

## Active Choices Participant Post-Survey (Urdu)

**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:

Active Choices

1. عمومی طور پر کیا آپ کہیں گے کہ آپ کی صحت کس طرح ہے:
 

<input type="checkbox"/> زبردست	<input type="checkbox"/> بہت اچھا	<input type="checkbox"/> اچھا	<input type="checkbox"/> مناسب	<input type="checkbox"/> خراب	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------
2. آپ کو کتنا یقین ہے کہ آپ اپنی کیفیت سنبھال سکتے ہیں تاکہ آپ وہ کام کر سکیں جس کو انجام دینے ضروری ہے یا دینا چاہتے بالکل غیر یقینی ہے 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 پوری طرح یقینی ہے
3. آپ کتنی کثرت سے خود کو تنہا محسوس کرتے ہیں؟
 

<input type="checkbox"/> ہمیشہ	<input type="checkbox"/> اکثر	<input type="checkbox"/> کبھی کبھار	<input type="checkbox"/> شاذو نادر	<input type="checkbox"/> کبھی نہیں
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------
4. آپ کتنی دفعہ خود کو آس پاس کے لوگوں سے الگ تھلگ محسوس کرتے ہیں؟
 

<input type="checkbox"/> ہمیشہ	<input type="checkbox"/> اکثر	<input type="checkbox"/> کبھی کبھار	<input type="checkbox"/> شاذو نادر	<input type="checkbox"/> کبھی نہیں
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------
5. اس پروگرام کے آغاز کے بعد سے آپ نے اپنی دائمی حالت کے اہتمام کے واسطے کیا کیا ہے؟ قابل اطلاق سبھی چیک کریں
 

<input type="checkbox"/> اپنی صحت کے تعلق سے خاندان کے کسی فرد یا دوست سے بات چیت کی	<input type="checkbox"/> سکتا/سکتی ہوں
<input type="checkbox"/> صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے سے اس بارے میں بات چیت کی کہ میں اپنی دائمی کیفیت کو کس طرح سنبھال	<input type="checkbox"/> ہیلتھ کیئر فراہم کنندہ یا دوا ساز نے میری ادویات کا جائزہ لیا
<input type="checkbox"/> ورزش شروع کی یا جاری رکھا	<input type="checkbox"/> میں نے جو کھانا کھایا ہے اس میں تبدیلیاں کیں
<input type="checkbox"/> میری کمیونٹی میں صحت سے متعلق یا ورزش کے کسی دوسرے پروگرام میں حصہ لیا یا شرکت کرنے کا پلان بنایا	
6. آپ پروگرام کے معیار کے تعلق سے اپنے مجموعی طمانیت کی درجہ بندی کس طرح کریں گے؟
 

<input type="checkbox"/> بہت غیر مطمئن	<input type="checkbox"/> غیر مطمئن	<input type="checkbox"/> ٹھیک	<input type="checkbox"/> مطمئن	<input type="checkbox"/> بہت مطمئن
--	------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

---

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

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

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):

---

---

---