



- 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. برای هر یک از موارد در نظر سنجی زیر، لطفاً دایره‌ای را که مطابق با انتخاب شماست پر کنید.
- 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 موافق هستید، موافق هستید، نظری ندارید، مخالف هستید یا به شدت مخالف هستید. اگر سؤال در خصوص موردی است که با آن برخورد نداشته‌اید، گزینه «مصدق ندارد» را انتخاب کنید تا نشان دهید این مورد برای شما صدق نمی‌کند.
- لطفاً دایره را به طور کامل پر کنید.

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	بی طرف	موافقم	کاملاً موافقم	صحیح است صحیح
☐	☐	☐	☐	☐	☐	1. خدماتی که از اینجا دریافت کرده‌ام مورد پسند من بوده است.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	2. اگر حق انتخاب‌های دیگری داشتم، باز هم از این مرکز خدمات می‌گرفتم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	3. من این مرکز را به دوستان یا اعضای خانواده توصیه می‌کنم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	4. محل خدمات مناسب بود.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	از نظر پارکینگ، حمل و نقل عمومی، مسافت و غیره
☐	☐	☐	☐	☐	☐	5. هر وقت احساس می‌کردم لازم است کارکنان با روی باز مرا می‌دیدند.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	6. کارکنان ۲۴ ساعته تماس‌های من را پاسخ می‌دادند.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	7. خدمات در مواقعی به من ارائه می‌شد که برای من مناسب بود.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	8. من توانستم تمام خدماتی را که فکر می‌کردم نیاز دارم دریافت کنم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	9. هر موقع می‌خواستم می‌توانستم یک روانپزشک را ببینم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	10. کارکنان اینجا معتقدند که من می‌توانم رشد کنم، تغییر کنم و بهبود یابم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	11. هنگام سؤال در مورد درمان و دارو، احساس راحتی می‌کردم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	12. احساس می‌کنم راحت می‌توانم شکایت کنم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	13. در مورد حقوق من به من اطلاعات داده می‌شد.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	14. کارکنان مرا تشویق می‌کردند که مسئولیت نحوه زندگی خود را به عهده بگیرم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	15. کارکنان به من گفتند که چه عوارض جانبی را باید در نظر بگیرم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	16. کارکنان به تمایلات من در مورد اینکه به چه کسی در مورد معالجه خود اطلاعات بدهم و به چه کسی اطلاعات ندهم، احترام می‌گذاشتند.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	17. من اهداف درمانی خود را انتخاب می‌کردم نه کارکنان.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	18. کارکنان به پیشینه فرهنگی من حساس بودند.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	نژاد، دین، زبان و غیره
☐	☐	☐	☐	☐	☐	19. کارکنان به من کمک کردند تا اطلاعات لازم را به دست آورم تا بتوانم مسئولیت مدیریت بیماری خود را بر عهده بگیرم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	20. من را به استفاده از طرح‌های مصرف‌کننده محور تشویق می‌کردند.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	گروه‌های پشتیبانی، مراکز خدمات، تلفن رهایی از بحران و غیره
☐	☐	☐	☐	☐	☐	به عنوان نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کرده‌ام:
☐	☐	☐	☐	☐	☐	21. با کارایی بیشتری با مشکلات روزمره برخورد می‌کنم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	22. بهتر می‌توانم زندگی خود را کنترل کنم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	23. بهتر می‌توانم با بحران مقابله کنم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	24. سازگاری من با خانواده‌ام بهتر شده است.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	25. در موقعیت‌های اجتماعی بهتر عمل می‌کنم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	26. عملکرد من در مدرسه و / یا محل کار بهتر شده است.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	27. وضعیت مسکن من بهبود یافته است.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	28. علائم بیماری به اندازه قبل مرا اذیت نمی‌کند.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	29. کارهایی انجام می‌دهم که برایم معنادارتر است.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	30. بهتر می‌توانم به نیازهایم توجه کنم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	31. وقتی اشتباهی رخ می‌دهد بهتر می‌توانم مسائل را اداره کنم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	32. توانایی من در انجام کارهایی که می‌خواهم انجام دهم بهتر شده است.

ر سؤال‌های ۳۳ تا ۳۶، لطفاً به سؤالات مربوط به روابطتان با افراد دیگری غیر از ارائه‌دهندگان سلامت روان خود پاسخ دهید.

به عنوان نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کرده‌ام:

☐	☐	☐	☐	☐	☐	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.

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

21813

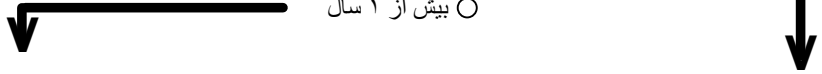
DHCS 1744 FA

Must be entered on EVERY page

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
- ☐ یک تا دو ماه
- ☐ سه تا پنج ماه
- ☐ شش ماه تا یکسال
- ☐ بیش از ۱ سال



اگر برای موارد زیر خدمات بهداشت روانی دریافت کرده‌اید، لطفاً به سؤالات ۵ تا ۷ پاسخ دهید بیشتر از یک سال	اگر برای موارد زیر خدمات بهداشت روانی دریافت کرده‌اید، لطفاً به سؤالات ۲ تا ۴ پاسخ دهید یک سال یا کمتر
5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟ ☐ بله ☐ نه 6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟ ☐ بله ☐ نه 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 ☐ مصداق ندارد ☐ امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام	2. آیا از زمانی که شروع به دریافت خدمات بهداشت روانی کرده‌اید دستگیر شده‌اید؟ ☐ بله ☐ نه 3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟ ☐ بله ☐ نه 4. از زمانی که خدمات بهداشت روانی 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 ☐ مصداق ندارد ☐ امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

21813



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

8. جنسیت شما چیست؟
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید
- ☐ 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

9. کدام یک از موارد زیر در مورد شما صدق می‌کند؟
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید
- ☐ (heterosexual) علاقه مند به جنس مخالف/ناهمجنس گرا
☐ (lesbian) و یا زن همجنس گرا (gay) مرد همجنس گرا
☐ (bisexual) دو جنس گرا
☐ گرایش جنسی دیگر
☐ ناشناخته
☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

10. آیا شما اصالت مکزیکی / اسپانیایی / لاتین دارید؟
- ☐ بله
☐ نه
☐ ناشناخته

11. 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
☐ نژاد دیگر
☐ ناشناخته

12. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟
- روز ماه سال
- -

13. آیا اسناد کتبی و یا خدماتی که دریافت کرده اید به زبانی دلخواه شما بوده است؟
- ☐ نه
☐ بله
- ه عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می‌کنند

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 می‌دهم 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. طفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم. همچنین اگر مواردی وجود دارد که تحت ویش 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 برای پاسخگویی به این سؤالات وقت گذاشتید متشکریم!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

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

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

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

Must be entered on EVERY page

21813

