



- لطفاً با پاسخ دادن به چند سؤال، به ارائه بهتر خدمات از طرف نمایندگی ما کمک کنید. پاسخ‌های شما محرمانه است و بر خدمات فعلی یا آینده ارائه شده به شما تأثیر نمی‌گذارد.
- لطفاً به پرسش‌های زیر بر اساس دوره 6 ماه گذشته پاسخ دهید یا اگر به مدت شش ماه خدماتی دریافت نکرده‌اید، پاسخ‌های خود را بر اساس خدماتی که تاکنون دریافت کرده‌اید، ذکر کنید. مشخص کنید که آیا با اظهار نظر‌های زیر «کاملاً موافق، موافق، بی‌طرف، مخالف، یا کاملاً مخالف» هستید. اگر سؤال در خصوص موردی است که با آن برخورد نداشته‌اید، گزینه «مصادق ندارد» را انتخاب کنید تا نشان دهد این مورد برای شما صدق نمی‌کند.
- لطفاً دایره را به صورت کامل پر کنید

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	بی‌طرف	موافقم	کاملاً موافقم	درست غلط
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. خدماتی که از اینجا دریافت کرده‌ام مورد پسند من بوده است. 2. اگر حق انتخاب‌های دیگری داشتم، باز هم از این مرکز خدمات می‌گرفتم. 3. من این مرکز را به دوستان یا اعضای خانواده توصیه می‌کنم. 4. محل خدمات مناسب بود. از نظر پارکینگ، حمل و نقل عمومی، مسافت و غیره
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. هر وقت احساس می‌کردم لازم است کارکنان با روی باز مرا می‌دیدند. 6. کارکنان ۲۴ ساعته تماس‌های من را پاسخ می‌دادند. 7. خدمات در مواقعی به من ارائه می‌شد که برای من مناسب بود. 8. من توانستم تمام خدماتی را که فکر می‌کردم نیاز دارم دریافت کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. هر موقع می‌خواستم می‌توانستم یک روانپزشک را ببینم. 10. کارکنان اینجا معتقدند که من می‌توانم رشد کنم، تغییر کنم و بهبود یابم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. هنگام سؤال در مورد درمان و دارو، احساس راحتی می‌کردم. 12. احساس می‌کنم راحت می‌توانم شکایت کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. در مورد حقوق من به من اطلاعات داده می‌شد. 14. کارکنان مرا تشویق می‌کردند که مسئولیت نحوه زندگی خود را به عهده بگیرم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. کارکنان به من گفتند که چه عوارض جانبی را باید در نظر بگیرم. 16. کارکنان به تمایلات من در مورد اینکه به چه کسی در مورد معالجه خودم اطلاعات بدهم و به چه کسی اطلاعات ندهم، احترام می‌گذاشتند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. من اهداف درمانی خود را انتخاب می‌کردم نه کارکنان. 18. کارکنان به پیشینه فرهنگی من حساس بودند. نژاد، دین، زبان و غیره
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. کارکنان به من کمک می‌کردند تا اطلاعات لازم را بدست آورم تا بتوانم مسئولیت مدیریت بیماری خود را بر عهده بگیرم. 20. من را به استفاده از طرح‌های مصرف‌کننده محور تشویق می‌کردند. گروه‌های پشتیبانی، مراکز خدمات، تلفن‌رہایی از بحران و غیره
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم 21. با کارایی بیشتری با مشکلات روزمره برخورد می‌کنم. 22. بهتر می‌توانم زندگی خود را کنترل کنم. 23. بهتر می‌توانم با بحران مقابله کنم. 24. سازگاری من با خانواده‌ام بهتر شده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. در موقعیت‌های اجتماعی بهتر عمل می‌کنم. 26. عملکرد من در مدرسه و / یا محل کار بهتر شده است. 27. وضعیت مسکن من بهبود یافته است. 28. علائم بیماری به اندازه قبل مرا اذیت نمی‌کند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29. کارهایی انجام می‌دهم که برایم معنادارتر است. 30. بهتر می‌توانم به نیازهایم توجه کنم. 31. وقتی اشتباهی رخ می‌دهد بهتر می‌توانم مسائل را اداره کنم. 32. توانایی من در انجام کارهایی که می‌خواهم انجام دهم بهتر شده است.

چهار سؤال بعدی در خصوص روابط با افرادی است که خدمات بهداشت روان به شما ارائه نداده‌اند.

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	بی‌طرف	موافقم	کاملاً موافقم	نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33. از روابط دوستانه‌ای که دارم خوشحالم. 34. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذتبخش را با آنها انجام دهم. 35. احساس می‌کنم به جامعه خود تعلق دارم. 36. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت.

The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

* CSI County Client Number



19468

DHCS 1744 FA

Must be entered on EVERY page

لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم حالتان چگونه است

1. تقریباً چه مدت است از اینجا خدمات دریافت می‌کنید؟
- این اولین مراجعه من به اینجا است
- بیش از یک بار مراجعه کرده‌ام اما کمتر از یک ماه است که خدمات دریافت می‌کنم
- تا ۲ ماه ۱
- تا ۵ ماه ۳
- ماه تا ۱ سال ۶
- بیش از ۱ سال

<p>اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده اید، لطفاً به پرسش های 5 تا 7 پاسخ دهید</p> <p>بیشتر از یک سال </p>	<p>اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده اید، لطفاً به پرسش های 2 تا 4 پاسخ دهید</p> <p>یک سال یا کمتر </p>
<p>5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟</p> <p><input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟</p> <p><input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>7. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...</p> <p><input type="radio"/> کاهش یافته است</p> <p>به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام</p> <p><input type="radio"/> ثابت مانده است</p> <p><input type="radio"/> افزایش یافته است</p> <p><input type="radio"/> مصداق ندارد</p> <p>امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام</p>	<p>2. آیا از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روانی دستگیر شده‌اید؟</p> <p><input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بازداشت شده بودید؟</p> <p><input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>4. از زمانی که خدمات بهداشت روانی دریافت می‌کنید، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است....</p> <p><input type="radio"/> کاهش یافته است</p> <p>به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام</p> <p><input type="radio"/> ثابت مانده است</p> <p><input type="radio"/> افزایش یافته است</p> <p><input type="radio"/> مصداق ندارد</p> <p>امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام</p>

* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page



19468



لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا کمی درباره خودتان به ما اطلاعات بدهید

8. جنسیت شما چیست؟
 لطفأ همه موارد مرتبط را علامت بزنید
9. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می شناسید؟
 لطفأ همه موارد مرتبط را علامت بزنید
10. آیا شما اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارید؟
11. نژاد شما چیست؟
 لطفأ همه موارد مرتبط را علامت بزنید
12. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟
13. آیا اسناد کتبی و یا خدماتی که دریافت کرده اید به زبانی دلخواه شما بوده است؟
 به عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می کنند

مرد
 زن
 (یعنی نه مرد و نه زن - non-binary) جنسیت غیردوگانه
 زن به مرد: ترانجسیتی (transgender)
 مرد به زن: ترانجسیتی (transgender)
 هویت جنسی دیگر

هتروسیکس (heterosexual) - علاقه مند به جنس مخالف/ناهمجنس گرا
 لیبیان (lesbian) و یا زن همجنس گرا (gay) مرد همجنس گرا
 بیسیکس (bisexual) زوجنس گرا
 گرایش جنسی دیگر
 ناشناخته
 ترجیح می دهم پاسخ ندهم

بله
 نه
 ناشناخته

سرخپوست / بومی آلاسکا
 آسیایی
 سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی
 بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام
 سفیدپوست / قفقازی
 نژاد دیگر
 ناشناخته

روز [] [] - ماه [] [] - سال [] [] [] []

نه
 بله



14. اکنون به خدماتی که دریافت نمودید فکر کنید؛ چه مقدار از آن درمان از راه دور بود؟
 از طریق تلفن یا کنفرانس ویدیویی

هیچ
 خیلی کم
 تقریباً نصف آن
 تقریباً تمام آن
 تمام آن

15. در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دور چقدر برای شما مفید بوده است؟ (telehealth)

خیلی بدتر
 تا حدی بدتر
 تقریباً مشابه
 تا حدی بهتر
 خیلی بهتر
 مصداق ندارد

16. ترجیح می دهم که بیشتر درمان های بهداشت روانی خودم در این برنامه را از طریق درمان از راه دور دریافت کنم.

کاملاً مخالفم
 مخالفم
 بی طرف
 موافقم
 کاملاً موافقم
 مصداق ندارد

17. لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم. همچنین اگر مواردی وجود دارد که تحت پوشش این پرسشنامه نیست و احساس می کنید باید باشد، لطفاً آنها را در اینجا بنویسید. از صرف زمان و همکاری شما در تکمیل این پرسشنامه متشکریم.

از اینکه برای پاسخگویی به این سالات وقت گذاشتید متشکریم!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

[]	[]
-----	-----

Date of Survey Administration:

[0]	[5]	/	[]	[]	/	[2]	[0]	[2]	[4]
-------	-------	---	-----	-----	---	-------	-------	-------	-------

County Reporting Unit (optional):

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Code for not completing the survey (if applicable):

Refused
 Impaired
 Language
 Other

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

* CSI County Client Number

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

19468



Must be entered on EVERY page