

Take Charge Participant Post-Survey (Arabic)

Last Revised 8/20/23

Admin Use Only: The facilitator or program staff should complete this part of the form.

Participant Number or Name: _____

Workshop ID: _____ **Site Name:** _____

Start date of program: _____ / _____ / _____ (e.g., 05/01/23)

Program Name:

- ☐ Take Charge of Your Health ☐ Take Charge of Your Pain ☐ wCDSMP
☐ Take Charge of Your Diabetes ☐ Cancer: Thriving and Surviving

1. بصفة عامة، كيف تصف صحتك: ☐ ممتازة ☐ جيدة جدًا ☐ جيدة ☐ مقبولة ☐ ضعيفة
2. ما مدى تأكدك من قدرتك على إدارة حالتك حتى تتمكن من عمل الأشياء التي تحتاج وتريد أن تفعلها؟
غير متأكد تمامًا 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 متأكد تمامًا
3. كم عدد المرات التي تشعر فيها بالوحدة؟ ☐ دائمًا ☐ غالبًا ☐ أحيانًا ☐ نادرًا ☐ مطلقًا
4. كم عدد المرات التي تشعر فيها بالعزلة عن المحيطين بك؟ ☐ دائمًا ☐ غالبًا ☐ أحيانًا ☐ نادرًا ☐ مطلقًا
5. منذ بداية البرنامج، ماذا فعلت لإدارة الحالة (الحالات) المرضية المزمنة التي تعاني منها؟ **حدد كل ما ينطبق**
☐ تحدثت إلى أحد أفراد العائلة أو صديق حول صحتي
☐ تحدثت إلى أحد مقدمي الرعاية الصحية حول الطريقة التي يمكن أن أدير بها الحالة المرضية المزمنة التي أعاني منها بشكل أفضل
☐ تمت مراجعة أدويتي من قبل مقدم رعاية صحية أو صيدلي
☐ بدأت أو واصلت ممارسة الرياضة
☐ أجريت تغييرات على كيفية اختيار الطعام الذي أتناوله
☐ شاركت أو أخطط للمشاركة في برنامج آخر متعلق بالصحة أو ممارسة الرياضة في مجتمعي
6. كيف تقيم مدى رضاك العام عن جودة البرنامج؟ ☐ غير راضٍ أبدًا ☐ غير راضٍ ☐ لا بأس ☐ راضٍ ☐ راضٍ جدًا

7. Since this program began, I have applied the skills I learned in this program to: **Check all that apply.**

☐	Manage emotions like stress, depression, anger, fear, or frustration
☐	Manage pain, fatigue, or other symptoms of my chronic condition(s)
☐	Increase my strength, flexibility, endurance, or overall physical fitness
☐	Make a medication list that includes all current medications, dosages, and dates started
☐	Solve a problem or issue I was experiencing in my life
☐	Help someone else use a technique I learned in this program

Take Charge Participant Post-Survey (Arabic)

8. How likely is it that you would recommend this program to a friend or family member?

Not at all likely 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremely likely

9. Would you be willing to share your story to help other people gain access to these programs?

☐ Yes ☐ No

10. What was most valuable to you in this program?

11. Please provide any thoughts or feedback about the program leader(s):
