

الرجاء مساعدة وكالتنا على تحسين الخدمات من خلال الإجابة على بعض الأسئلة. إجاباتك سرية ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية التي تتلقاها. لكل عنصر من عناصر الاستطلاع أدناه، يرجى ملء الدائرة التي تتوافق مع اختيارك



غير صحيح



صحيح

مثال

استبيان مستهلك برنامج تحسين الصحة النفسية الإحصائي

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بناءً على الشهور الستة الأخيرة أو في حال لم تتلق خدمات منذ 6 شهور، أجب "فحسب بناءً على الخدمات التي تلقيتها إلى اليوم. اختر من بين الإجابات "أوافق بشدة"، "أوافق"، "محايد" "أعارض"، أو "أعارض بشدة" لكل من العبارات أدناه. وإن كان السؤال يتعلق بأمر لم تمر به، فاملأ دائرة الخيار "لا". ينطبق للإشارة إلى أن هذا البنود لا ينطبق عليك

غير قابل للتطبيق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	أوافق	أنا محايد	أوافق بشدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها:

غير قابل للتطبيق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	أوافق	أنا محايد	أوافق بشدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*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



غير قابل للتطبيق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	أنا محايد	أوافق	موافق بشدة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية

كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها

33.	يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية.
34.	أنا سعيد بصدقتي.
35.	لدي في حياتي أشخاص أشاركهم القيم بأمر ممتعة.
36.	أشعر بالانتماء في مجتمعي.

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتعلمنا بحالك

1. قريباً، كم مضى على تلقيك الخدمات هنا؟

هذه زيارتي الأولى هنا
 لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقيت الخدمات لأقل من شهر واحد
 شهر - شهران
 3 - 5 شهور
 شهور إلى عام واحد
 أكثر من عام واحد

تلقيت خدمات هنا لمدة تقل عن عام واحد

2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفس

لا معذ

3. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟

لا معذ

4. نذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة

أقل (مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقتني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة)
 ت كما هي
 زادت
 لا ينطبق (لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)

← انتقل إلى السؤال رقم 8 أدناه

تلقيت خدمات هنا لمدة عام أو أكثر

5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة؟

لا معذ

6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة قبل ذلك؟

لا معذ

7. ...على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة

أقل (مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقتني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة)
 ت كما هي
 زادت
 لا ينطبق (لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك

8. سنجام أنثى ذكر غير ذلك

9. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني معذ لا غير معروف

10. ما تاريخ ميلادك؟

هندي أميركي/سكان ألاسكا الأصليين
 آسيوي
 أسود/أميركي أفريقي
 من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
 أبيض/قوقازي
 غير ذلك
 غير معروف

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



11. ما تاريخ ميلادك؟

A. اكتب تاريخ ميلادك

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

[شهر / يوم / سنة]

12. هل كانت الخدمات التي تلقيتها باللغة التي تفضلها؟

لا معذ

13. هل كانت المعلومات الكتابية (مثل الكتيبات التي تصف الخدمات المتوفرة، وحقوقك كمستهلك، والمواد التثقيفية في الصحة النفسية) متاحة لك باللغة التي تفضلها؟

لا معذ

14. ماذا كان السبب الرئيسي الذي جعلك مشاركاً في هذا البرنامج؟

رت المجيء وحدي أوصى لي شخص آخر بالمجيء إلى هذ حضرت إلى هنا رغماً عني

15. يرجى تحديد من ساعدك على تعبئة أي جزء من هذا الاستبيان (ضع علامة على كل ما ينطبق)

- أحتج إلى أي مساعدة
 قام ناشط/متطوع صحة نفسية بمساعدتي
 قام مستهلك صحة نفسية آخر بمساعدتي
 قام أحد أفراد أسرتي بمساعدتي
 قام مسؤول مقابلات متخصص بمساعدتي
 قام طبيبي/مسؤول حالتي بمساعدتي
 قام موظف غير طبيبي/مسؤول حالتي بمساعدتي
 قام شخص آخر بمساعدتي. من هو؟

15.

يرجى إدراج التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج إن احتجت. إننا مهتمون بأرائك السلبية والإيجابية. كما نرجو منك أن تدوّن هنا أي مجالات أخرى لم يتم تغطيتها في هذا الاستبيان والتي تشعر أنه قد كان لا بد من ذكرها. شكراً لك على وقتك وتعاونك في تعبئة هذا الاستبيان

إنشرك على الوقت الذي استغرقته للإجابة على هذه الأسئلة

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

Ref Imp Lan Oth

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

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:

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

39140

