

• نرجو مساعدة وكالتنا على تحسين خدماتها من خلال الإجابة على بعض الأسئلة. ستكون إجاباتك سرية، ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية التي تتلقاها.

• يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بناءً على آخر 6 أشهر، أو إذا لم تلق أي خدمات لمدة 6 أشهر، فما عليك سوى تقديم إجابات بناءً على الخدمات التي تلقيتها حتى الآن. يرجى تحديد ما إذا كنت موافقًا بشدة أو موافقًا أو مترددًا أو غير موافق أو لا تتوافق بتاتاً على كل من العبارات أدناه.
حدد ""غير قابل للتطبيق"" إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجربه.

• يرجى ملء الدائرة بالكامل.

صحيح ●
غير صحيح ⊗ ⊕ ⊖

غير قابل للتطبيق	لا بشدة	لا أفق	لا أفق	أنا محابي	أفق	موافق بشدة	صحيح ● غير صحيح ⊗ ⊕ ⊖
<input type="radio"/>	1. تعجبني الخدمات التي تلقيتها هنا.						
<input type="radio"/>	2. إن كان لدى خيارات أخرى، سأظل أفضل الحصول على الخدمات من هذه الوكالة.						
<input type="radio"/>	3. سأوصي بهذه الوكالة إلى صديق أو أحد أفراد الأسرة.						
<input type="radio"/>	4. كان موقع الخدمات ملائمًا.						
							موقف السيارات، المواصلات، المسافة، إلخ
<input type="radio"/>	5. كان طاقم العمل مستعدًا لمقابلتي كلما شعرت بالحاجة إلى ذلك.						
<input type="radio"/>	6. رد طاقم العمل على مكالماتي خلال 24 ساعة.						
<input type="radio"/>	7. كانت الخدمات متاحة في أوقات كانت مناسبة لي.						
<input type="radio"/>	8. كنت أستطيع الحصول على كافة الخدمات التي ظننت أنني أحتج إليها.						
<input type="radio"/>	9. كنت قادرًا على رؤية الطبيب النفسي حين رغبت في ذلك.						
<input type="radio"/>	10. يعتقد طاقم العمل هنا أنني أستطيع أنأشتد وأتغير و أتعافي.						
<input type="radio"/>	11. شعرت بالراحة في طرح الأسئلة المتعلقة بعلاجي ودوائي.						
<input type="radio"/>	12. شعرت بالراحة في التعبير عن شعوراي.						
<input type="radio"/>	13. لقد تم منحي معلومات حول حقوقني.						
<input type="radio"/>	14. شجعني طاقم العمل على تحمل مسؤولية كيفية عيشي حياتي.						
<input type="radio"/>	15. أخبرني طاقم العمل بشأن الآثار الجانبية التي ينبغي علي الانتباه لها.						
<input type="radio"/>	16. احترم طاقم العمل رغباتي حول من يمكنه أو لا يمكنه الحصول على المعلومات المتعلقة بعلاجي.						
<input type="radio"/>	17. أنا، وليس طاقم العمل، من قرر أهداف علاجي.						
<input type="radio"/>	18. أبدى طاقم العمل مراعاة لخلفياتي الثقافية، العرق، الدين، اللغة، إلخ						

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 أوفق بشدة	لا أافق	أنا محابٍ	أافق	موافق بشدة	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. ساعدني طاقم العمل في الحصول على المعلومات التي احتجتها بحيث يمكنني تحمل مسؤولية التحكم في مرضي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. لقد تم تشجيعي على استخدام البرامج التي يديرها المستهلك، مجموعات الدعم، مراكز المساعدة، خطوط هاتف الأزمات إلخ
						نتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. أتعامل بفعالية أكبر مع مشاكلالي اليومية.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. أتمتع بقدرة أفضل على التحكم في حياتي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. أتمتع بقدرة أفضل على التعامل مع الأزمات.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. أصبحت علاقتي أفضل بأسرتي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. أصبحت أداءً في المواقف الاجتماعية.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. تحسن إنجازي في المدرسة وأو العمل.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27. تحسن وضعي المنزلي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28. ما عادت أعراضي تزعجي بنفس القدر.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29. أقوم بأمور أكثر تعنيني.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30. أصبحت قدرتي أفضل على العناية باحتياجاتي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31. أصبحت قدرتي أفضل على معالجة الأمور حين تسوء.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32. أصبحت قدرتي أفضل على القيام بالأمور التي أود القيام بها.
يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقاتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية						
						نتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33. أنا سعيد بصداقاتي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34. لدى في حياتيأشخاص أشار لهم القيام بأمور ممتعة.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35.أشعر بالانتماء في مجتمعي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36. في الأزمة، أحصل على الدعم الذي أحاجه من الأسرة أو الأصدقاء.

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لعلمك

1. كم مضى على تلقيك الخدمات هنا؟

هذه زيارتي الأولى هنا

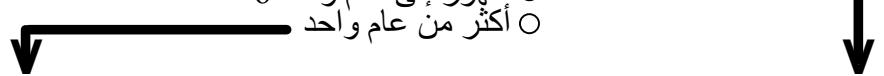
لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقيت الخدمات لأقل من شهر

شهور 2-1

شهور 5-3

شهور إلى عام واحد 6

أكثر من عام واحد



يرجى الإجابة على الأسئلة #5-7 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل أكثر من سنة واحدة



يرجى الإجابة على الأسئلة #4-6 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل



5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة؟ نعم لا

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

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

مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تصايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة

ظلت كما هي
 زادت

غير قابل للتطبيق

لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة نعم لا

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

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

مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تصايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة

ظلت كما هي
 زادت

غير قابل للتطبيق

لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك.

- متحول جنسياً: أنثى إلى ذكر ○ ذكر
○ متحول جنسياً: ذكر إلى أنثى ○ أنثى
○ هوية جندريّة أخرى ○ غير ثنائي

 ○ توّجه جنسّي آخر ○ مستقيم/محب للجنس الآخر
○ غير معروف ○ لوطي أو سحاقي
○ أفضّل عدم الإجابة ○ مزدوج الميول الجنسية
8. ما جنس؟
قبطني امل ک دیدختی جری
9. هل تفكّر في نفسك
على النحو التالي:
قبطني امل ک دیدختی جری
10. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني؟
ما عرقك؟
قبطني امل ک دیدختی جری
- غير معروف ○ لا ○ نعم ○ هندي أمريكي/سكان الأساكا الأصليين
○ أبيض/قوقازي ○ آسيوي
○ عرق آخر ○ أسود/أمريكي أفريقي
○ غير معروف ○ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

سنة شهر يوم

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

12. ما تاريخ ميلادك؟

13. هل تم توفير الوثائق المكتوبة و/أو الخدمات التي تلقّيّتها باللغة التي تقضي لها؟ ○ نعم ○ لا
مثل الكتب والبيانات التي تصف الخدمات المتوفرة، وحقوقك كمستهلك، والمواد التنقليّة في الصحة النفسيّة



14. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقّيّتها ، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحّية
عن بعد؟

○ لا شيء ○ قليل جدا ○ حوالي النصف ○ الكل تقريبا

15. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحّية عن بُعد مقارنة بزيارات الحضورية التقليدية؟
○ أسوأ بكثير ○ أسوأ إلى حد ما ○ نفس الشيء تقريبا ○ أفضل إلى حد ما ○ أفضل بكثير
○ غير قابل للتطبيق

16. أفضل تلقّي المزيد من رعاية الصحّة العقليّة الخاصة بي في هذا البرنامج عبر الرعاية الصحّية عن بعد.

○ موافق بشدة ○ لا أوافق ○ أنا محاید ○ لا أوفق بشدة ○ غير قابل للتطبيق

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

نشكر على الوقت الذي استغرقته للإجابة على هذه الأسئلة!



FOR OFFICE USE ONLY

County Code: Date of Survey Administration:

 / /

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

