

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	بی طرف	موافقم	کاملاً موافقم	
<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.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. من را به استفاده از طرح‌های مصرف‌کننده محور تشویق می‌کردند. گروه‌های پشتیبانی، مراکز خدمات، تلفن رهایی 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.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. بهتر می‌توانم زندگی خود را کنترل کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. بهتر می‌توانم با بحران مقابله کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. عملکرد من در مدرسه و / یا محل کار بهتر شده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27. وضعیت مسکن من بهبود یافته است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30. بهتر می‌توانم به نیازهایم توجه کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31. وقتی اشتباهی رخ می‌دهد بهتر می‌توانم مسائل را اداره کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذتبخش را با آنها انجام دهم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35. احساس می‌کنم به جامعه خود تعلق دارم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت.

* CSI County Client Number

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

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

اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده‌اید، لطفاً به پرسش‌های 5 تا 7 دریافت کرده‌اید، لطفاً به پرسش‌های 2 تا 4 پاسخ دهید	اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده‌اید، لطفاً به پرسش‌های 2 تا 4 پاسخ دهید
بیشتر از یک سال	یک سال یا کمتر
5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟	2. آیا از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روانی، دستگیر شده‌اید؟
6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟	3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟
7. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...	4. از زمانی که خدمات بهداشت روانی دریافت می‌کنید برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...
○ کاهش یافته است به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام	○ کاهش یافته است به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام
○ ثابت مانده است ○ افزایش یافته است ○ مصداق ندارد	○ ثابت مانده است ○ افزایش یافته است ○ مصداق ندارد
امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشتم	امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشتم

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

8. جنسیت شما چیست؟
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید
- مرد
 ○ زن
 ○ (یعنی نه مرد و نه زن - non-binary) جنسیت غیردوگانه
9. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می‌شناسید؟
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید
- (heterosexual) علاقه مند به جنس مخالف/ناهمجنس گرا
 ○ ناشناخته
 ○ (bisexual) دوجنس گرا
- گرایش جنسی دیگر
 ○ (lesbian) و یا زن همجنس گرا (gay) مرد همجنس گرا
 ○ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم
10. آیا شما اصالت مکزیکی / اسپانیایی / لاتین دارید؟
- ناشناخته
 ○ نه
 ○ بله

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



- سفیدپوست / قفقازی
- نژاد دیگر
- ناشناخته

- سرخپوست / بومی آلاسکا
- آسیایی
- سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی
- بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام

11. نژاد شما چیست؟
لطفاً همه موارد مرتبط
را علامت بزنید

روز ماه سال

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

12. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟

13. آیا اسناد کتبی و یا خدماتی که دریافت کرده اید به زبانی دلخواه شما بوده است؟
بله نه
به عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می کنند



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

از طریق تلفن یا کنفرانس ویدئویی

- هیچ
- خیلی کم
- تقریباً نصف آن
- تقریباً تمام آن
- تمام آن

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

- 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:

County Reporting Unit (optional):

--	--

0	5	/			/	2	0	2	4
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

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

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

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

Must be entered on EVERY page

16279

