

- 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 سؤالات 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 سوال 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 موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم	درست غلط ⊙ ⊗ ⊙	لطفاً دایره را به صورت کامل پر کنی
<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>نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم</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 سوال 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>نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم</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.
27. مفیدترین 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     | <input type="radio"/> پناهگاه افراد بی‌خانمان  | <input type="radio"/> با یکی از والدین یا هر دو    |
| <input type="radio"/> فراری / بی‌خانمان / کارتن خواب | <input type="radio"/> خانه گروهی               | <input type="radio"/> با یکی دیگر از اعضای خانواده |
| <input type="radio"/> سایر موارد                     | <input type="radio"/> کمپ درمان                | <input type="radio"/> پرورشگاه                     |
|                                                      | <input type="radio"/> بیمارستان                | <input type="radio"/> درمانگاه افراد بدسرپرست      |
|                                                      | <input type="radio"/> زندان محلی یا بازداشتگاه | <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 دلیل 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
- تا ۲ ماه  تا ۳ ماه  ماه تا ۱ سال  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

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

6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات  بله  نه بازداشت شده بودید؟

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

- |                                                                                                                   |                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> کاهش یافته است                                                                              | <input type="radio"/> کاهش یافته است                                                                              |
| به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اید، پلیس به شما گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اید | به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اید، پلیس به شما گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اید |
| <input type="radio"/> ثابت مانده است                                                                              | <input type="radio"/> ثابت مانده است                                                                              |
| <input type="radio"/> افزایش یافته است                                                                            | <input type="radio"/> افزایش یافته است                                                                            |
| <input type="radio"/> مصداق ندارد                                                                                 | <input type="radio"/> مصداق ندارد                                                                                 |
| امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اید                                                                 | امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اید                                                                 |

8. آیا از زمان شروع 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

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

- |                                                |                                                |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> من از مدرسه اخراج شدم    | <input type="radio"/> من از مدرسه اخراج شدم    |
| <input type="radio"/> من در خانه تحصیل کرده‌ام | <input type="radio"/> من در خانه تحصیل کرده‌ام |
| <input type="radio"/> ترک تحصیل کرده‌ام        | <input type="radio"/> ترک تحصیل کرده‌ام        |
| <input type="radio"/> سایر موارد               | <input type="radio"/> سایر موارد               |

\* CSI County Client Number

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

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

21633



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

17. جنسیت شما چیست؟  
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید
18. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می شناسید؟  
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید
19. آیا شما اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارید؟
20. نژاد شما چیست؟  
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید
21. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟
22. دارید Medi-Cal (Medicaid) آیا بیمه ؟
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 می کنند



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 می دهیم که بیشتر درمان های بهداشت روانی خود را از طریق درمان از راه دور دریافت کنیم.

کاملاً مخالف  مخالف  نظری ندارم  موافقم  کاملاً موافقم  مصداق ندارد

از اینکه برای پاسخگویی به این سوالات 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

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

21633



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