

لطفاً با پاسخ دادن به چند سؤال، به ارائه بهتر خدمات از طرف مرکز ما کمک کنید. پاسخهای شما محترمانه است و بر خدمات فعلی یا آینده ارائه شده به شما یا فرزندتان تأثیر نمی‌گذارد

برای هر مورد نظرسنجی در زیر ، لطفاً حلقه مربوط به انتخاب خود را پر کنید.

لطفاً دایره را کاملاً پر کنید.

: مثال



درست

غلط



طفاً به سؤالات زیر براساس خدمات ۶ ماه اخیر پاسخ دهید با اگر خدماتی در طی این ۶ ماه دریافت نکردید، بر اساس خدماتی که تاکنون دریافت کردید پاسخ دهید. مشخص کنید که آیا با هر یک از عبارات زیر به شدت موافق شوید، موافق هستید، نه موافق و نه مخالف هستید، مخالف هستید یا به شدت مخالف هستید. اگر سؤال درخصوص سوردی است که با آن برخورد نداشته‌اید، گرینه «مرتبط نیست» را انتخاب کنید تا نشان دهد این مورد برای شما صدق نمی‌کند.

مُعَارِف	مُعَذَّب	مُمْكِن	مُمْكِن	مُمْكِن	مُمْكِن
----------	----------	---------	---------	---------	---------

1. در کل، من از خدمات دریافت شده توسط فرزندم راضی هستم
2. به من در انتخاب خدمات برای فرزندم کمک شد
3. به من در انتخاب اهداف درمانی فرزندم کمک شد

4. بسانی که به فرزند من کمک می‌کنند من باید باما سر و کار داشته باشند و برایشان مهم نیست که چه می‌شود
5. احساس کردم وقتی فرزندم مشکلی دارد، کسی هست که با او صحبت کند
6. من در معالجه فرزندم مشارکت کردم

7. خدماتی که فرزندم / یا خانواده‌ام دریافت کرند برای ما مناسب بود
8. مکان ارائه خدمات برای ما راحت بود
9. خدمات در زمان‌های مناسب برای ما در دسترس بودند

10. کمک‌هایی که برای فرزندم می‌خواستیم به خانواده من ارائه شد
11. همان مقدار کمکی که برای فرزندم می‌خواستیم به خانواده من ارائه شد
12. کارکنان با احترام با من رفتار می‌کردند

13. کارکنان به اعتقادات مذهبی / معنوی خانواده من احترام می‌کشند
14. کارکنان با من به شکلی صحبت می‌کردند که می‌فهمیدم
15. کارکنان به پیشینه فرهنگی / قومی من حساس بودند

- نتیجه مستقیم خدماتی که فرزندم / یا خانواده من دریافت کرند
16. فرزند من در اداره زندگی روزمره بهتر شده است
 17. سازگاری فرزند من با اعضای خانواده بهتر شده است
 18. سازگاری فرزند من با دوستان و افراد دیگر بهتر شده است

19. عملکرد فرزند من در مدرسه و / یا محل کار بهتر شده است
20. فرزندم بهتر می‌تواند با مشکلاتی که با آنها مواجه می‌شود، کنار بیاید
21. من الان از زندگی خانوادگی خودم راضی هستم
22. فرزند من بehler قدر به انجام کارهایی است که قصد انجام آنها را دارد

چهار سؤال بعدی در خصوص روابط با افرادی است که خدمات بهداشت روان به شما ارائه نداده‌اند نتیجه مستقیم خدماتی که بریافت کردم

نتیجه مستقیم خدماتی که فرزندم و / یا خانواده من دریافت کرند

23. افرادی را می‌شناسم که وقتی نیاز به صحبت کردن دارم، به من گوش می‌دهند و مرا در کمک
24. افرادی را دارم که راحت درباره مشکل (مشکلات) فرزندم با آنها صحبت می‌کنم
25. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت
26. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذت‌بخش را با آنها انجام دهم

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



مفرداتی مورد در خصوص خدماتی که شما و فرزندتان در طی ۶ ماه گذشته دریافت کرده‌اید چیست؟

ه 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 سوالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم که حال فرزند شما چگونه است.



1. آیا فرزند شما در حال حاضر با شما زندگی می‌کند؟ بله خیر

2. آیا فرزند شما در ۶ ماه گذشته در یکی از مناطق زیر زندگی کرده است؟

- | | | |
|--|--|--|
| (همه موارد مربوطه را علامت بزنید) | <input type="radio"/> پناهگاه افراد بی‌خانمان | <input type="radio"/> با یکی از والدین یا هر دو |
| <input type="radio"/> کانون اصلاح و تربیت ایالتی | <input type="radio"/> خانه گروهی | <input type="radio"/> با یکی دیگر از اعضای خانواده |
| <input type="radio"/> فراری / بی‌خانمان / کارتن خواب | <input type="radio"/> کمپ درمان | <input type="radio"/> پرورشگاه |
| <input type="radio"/> سایر موارد | <input type="radio"/> بیمارستان | <input type="radio"/> درمانگاه افراد بدسرپرست |
| | <input type="radio"/> زندان محلی یا بازداشتگاه | <input type="radio"/> پناهگاه افراد بحران‌زده |

3. آیا در سال گذشته فرزند شما برای معاینه درمانی یا به دلیل بیماری به پزشک معالج (یا پرستار) مراجعه کرده است؟

بله، در کلینیک یا مطب بله، اما فقط در بیمارستان یا اتفاق اورژانس خیر بخار ندارم

4. آیا فرزند شما برای مشکلات عاطفی / رفتاری از دارو استفاده می‌کند؟

A. اگر بله، آیا پزشک یا پرستار به شما و / یا فرزندتان گفته که این دارو چه عوارض جانبی دارد که بله خیر باید به آن توجه کرد؟

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



5.

تقریباً چه مدت است که فرزند شما از اینجا خدمات دریافت می‌کند؟

- اولین بار است که فرزند من به اینجا مراجعه می‌کند
- فرزند من بیش از یک بار به اینجا مراجعه کرده اما کمتر از یک ماه خدمات دریافت کرده است
- ۱ تا ۲ ماه
- ۳ تا ۵ ماه
- ۶ ماه تا ۱ سال
- بیش از ۱ سال

من به مدت ۱ سال یا بیشتر در اینجا خدمات دریافت کرمد



من در اینجا کمتر از ۱ سال خدمات دریافت کرمد



12. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده بله خیر
است؟

13. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بله خیر
بهداشت روان، دستگیر شده است؟

14. طی یک سال گذشته، برخوردهایی که فرزندتان با پلیس داشته
... است

مرتبط نیست

(آنها امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اند)

کاهش یافته است ثابت مانده است افزایش یافته است

* به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اند، پلیس به آنها گیر نداده)
است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل
(نشده‌اند)

15. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از جایی اخراج شده بله خیر
یا به حالت تعليق درآمده است؟

16. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بله خیر
از جایی اخراج شده یا به حالت تعليق درآمده است؟

17. طی یک سال گذشته، تعداد روزهایی که فرزند من در مدرسه حضور
بداشته است

مرتبط نیست

بیشتر همین حدود کمتر

اگر این مورد برای شما صدق نمی‌کند، لطفاً دلیل آن را انتخاب کنید

- فرزند قبل از شروع دریافت خدمات، از نظر حضور در مدرسه مشکلی نداشت
- فرزند خیلی کوچک است و به مدرسه نمی‌رود
- فرزند از مدرسه اخراج شده است
- فرزند در خانه تحصیل کرده است
- فرزند ترک تحصیل کرده است
- سایر موارد

6. آیا فرزند شما از زمان شروع دریافت خدمات
بهداشت روان، دستگیر شده است؟

7. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت
خدمات بهداشت روان، دستگیر شده است؟

8. آز زمانی که فرزند شما خدمات بهداشت روان را دریافت می‌کند
... برخوردهایی که با پلیس رخ داده است

مرتبط نیست
(آنها امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اند)

کاهش یافته است ثابت مانده است افزایش یافته است

* به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اند، پلیس به آنها گیر نداده)
است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل
(نشده‌اند)

9. آیا فرزند شما از ابتدای دریافت خدمات، از جایی
اخراج شده یا به حالت تعليق درآمده است؟

10. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بله خیر
از جایی اخراج شده یا به حالت تعليق درآمده است؟

11. از زمان شروع دریافت خدمات، تعداد روزهایی که فرزند من در مدرسه حضور
بداشته است

مرتبط نیست

بیشتر همین حدود کمتر

اگر این مورد برای شما صدق نمی‌کند، لطفاً دلیل آن را انتخاب کنید

- فرزند قبل از شروع دریافت خدمات، از نظر حضور در مدرسه مشکلی نداشت
- فرزند خیلی کوچک است و به مدرسه نمی‌رود
- فرزند از مدرسه اخراج شده است
- فرزند در خانه تحصیل کرده است
- فرزند ترک تحصیل کرده است
- سایر موارد

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



**لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید تا کمی درباره فرزندتان
بیشتر بدانیم.**



18. جنسیت فرزند شما چیست؟ ○ مرد ○ زن ○ سایر موارد
19. آیا یکی از والدین فرزند، اصالت مکزیکی / اسپانیابی / لاتین دارند؟ ○ نامعلوم ○ خیر ○ بله
20. نژاد فرزند شما چیست؟ ○ سرخپوست / بومی آلاسکا ○ آسیایی ○ سفیدپوست / قفقازی ○ سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی ○ بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام ○ همه موارد مربوطه را علامت بزنید)
21. تاریخ تولد فرزند شما چه زمانی است؟ [ماه / روز / سال]
 / / / /
22. دارد؟ ○ خیر ○ بله ○ نامعلوم
23. آیا خدماتی که فرزند شما دریافت کرده است، به زبانی بوده که وی ترجیح می‌داده است؟ ○ خیر ○ بله
24. آیا اطلاعات مکتوب (به عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می‌کنند) به زبانی در دسترس شما بود که ترجیح می‌دادید؟ ○ خیر ○ بله
25. لطفاً مشخص کنید چه کسی به شما در تکمیل بخش‌های مختلف این نظرسنجی کمک کرده است (همه موارد مرتبط را علامت بزنید)
○ یک مصاحبه کننده حرفه‌ای به من کمک کرد ○ نیازی به کمک نداشتم
○ پزشک / مدیر پرونده من به من کمک کرد ○ یک حامی / داوطلب سلامت روان به من کمک کرد
○ کارمندی غیر از پزشک یا مدیر پرونده من به من کمک کرد ○ یکی دیگر از مصرف کنندگان خدمات سلامت روان به من کمک کرد
○ شخص دیگری به من کمک کرد. چه کسی ○ یکی از اعضای خانواده‌ام به من کمک کرد

از اینکه برای پاسخگویی به این سالات وقت گذاشتید متشرکیم!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

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

Reason (if applicable):

- Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

- 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

- 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

- 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Reporting Unit:

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

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page



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

45390

