

- طفا با پاسخ دادن به چند سؤال، به ارائه بهتر خدمات از طرف نمایندگی ما کمک کنید. پاسخ های شما محترمانه است و بر خدمات فعلی یا آینده ارائه شده به شمات تأثیر نمی گذارد. برای هر یک از موارد در نظر سنجی زیر، لطفاً دایره ای را که مطابق با انتخاب شماست پر کنید.
- لطفاً به سؤالات زیر بر اساس خدمات 6 ماه اخیر پاسخ دهید یا اگر خدماتی در طی این 6 ماه دریافت نکرده اید، بر اساس خدماتی که تاکنون دریافت کرده اید پاسخ دهید. مشخص کنید که آیا با هر یک از عبارات زیر به شدت موافق هستید، موافق هستید، نظری ندارید، مخالف هستید یا به شدت مخالف هستید. اگر سؤال در خصوص موردی است که با آن برخورد نداشته اید، گزینه «مصدق ندارد» را انتخاب کنید تا نشان دهید این مورد برای شما صدق نمی کند.

مصدق ندارد	کاملاً مخالف	مخالف	بی طرف	موافق	کاملاً موافق	● صحیح است ○ صحیح ○
○	○	○	○	○	○	1. خدماتی که از اینجا دریافت کرده ام مورد پسند من بوده است.
○	○	○	○	○	○	2. اگر حق انتخاب های دیگری داشتم، باز هم از این مرکز خدمات می گرفتم.
○	○	○	○	○	○	3. من این مرکز را به دوستان یا اعضای خانواده توصیه می کنم.
○	○	○	○	○	○	4. محل خدمات مناسب بود. از نظر پارکینگ، حمل و نقل عمومی، مسافت و غیره
○	○	○	○	○	○	5. هر وقت احساس می کردم لازم است کارکنان باروی باز مرا می دینند.
○	○	○	○	○	○	6. کارکنان ۲۴ ساعته تماس های من را پاسخ می دادند.
○	○	○	○	○	○	7. خدمات در موقعی به من ارائه می شد که برای من مناسب بود.
○	○	○	○	○	○	8. من توانستم تمام خدماتی را که فکر می کردم نیاز دارم دریافت کنم.
○	○	○	○	○	○	9. هر موقع می خواستم می توانستم یک روانپژوه را ببینم.
○	○	○	○	○	○	10. کارکنان اینجا معتقدند که من می توانم رشد کنم، تغییر کنم و به بود یابم.
○	○	○	○	○	○	11. هنگام سؤال در مورد درمان و دارو، احساس راحتی می کردم.
○	○	○	○	○	○	12. احساس می کنم راحت می توانم شکایت کنم.
○	○	○	○	○	○	13. در مورد حقوق من به من اطلاعات داده می شد.
○	○	○	○	○	○	14. کارکنان مرا تشویق می کردند که مسئولیت نحوه زندگی خود را به عهده بگیرم.
○	○	○	○	○	○	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 بدhem و به چه کسی اطلاعات ندهم، احترام می گذاشتند.

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

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

Must be entered on EVERY page



مصدق ندارد	کاملاً مخالف	مخالف	بی طرف	موافق	کاملاً موافق	
<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 می کردم 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.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. کارکنان به من کمک می کردند 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 طرح های مصرف کننده محور تشویق می کردم.
						گروه های پشتیبانی، مراکز خدمات، تلفن رهایی از بحران و غیره
						به عنوان نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کرده ام:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. با کارآیی بیشتری با مشکلات روزمره برخورد می کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. بهتر می توانم 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 می توانم 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 خانواده ام بهتر شده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. در موقعیت های اجتماعی بهتر عمل می کنم.
<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 نمی کند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29. کارهایی انجام می دهم که برایم معنادارتر است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30. بهتر می توانم 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 می دهد بهتر می توانم 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 می خواهم انجام دهم بهتر شده است.
در سوال های ۳۲ تا ۳۶، لطفاً به سؤالات مربوط به روابطان با افراد دیگری غیر از ارائه دهنده اگان سلامت روان خود پاسخ دهید.						
						به عنوان نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کرده ام:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33. از روابط دوستانه ای 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 می توانم کارهای لذت بخش 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 می کنم 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



سوالات در خصوص کیفیت زندگی

لطفاً با انتخاب گزینه‌ای که به بهترین وجه تجربه یا احساس شمارا توصیف می‌کند، به سوالات زیر پاسخ دهید. برای برخی از سوالات، اگر سوال برای شما صدق نمی‌کند، می‌توانید گزینه «مرتبط نیست» را انتخاب کنید.

شاد	راضی	اکثر راضی	ترکیبی	اکثراً ناراضی	ناراضی	اقضای	رضايت از زندگی عمومي
<input type="radio"/>	1. به طور کلی در مورد زندگی خود چه احساسی دارید؟						

وضعیت زندگی

به وضعیت زندگی فعلی خود فکر کنید

- در خصوص این موارد چه احساسی
 - شرایط زندگی جایی که زندگی می‌کنید؟
 - حریم خصوصی شما در آنجا؟
 - چشم‌انداز شما در خصوص ماندن طولانی مدت در جایی که در حال حاضر زندگی می‌کنید؟

شاد	راضی	اکثر راضی	ترکیبی	اکثراً ناراضی	ناراضی	اقضای
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						

فعالیتها و عملکرد روزانه
در مورد چگونگی گذران اوقات فراغت خود

- در خصوص این موارد چه احساسی
 - روشی که اوقات فراغت خود را می‌گذرانید؟
 - فرصت‌هایی که برای لذت بردن از چیزهای دلپذیر یا زیبایدارید؟
 - میزان تقریبی که دارید؟
 - میزان آرامش در زندگی شما؟

شاد	راضی	اکثر راضی	ترکیبی	اکثراً ناراضی	ناراضی	اقضای
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						

خانواده

- در خصوص این موارد چه احساسی
 - رفتاری که شما و خانواده‌تان نسبت به یکدیگر دارید؟
 - وضعیت کلی امور بین شما و خانواده‌تان؟

صدق ندارد	شاد	راضی	اکثر راضی	ترکیبی	اکثراً ناراضی	ناراضی	اقضای
<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>							

روابط اجتماعی

- در خصوص این موارد چه احساسی
 - نکارهایی که با افراد دیگر انجام می‌دهید؟
 - مقدار زمانی که با افراد دیگر می‌گذرانید؟
 - افرادی که در اجتماع می‌بینید؟
 - میزان روابط دوستانه در زندگی شما؟

صدق ندارد	شاد	راضی	اکثر راضی	ترکیبی	اکثراً ناراضی	ناراضی	اقضای
<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>							

* CSI County Client Number

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Must be entered on EVERY page



حقوقی و امنیت

6. در ماه گذشته، قربانی این موارد شده‌اید

a. هر نوع جنایات خشن مانند حمله، تجاوز، کتککاری یا سرفت؟

b. هر نوع جرایم غیر خشن مانند دزدی، سرقت اموال یا پول شما یا فریب دادن؟

7. در ماه گذشته، چند بار به علت جرائم مختلف دستگیر شده‌اید؟

دستگیر نشده‌ام بار دستگیری ۱ بار دستگیری ۲ بار دستگیری ۳ بار دستگیری یا بیشتر ۴

شاد	راضی	اکثر راضی	ترکیبی	اکثر ناراضی	ناراضی	افتضاح
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						

8. در خصوص این موارد چه احساسی

a. در اخیابان‌های محله خود چقدر امنیت دارید؟

b. در جایی که زندگی می‌کنید چقدر امنیت دارید؟

c. چه محافظت‌هایی در برابر دزدی یا حمله دارید؟

سلامتی

○ ضعیف ○ متوسط ○ خوب ○ خیلی خوب ○ عالی

9. به طور کلی، معتقدید
سلامتی شما چگونه است:

شاد	راضی	اکثر راضی	ترکیبی	اکثر ناراضی	ناراضی	افتضاح
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						

10. در خصوص این موارد چه احساسی

a. سلامتی شما به طور کلی؟

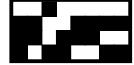
b. وضعیت جسمی شما؟

c. رفاه عاطفی شما؟

* CSI County Client Number

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Must be entered on EVERY page



لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم حالتان چگونه است

- یک تا دو ماه
- سه تا پنج ماه
- شش ماه تا یک سال
- بیش از ۱ سال
- این اولین مراجعه من به اینجاست
- بیش از یک بار مراجعه کرده‌ام
- اما کمتر از یک ماه است که خدمات دریافت می‌کنم

1. تقریباً چه مدت است از اینجا خدمات دریافت می‌کنید؟

اگر برای موارد زیر خدمات بهداشت روانی دریافت کرده‌اید، لطفاً به سؤالات ۵ تا ۷ پاسخ دهید

بیشتر از یک سال



یک سال یا کمتر



- | | |
|---|---|
| <p>5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید?</p> <p>6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید?</p> <p>7. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است....</p> <p>○ کاهش یافته است
به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، از طرف پلیس تحت فشار قرار نگرفته‌ام، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام</p> <p>○ ثابت مانده است
○ افزایش یافته است
○ مصدق ندارد</p> <p>امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام</p> | <p>5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید?</p> <p>6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید?</p> <p>7. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است....</p> <p>○ کاهش یافته است
به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، از طرف پلیس تحت فشار قرار نگرفته‌ام، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام</p> <p>○ ثابت مانده است
○ افزایش یافته است
○ مصدق ندارد</p> <p>امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام</p> |
|---|---|

اگر برای موارد زیر خدمات بهداشت روانی دریافت کرده‌اید، لطفاً به سؤالات ۲ تا ۴ پاسخ دهید

- | | |
|--|--|
| <p>2. آیا از زمانیکه شروع به دریافت خدمات بهداشت روان کرده‌اید دستگیر شده‌اید؟</p> <p>3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟</p> <p>4. از زمانی که خدمات بهداشت روان دریافت می‌کنید برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...</p> <p>○ کاهش یافته است
به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، از طرف پلیس تحت فشار قرار نگرفته‌ام، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام</p> <p>○ ثابت مانده است
○ افزایش یافته است
○ مصدق ندارد</p> <p>امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام</p> | <p>2. آیا از زمانیکه شروع به دریافت خدمات بهداشت روان کرده‌اید دستگیر شده‌اید؟</p> <p>3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟</p> <p>4. از زمانی که خدمات بهداشت روان دریافت می‌کنید برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...</p> <p>○ کاهش یافته است
به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، از طرف پلیس تحت فشار قرار نگرفته‌ام، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام</p> <p>○ ثابت مانده است
○ افزایش یافته است
○ مصدق ندارد</p> <p>امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام</p> |
|--|--|

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. کدام یک از موارد زیر در مورد شما صدق می‌کند؟
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؟

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



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

- سفیدپوست / فرقانی
 نژاد دیگر
 آسیایی
 سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی
 بومی امریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام

سال ماه روز
[] - [] - []

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 مصرف‌کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می‌کنند



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

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

خیلی بهتر تا حدی بخوبی تقریباً مشابه تا حدی بدتر خیلی بدتر
مصدق ندارد

16. ترجیح می‌دهم که بیشتر درمان‌های بهداشت روانی خودم در این برنامه را از طریق درمان از راه دور
دریافت کنم

کاملاً موافقم موافقم بی طرف مخالفم کاملاً مخالفم
مصدق ندارد

17. طفأ 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 می‌کنید باید باشد، لطفاً آنها
را در اینجا بنویسید. از صرف زمان و همکاری شما در تکمیل این پرسشنامه تشکریم.

از اینکه برای پاسخگویی به این سوالات وقت گذاشتید متشریم!



FOR OFFICE USE ONLY

County Code: Date of Survey Administration:

[] [] [] [] / [] [] [] / [] [] [] []

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

[] [] [] [] [] [] []

Must be entered on EVERY page

15347

