



- 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.
- لطفاً به پرسش‌های زیر بر اساس دوره ی 6 ماه گذشته پاسخ دهید یا اگر به مدت شش ماه خدماتی دریافت نکرده اید، پاسخ‌های خود را بر اساس خدماتی که تاکنون دریافت کرده اید، ذکر کنید. مشخص کنید که آیا با اظهار نظرهای زیر «کاملاً موافق، موافق، بی طرف، مخالف، یا کاملاً مخالف» هستید. اگر سؤال در خصوص موردی است که با آن برخورد نداشت‌اید، گزینه «مصادق ندارد» را انتخاب کنید تا نشان دهد این مورد برای شما صدق نمی‌کند.

مصدق ندارد	کاملاً مخالف	مخالفم	بی طرف	موافقم	کاملاً موافقم	درست غلط ● ○ ⊗ ⊕	لطفاً دایره را به صورت کامل پر کنید
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		1. خدماتی 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 خدماتی 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 روانپزشک 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 جانبی 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 حساس بودند. نژاد، دین، زبان و غیره
<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 تشویق می‌کردند. گروه‌های پشتیبانی، مراکز خدمات، تلفن رهایی از بحران و غیره
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم
<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 استنباهی 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.

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"/>		33. از روابط دوستانه‌ای که دارم خوشحالم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		34. 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"/>		35. احساس می‌کنم به جامعه خود تعلق دارم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		36. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت.

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

29311

DHCS 1744 FA

Must be entered on EVERY page

لطفاً به سوالات 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 ۱
- تا ۵ ماه ۳
- ماه تا ۱ سال ۶
- بیش از ۱ سال

<p>اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده اید، لطفاً به پرسش های 5 تا 7 پاسخ دهید</p> <p>بیشتر از یک سال</p>	<p>اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده اید، لطفاً به پرسش های 2 تا 4 پاسخ دهید</p> <p>یک سال یا کمتر</p>
<p>5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟</p> <p><input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟</p> <p><input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>7. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...</p> <p><input type="radio"/> کاهش یافته است</p> <p><input type="radio"/> به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام</p> <p><input type="radio"/> ثابت مانده است</p> <p><input type="radio"/> افزایش یافته است</p> <p><input type="radio"/> مصداق ندارد</p> <p>امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام</p>	<p>2. آیا از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روانی دستگیر شده‌اید؟</p> <p><input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بازداشت شده بودید؟</p> <p><input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>4. از زمانی که خدمات بهداشت روانی دریافت می‌کنید، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است....</p> <p><input type="radio"/> کاهش یافته است</p> <p><input type="radio"/> به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام</p> <p><input type="radio"/> ثابت مانده است</p> <p><input type="radio"/> افزایش یافته است</p> <p><input type="radio"/> مصداق ندارد</p> <p>امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام</p>

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



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

8. جنسیت شما چیست؟
 لطفأ همه موارد مرتبط را علامت بزنید
9. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می شناسید؟
 لطفأ همه موارد مرتبط را علامت بزنید
10. آیا شما اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارید؟
11. نژاد شما چیست؟
 لطفأ همه موارد مرتبط را علامت بزنید
12. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟
13. 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 می کنند

مرد
 زن
 (یعنی نه مرد و نه زن - non-binary) جنسیت غیردوگانه
 زن به مرد: ترانجسیتی (transgender)
 مرد به زن: ترانجسیتی (transgender)
 هویت جنسی دیگر

سرخپوست / بومی آلاسکا
 آسیایی
 سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی
 بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام
 گرایش جنسی دیگر
 ناشناخته
 (heterosexual) (همجنسگرا) رابطه مند به جنس مخالف/ناهمجنس گرا
 (lesbian) و یا زن همجنس گرا (gay) مرد همجنس گرا
 (bisexual) (دوجنس گرا)

بله
 نه
 ناشناخته

سرخپوست / بومی آلاسکا
 آسیایی
 سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی
 بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام
 سفیدپوست / قفقازی
 نژاد دیگر
 ناشناخته

روز [] [] - ماه [] [] - سال [] [] [] []

بله
 نه

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 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 ویدیویی

هیچ
 خیلی کم
 تقریباً نصف آن
 تقریباً تمام آن
 تمام آن

15. 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

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 سالات وقت گذاشتید متشکریم!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

[]	[]
-----	-----

Date of Survey Administration:

[0]	[5]	/	[]	[]	/	[2]	[0]	[2]	[4]
-----	-----	---	-----	-----	---	-----	-----	-----	-----

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

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

29311



Must be entered on EVERY page