

- 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. برای هر یک از موارد در نظر سنجی زیر، لطفاً دایره‌ای را که مطابق با انتخاب شماست پر کنید.
- لطفاً به سوالات زیر بر اساس خدمات ۶ ماه اخیر پاسخ دهید یا اگر خدماتی در طی این ۶ ماه دریافت نکرده‌اید، بر اساس خدماتی که تاکنون دریافت کرده‌اید پاسخ دهید. مشخص کنید که آیا با هر یک از عبارات زیر به شدت مخالف هستید، مخالف هستید، نظری ندارید، موافق هستید یا به شدت موافق 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 موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم	لطفاً دایره را به طور کامل پر کنید. صحیح است <input type="radio"/> صحیح نیست <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. در کل، از خدمات دریافت شده راضی هستم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. در انتخاب خدمات به من کمک شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. در انتخاب اهداف درمانی به من کمک شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. کسانی که به من کمک می‌کنند مجبورند با من سر و کار داشته باشند و برایشان مهم نیست که چه می‌شود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. احساس می‌کردم وقتی مشکل داشتم کسی بود که با او صحبت کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. من در معالجه خود مشارکت داشتم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. خدماتی دریافت کردم که برای من مناسب بود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. مکان ارائه خدمات برای من راحت بود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. خدمات در زمان‌های مناسب برای من در دسترس بودند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. کمکی را که می‌خواستم دریافت می‌کردم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. به اندازه نیاز به من کمک می‌شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. کارکنان با احترام با من رفتار می‌کردند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. کارکنان به اعتقادات مذهبی / معنوی من احترام می‌گذاشتند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. کارکنان با من به شکلی صحبت می‌کردند که می‌فهمیدم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. کارکنان به پیشینه فرهنگی / قومی من حساس بودند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>به‌عنوان نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کرده‌ام:</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. بهتر می‌توانم زندگی روزمره را اداره کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. سازگاری من با اعضای خانواده بهتر شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. سازگاری من با دوستان و افراد دیگر بهتر شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. عملکرد من در مدرسه و / یا کار بهتر شده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. وقتی مشکل پیش می‌آید، بهتر می‌توانم با آن مقابله کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. من الان از زندگی خانوادگی خودم راضی هستم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. 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. نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>به‌عنوان نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کرده‌ام:</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. افرادی را می‌شناسم که وقتی نیاز به صحبت کردن دارم، به من گوش می‌دهند و مرا درک می‌کنند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. افرادی را دارم که راحت درباره مشکل (مشکلات) خودم با آنها صحبت می‌کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. 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"/>	27. فیدترین مورد در خصوص خدماتی که در طی ۶ ماه گذشته دریافت کرده‌اید چیست؟ چه چیزی باعث بهبود خدمات در این مکان می‌شود؟ لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم.

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



## لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم حالتان چگونه است

1. آیا در ۶ ماه گذشته در مناطق زیر زندگی کرده‌اید؟

لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید

- |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> کانون اصلاح و تربیت ایالتی<br><input type="radio"/> فراری / بی‌خانمان / کارتن خواب<br><input type="radio"/> سایر موارد                                                                                      | <input type="radio"/> پناهگاه افراد بی‌خانمان<br><input type="radio"/> خانه گروهی<br><input type="radio"/> کمپ درمان<br><input type="radio"/> بیمارستان<br><input type="radio"/> زندان محلی یا بازداشتگاه |
| <input type="radio"/> با یکی از والدین یا هر دو<br><input type="radio"/> با یکی دیگر از اعضای خانواده<br><input type="radio"/> پرورشگاه<br><input type="radio"/> پرورشگاه درمانی<br><input type="radio"/> پناهگاه افراد بحران‌زده |                                                                                                                                                                                                           |

2. آیا در سال گذشته برای معاینه درمانی یا به دلیل بیماری به پزشک (یا پرستار) مراجعه داشته‌اید؟

- بله، در کلینیک یا مطب     بله، اما فقط در بیمارستان یا اتاق اورژانس     نه     بخاطر ندارم

3. آیا بدلیل مشکلات عاطفی / رفتاری در حال استفاده از دارو هستید؟     بله     نه

3a. اگر بله، آیا پزشک یا پرستار به شما گفته که این دارو چه عوارض جانبی دارد که باید به آن توجه کرد؟     بله     نه

4. 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 خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده اید، لطفاً به پرسش های 11 تا 16 پاسخ دهید

بیشتر از یک سال

اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده اید، لطفاً به پرسش های 5 تا 10 پاسخ دهید

یک سال یا کمتر

11. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟     بله     نه

5. آیا از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روانی     بله     نه دستگیر شده‌اید؟

12. 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

13. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...

7. از زمانی که خدمات بهداشت روانی دریافت می‌کنید، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...

کاهش یافته است

کاهش یافته است

به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اید، از طرف پلیس تحت فشار قرار نگرفته‌اید، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اید

به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اید، از طرف پلیس تحت فشار قرار نگرفته‌اید، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اید

ثابت مانده است

ثابت مانده است

افزایش یافته است

افزایش یافته است

مصداق ندارد

مصداق ندارد

امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اید

امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اید

14. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟     بله     نه

8. آیا از زمان شروع خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟     بله     نه

15. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟     بله     نه

9. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟     بله     نه

16. طی یک سال گذشته، تعداد روزهایی که در مدرسه بوده‌اید:

10. از زمان شروع دریافت خدمات، تعداد روزهایی که در مدرسه حضور داشته‌اید:

بیشتر     همین حدود     کمتر

بیشتر     همین حدود     کمتر

مرتبط نیست ← لطفاً دلیل «نامرتب» بودن [این گزینه] را انتخاب کنید

مرتبط نیست ← لطفاً دلیل «نامرتب» بودن [این گزینه] را انتخاب کنید

قبل از شروع دریافت خدمات، حضور من در مدرسه مشکلی نداشت

قبل از شروع دریافت خدمات، حضور من در مدرسه مشکلی نداشت

من از مدرسه اخراج شدم

من از مدرسه اخراج شدم

من در خانه تحصیل کرده‌ام

من در خانه تحصیل کرده‌ام

ترک تحصیل کرده‌ام

ترک تحصیل کرده‌ام

سایر موارد

سایر موارد

\* CSI County Client Number

27249

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



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

17. 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): ترانجسیتی  
 مرد به زن (transgender): ترانجسیتی  
 هویت جنسی دیگر
18. 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  
 (lesbian) و یا زن همجنس گرا (gay) مرد همجنس گرا  
 (bisexual) دوجنس گرا  
 گرایش جنسی دیگر  
 ناشناخته  
 ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم
19. آیا شما اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارید؟  
 بله  
 نه  
 ناشناخته
20. نژاد شما چیست؟  
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید  
 سرخپوست / بومی آلاسکا  
 آسیایی  
 سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی  
 بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام  
 سفیدپوست / قفقازی  
 نژاد دیگر  
 ناشناخته
21. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟  
 روز - ماه - سال  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
22. آیا بیمه «برنامه کمک پزشکی کالیفرنیا» (مدیکید) دارید؟  
 بله  
 نه
23. 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 می‌کنند  
 بله  
 نه

24. 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

25. 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

26. ترجیح می‌دهم 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

از اینکه برای پاسخگویی به این سؤالات وقت گذاشتید متشکریم!



### FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

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

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\*\*\*

27249

