

- لطفاً با پاسخ دادن به چند سؤال، به ارائه بهتر خدمات از طرف نمایندگان ما کمک کنید. پاسخ‌های شما محرمانه است و بر خدمات فعلی یا آینده ارائه شده به شما تأثیر نمی‌گذارد. برای هر یک از موارد در نظر سنجی زیر، لطفاً دایره‌ای را که مطابق با انتخاب شماست پر کنید.
- لطفاً به سؤالات زیر بر اساس خدمات ۶ ماه اخیر پاسخ دهید یا اگر خدماتی در طی این ۶ ماه دریافت کرده‌اید، بر اساس خدماتی که تاکنون دریافت کرده‌اید 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 نداشته‌اید، گزینه «مصدق ندارد» را انتخاب کنید تا نشان دهید این مورد برای شما صدق نمی‌کند.

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"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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



مصداق 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"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

در سؤال‌های ۳۳ تا ۳۶، لطفاً به سؤالات مربوط به روابطتان با افراد دیگری غیر از ارائه‌دهندگان سلامت روان خود پاسخ دهید.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

15347



سوالات در خصوص کیفیت زندگی

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

شاد	راضی	اکثرأ راضی	ترکیبی	اکثرأ ناراضی	ناراضی	اقتضاح
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

رضایت از زندگی عمومی

1. به طور کلی در مورد زندگی خود چه احساسی دارید؟

شاد	راضی	اکثرأ راضی	ترکیبی	اکثرأ ناراضی	ناراضی	اقتضاح
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

وضعیت زندگی

به وضعیت زندگی فعلی خود فکر کنید

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

فعالیت‌ها و عملکرد روزانه

در مورد چگونگی گذران اوقات فراغت خود فکر کنید

شاد	راضی	اکثرأ راضی	ترکیبی	اکثرأ ناراضی	ناراضی	اقتضاح
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. در خصوص این موارد چه احساسی
- a. روشی که اوقات فراغت خود را می‌گذرانید؟
 - b. فرصت‌هایی که برای لذت بردن از چیزهای دلپذیر یا زیبا دارید؟
 - c. میزان تفریحی که دارید؟
 - d. میزان آرامش در زندگی شما؟

خانواده

اقتضاح	ناراضی	اکثرأ ناراضی	ترکیبی	اکثرأ راضی	راضی	شاد	مصدق ندارد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

روابط اجتماعی

اقتضاح	ناراضی	اکثرأ ناراضی	ترکیبی	اکثرأ راضی	راضی	شاد	مصدق ندارد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. در خصوص این موارد چه احساسی
- a. کارهایی که با افراد دیگر انجام می‌دهید؟
 - b. مقدار زمانی که با افراد دیگر می‌گذرانید؟
 - c. افرادی که در اجتماع می‌بینید؟
 - d. میزان روابط دوستانه در زندگی شما؟

* CSI County Client Number

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

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

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

8. در خصوص این موارد چه احساسی

- a. در خیابان‌های محله خود چقدر امنیت دارید؟
 b. در جایی که زندگی می‌کنید چقدر امنیت دارید؟
 c. چه محافظت‌هایی در برابر دزدی یا حمله دارید؟

سلامتی

9. به طور کلی، معتقدید سلامتی شما چگونه است:
- عالی خیلی خوب خوب متوسط ضعیف

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

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

Must be entered on EVERY page

15347



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
- یک تا دو ماه
 ○ سه تا پنج ماه
 ○ شش ماه تا یکسال
 ○ بیش از ۱ سال

اگر برای موارد زیر خدمات بهداشت روانی دریافت کرده‌اید، لطفاً به سؤالات ۲ تا ۴ پاسخ دهید	اگر برای موارد زیر خدمات بهداشت روانی دریافت کرده‌اید، لطفاً به سؤالات ۵ تا ۷ پاسخ دهید
یک سال یا کمتر	بیشتر از یک سال
2. آیا از زمانی که شروع به دریافت خدمات بهداشت روان کرده‌اید دستگیر شده‌اید؟ ○ بله ○ نه	5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟ ○ بله ○ نه
3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟ ○ بله ○ نه	6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟ ○ بله ○ نه
4. از زمانی که خدمات بهداشت روان دریافت می‌کنید برخوردارهایی که با پلیس رخ داده است... ○ 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 ○ ثابت مانده است ○ افزایش یافته است ○ مصداق ندارد ○ امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام	7. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است... ○ 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 ○ ثابت مانده است ○ افزایش یافته است ○ مصداق ندارد ○ امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام

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
 ○ زن به مرد (transgender)
 ○ مرد به زن (transgender)
 ○ هویت جنسی دیگر
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 مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارید؟
 ○ بله ○ نه ○ ناشناخته

* 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 سؤالات وقت گذاشتید متشکریم!



FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

Date of Survey Administration:

County Reporting Unit (optional):

--	--

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

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

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

