

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

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



درست ●

مثال :

### نظرسنجی مصرف کنندگان خدمات

لطفاً به سؤالات زیر براساس 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 موافق هستید، موافق هستید، نه موافق و نه مخالف هستید، مخالف هستید یا به شدت مخالف هستید. اگر سؤال در خصوص موردی است که با آن برخورد نداشته‌اید، گزینه «مرتبط نیست» را انتخاب کنید تا نشان دهد این مورد برای شما صدق نمی‌کند.

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. خدمتی که از اینجا دریافت کرده‌ام مورد پسند من بوده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. اگر حق انتخاب‌های دیگری داشتم، باز هم از این مرکز خدمات می‌گرفتم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. من این مرکز را به دوستان یا اعضای خانواده توصیه می‌کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. محل خدمات مناسب بود (از نظر پارکینگ، حمل و نقل عمومی، مسافت و غیره).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. هر وقت احساس می‌کردم لازم است کارکنان با روی باز مرا می‌دیدند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. کارکنان ۲۴ ساعته تماس‌های من را پاسخ می‌دادند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. خدمات در مواقعی به من ارائه می‌شد که برای من مناسب بود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. من توانستم تمام خدمتی را که فکر می‌کردم نیاز دارم دریافت کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. هر موقع می‌خواستم می‌توانستم یک رولتزشک را ببینم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. کارکنان اینجا معتقدند که من می‌توانم رشد کنم، تغییر کنم و بهبود یابم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. هنگام سؤال در مورد درمان و دارو، احساس راحتی می‌کردم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. احساس می‌کنم راحت می‌توانم شکایت کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. در مورد حقوق من به من اطلاعات داده می‌شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. کارکنان مرا تشویق می‌کردند که مسئولیت نحوه زندگی خود را به عهده بگیرم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. کارکنان به من گفتند که چه عوارض جایی را باید در نظر بگیرم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. کارکنان به تمایلات من در مورد اینکه به چه کسی در مورد معالجه خودم اطلاعات بدهم و به چه کسی اطلاعات ندهم، احترام می‌گذاشتند.
<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 (نژاد، دین، زبان و غیره) 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 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 (گروه‌های پشتیبانی، مراکز خدمات، تلفن رهایی از بحران و غیره) تشویق می‌کردند.

### نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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

\*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\*\*\*



چهار سؤال بعدی در خصوص روابط با افرادی است که خدمات بهداشت روان به شما ارائه نداده‌اند.

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	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"/>

**نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم**

33. از روابط دوستانه‌ای که دارم خوشحالم  
 34. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذت‌بخش را با آنها انجام دهم  
 35. احساس می‌کنم به جامعه خود تعلق دارم  
 36. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت

**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  
 تا ۵ ماه  
 ماه تا ۱ سال  
 بیش از ۱ سال

**من در اینجا کمتر از ۱ سال خدمات دریافت کردم**

2. آیا از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روان، دستگیر شده‌اید؟  بله  خیر
3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟  بله  خیر
4. ... از زمانی که خدمات بهداشت روان 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)  
 ثابت مانده است  
 افزایش یافته است  
 مرتبط نیست (امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام)

← به س #۱۱ شماره 8، در زیر بروید

**من به مدت ۱ سال یا بیشتر در اینجا خدمات دریافت کردم**

5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟  بله  خیر
6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟  بله  خیر
7. ... در طی سال گذشته، 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)  
 ثابت مانده است  
 افزایش یافته است  
 مرتبط نیست (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؟  زن  مرد  سایر موارد

9. آیا شما اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارید؟  بله  خیر  نامعلوم

10. 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  
 سایر موارد

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

CSI County Client Number  
 \*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



11. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟

مثال 04/30/1967

04 - 30 - 1967

□ - □ - □□□□

A. تاریخ تولد خود را بنویسید

0	●	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	●	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	●	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	●	6
7	7	7	7	7	7	7	●
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

B. حباب های مناسب را پر کنید

خیر  بله

12. آیا خدماتی که دریافت کرده‌اید به زبانی بوده است که ترجیح می‌دادید؟

خیر  بله

13. 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؟

14. دلیل اصلی شرکت شما در این برنامه چه بود؟  
 بر خلاف میل وارد شدم  شخص دیگری توصیه کرد که وارد شوم  خودم تصمیم گرفتم وارد این برنامه شوم

15. لطفاً مشخص کنید چه کسی به شما در تکمیل بخش‌های مختلف این نظرسنجی کمک کرده است (همه موارد مرتبط را علامت بزنید)

- نیازی به کمک نداشتم
- یک حامی / داوطلب سلامت روان به من کمک کرد
- یکی دیگر از مصرف کنندگان خدمات سلامت روان به من کمک کرد
- یکی از اعضای خانواده‌ام به من کمک کرد
- یک مصاحبه کننده حرفه‌ای به من کمک کرد
- پزشک / مدیر پرونده من به من کمک کرد
- کارمندی غیر از پزشک یا مدیر پرونده من به من کمک کرد
- شخص دیگری به من کمک کرد. چه کسی

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

!! از اینکه وقت خود را برای پاسخگویی به این سالات اختصاص دادید متشکریم

**FOR OFFICE USE ONLY:**

**REQUIRED Information:**

County Code:

Date of Survey Administration:

-   -

Reason (if applicable):

Ref  Imp  Lan  Oth

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

**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\*\*\*

