ما <input type="checkbox"/> لن تتغير <input type="checkbox"/> ستتحسن إلى حد ما <input type="checkbox"/> ستتحسن بشكل ملحوظ <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>67. أنت قلق أن ينفذ الطعام قبل أن تحصل على نقود لشراء المزيد. رجاء الإشارة إلى البيان التالي إذا كان صادقاً دائماً، أو أحياناً، أو غير صادق على الإطلاق منذ بداية جائحة فيروس كورونا.</p> <input type="checkbox"/> صادق دائماً <input type="checkbox"/> أحياناً صادقاً <input type="checkbox"/> غير صادق على الإطلاق <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>68. ما مدى احتمال احتياجك للانتقال لمنزل آخر خلال الستة أشهر القادمة بسبب أنك لا تستطيع دفع مصاريف منزلك الحالي؟</p> <input type="checkbox"/> محتمل جداً <input type="checkbox"/> محتمل <input type="checkbox"/> لا محتمل ولا غير محتمل <input type="checkbox"/> غير محتمل <input type="checkbox"/> غير محتمل جداً <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
<p>69. هل تقدمت بطلب لأي من خدمات تخفيف العبء المالي التالية؟ ضع علامة على كل ما ينطبق</p> <input type="checkbox"/> لم أحتاج إلى خدمات تخفيف العبء المالي <input type="checkbox"/> تأجيل دفع الرهن العقاري <input type="checkbox"/> تأمين البطالة <input type="checkbox"/> تأجيل دفع بطاقات الائتمان <input type="checkbox"/> تقليل الفوائد على بطاقة الائتمان <input type="checkbox"/> دعم الأجور في حالات الطوارئ من كندا لمالكي الأعمال الحرة <input type="checkbox"/> إعانة الإعالة في حالات الطوارئ من كندا للعمال المؤهلين الذين فقدوا دخلهم <input type="checkbox"/> آخر، رجاء التحديد: _____ <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة

القسم 11: وظيفتك
Section 11: Your Occupation

نص السؤال/الإجابات	Question Text / Responses
70. من مارس/أذار 2020، ما هي وظيفتك أو صناعتك التي عملت بها مؤخراً؟	<input type="checkbox"/> لم أعمل، أنا بالمعاش، أو أقوم بعمل بدون أجر <input type="checkbox"/> السكن وخدمات الطعام <input type="checkbox"/> إداري ودعم، إدارة المخلفات، خدمات معالجة <input type="checkbox"/> زراعة، حراثة، صيد سمك والصيد <input type="checkbox"/> فنون، ترفيه وتسلية <input type="checkbox"/> بناء <input type="checkbox"/> خدمات تعليمية <input type="checkbox"/> تمويل وتأمين <input type="checkbox"/> رعاية صحية <input type="checkbox"/> معلومات وصناعات ثقافية <input type="checkbox"/> إدارة شركات ومؤسسات <input type="checkbox"/> تصنيع <input type="checkbox"/> تعدين، محاجر، استخراج بترول وغاز <input type="checkbox"/> مهني، علمي، وخدمات تقنية <input type="checkbox"/> إدارة عمومية (حكومة محلية، مقاطعة أو فدرالية) <input type="checkbox"/> خدمات عقارية أو تأجير <input type="checkbox"/> تجارة بالتجزئة <input type="checkbox"/> مساعدة اجتماعية <input type="checkbox"/> نقل ومخازن <input type="checkbox"/> مرافق عامة <input type="checkbox"/> تجارة بالجملة <input type="checkbox"/> خدمات أخرى (فيما عدا الإدارة العمومية)؛ رجاء التحديد: <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
71. في وظيفتك، ما هو مدى تواتر اتصالك بأفراد من العامة، بدون شمل زملائك في العمل؟	<input type="checkbox"/> طوال الوقت <input type="checkbox"/> تقريباً طوال الوقت <input type="checkbox"/> بعض الوقت <input type="checkbox"/> نادراً <input type="checkbox"/> ولا أي وقت <input type="checkbox"/> لا أعرف
72. ما هي الوثيرة التي تسمح بها ظروف عملك للبعد البدني مع زملائك (مثل: تمكين العمل عن بُعد، مكاتب متنقلة، اجتماعات افتراضية، إلخ.)؟	<input type="checkbox"/> طوال الوقت <input type="checkbox"/> تقريباً طوال الوقت <input type="checkbox"/> بعض الوقت <input type="checkbox"/> نادراً <input type="checkbox"/> ولا أي وقت <input type="checkbox"/> لا أعرف
73. هل بإمكانك البقاء من عملك في المنزل عندما تكون مريضاً؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا - ليس لدي إجازات لإجازة مرضية <input type="checkbox"/> لا - ثقافة العمل تمنعني من البقاء في المنزل أثناء مرضي <input type="checkbox"/> لا - أشعر بالذنب البالغ <input type="checkbox"/> لا - لا أشعر أن لدي الأمان الوظيفي <input type="checkbox"/> لا - لا يوجد شخص آخر يقوم بعملتي <input type="checkbox"/> لا - أضر، رجاء التحديد:

القسم 12: الديموغرافية الاجتماعية الخاصة بك
Section 12: Your Socio-demographics

نص السؤال/الإجابات	Question Text / Responses
74. هل يمكنك تقدير دخل أهل بيتك، قبل الضرائب والاستقطاعات، من كافة المصادر بالسنة الماضية (للضرائب)؟ "أهل البيت" تشير إلى كافة أفراد الأسرة (الأقارب) الذين يسكنون في منزلك (وليس المستأجرين). إذا كنت تعيش بمفردك، ادخل دخلك الشخصي	<input type="checkbox"/> أقل من \$20,000 <input type="checkbox"/> من \$20,000 إلى \$39,999 <input type="checkbox"/> من \$40,000 إلى \$59,999 <input type="checkbox"/> من \$60,000 إلى \$79,999 <input type="checkbox"/> من \$80,000 إلى \$99,999 <input type="checkbox"/> من \$100,000 إلى \$119,999 <input type="checkbox"/> من \$120,000 إلى \$139,999 <input type="checkbox"/> من \$140,000 إلى \$159,999 <input type="checkbox"/> من \$160,000 إلى \$179,999 <input type="checkbox"/> من \$180,000 إلى \$199,999 <input type="checkbox"/> \$200,000 وأكثر <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
75. هل وُلدت في كندا؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
76. منذ متى تعيش في كندا؟	<input type="checkbox"/> أقل من سنة واحدة <input type="checkbox"/> 1-2 سنة <input type="checkbox"/> 3-5 سنة <input type="checkbox"/> 6-10 سنة <input type="checkbox"/> 10 سنين أو أكثر <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
77. هل تعتبر نفسك (ضع علامة على كل ما ينطبق)	<input type="checkbox"/> الأمم الأوائل <input type="checkbox"/> ميتيس <input type="checkbox"/> إينويت <input type="checkbox"/> أبيض (من أصول أوروبية) <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> جنوب آسيوي (مثال: هندي شرقي، باكستاني، سريلانكي) <input type="checkbox"/> أسود (مثال: أفريقي، كاريبي) <input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> أمريكي لاتيني/أسباني <input type="checkbox"/> جنوب شرق آسيوي (مثال: فيتنامي، كمبودي، ماليزي، لاوسي) <input type="checkbox"/> عربي <input type="checkbox"/> آسيوي غربي (مثال: إيراني، أفغاني) <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> ياباني

<input type="checkbox"/> آخر، رجاء التحديد: <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
78. هل تعيش بمحمية؟ <input type="checkbox"/> نعم، بدوام كامل <input type="checkbox"/> نعم، جزء من الوقت/موسمي <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
79. هل وضعك من رسمياً من الأمم الأوائل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
80. ما هو أعلى مستوى دراسي أكملته؟ <input type="checkbox"/> أقل من التخرج من المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> تخرجت من المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> شهادة مهنية لدبلوم من مدرسة مهنية أو تدريب مهني <input type="checkbox"/> شهادة غير جامعية أو دبلوم من كلية مجتمعية، CEGEP أو مدرسة تمرير <input type="checkbox"/> شهادة جامعية أقل من مستوى البكالوريوس <input type="checkbox"/> شهادة بكالوريوس <input type="checkbox"/> شهادة دراسات عليا (مثال: ماجستير أو دكتوراه) <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة

القسم 13: ما الذي تغير
Section 13: What Changed

نص السؤال/الإجابات	Question Text / Responses
81. ما الذي <u>تغير إلى الأفضل</u> بالنسبة لك منذ بداية جائحة فيروس كورونا؟ (اذكر شيء أو شيئين، إذا وُجد)	[Free text]
82. ما الذي <u>تغير إلى الأسوأ</u> بالنسبة لك منذ بداية جائحة فيروس كورونا؟ (اذكر شيء أو شيئين، إذا وُجد)	[Free text]

القسم 14: مساعدتك
Section 14: Your Help

نص السؤال/الإجابات	Question Text / Responses
<p>يوجد طريقتين أخريتين يمكنك بهما أن تساعد مع استجابة الصحة العمومية لبريتيش كولومبيا لجائحة كوفيد-19.</p> <p>(1) تقييم مناعة المجتمع لكوفيد-19: يمكنك معرفة إذا كنت قد تعرضت لفيروس كورونا المستجد لعام 2019 أم لا عن طريق تقديم عينة دم في أي مختبر يتعامل مع مرضى خارجيين. ستسمح لنا هذه المعلومات أن نقدر عدد الأفراد في بريتيش كولومبيا الذين تعرضوا للعدوى.</p> <p>(2) شبكة التحذير المبكر لكوفيد-19: بتقديم معلومات بشكل دوري عن أي أعراض تظهر عليك، يمكننا أن نحدد بسرعة وبدقة أكثر الأماكن من المقاطعة التي قد تتأثر بكوفيد-19. هذا سيسمح للصحة العمومية من الاستجابة بسرعة لأي موجات مستقبلية من التفشي بهدف مساعدة الأشخاص المتأثرين بالإصابة، والحد من تفشي العدوى وتقليل تأثيرها على الحياة اليومية.</p>	

يمكنك الإشارة إلى رغبتك في الاشتراك في كل من تلك المبادرات أدناه وسوف نتصل بك لتزويدك بمعلومات أكثر عن البرنامج والإرشادات لكيفية التقدم.
83. هل ترغب في الاشتراك في تقييم مناعة المجتمع لكوفيد-19؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
84. هل ترغب في الاشتراك في شبكة التحذير المبكر لكوفيد-19؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
نحن نقدر جداً رغبتك في الدعم النشط لاستجابة بريتيش كولومبيا لكوفيد-19.
85. رجاء تزويدنا أدناه بعنوان بريدك الإلكتروني، ورقم هاتفك، ورقم الصحة الشخصي لك. سنستخدم رقم الصحة الشخصي لك PHN لتعبئة طلب المختبر مسبقاً، وتعريف نتيجة عينة الدم التي قدمتها، والمساعدة على القيام بعمل تحليل هادف على المستوى السكاني لدعم الاستجابة لكوفيد-19. يوجد لدينا ممارسات صارمة جداً للحفاظ على الخصوصية لحماية تعريف هويتك وسيتم تحليل كافة النتائج على المستوى السكاني (وليس على المستوى الفردي على الإطلاق). سيتم استخدام عنوان بريدك الإلكتروني ورقم هاتفك للمتابعة معك بشأن الاشتراك في مبادرات إضافية. سيتم تخزين رقم PHN، وعنوان بريدك الإلكتروني، ورقم هاتفك بشكل آمن ومستقل عن استجابات المسح. يمكنك أن تجد رقم PHN وهو الرقم المكون من 10 أرقام على بطاقة الرعاية الخاصة بك Care Card، أو الرقم المكون من 10 أرقام خلف رخصة قيادة بريتيش كولومبيا خاصتك أو بطاقة الخدمات. البريد الإلكتروني (أحرف صغيرة) _____ رقم الهاتف _____ رقم الصحة الشخصي PHN (10 أرقام، بدون مسافات) _____

Thank you for helping British Columbia combat COVID-19!

شكراً على مساعدة مقاطعة بريتيش كولومبيا في محاربة كوفيد-19!