



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

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	بی طرف	موافقم	کاملاً موافقم	صحیح است صحیح
<input type="radio"/>	به‌عنوان نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کرده‌ام:					
<input type="radio"/>	33. از روابط دوستانه‌ای که دارم خوشحالم.					
<input type="radio"/>	34. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذت‌بخش را با آنها انجام دهم.					
<input type="radio"/>	35. احساس می‌کنم به جامعه خود تعلق دارم.					
<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

33858

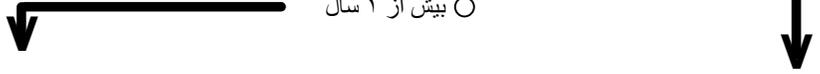
DHCS 1744 FA

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



<p>اگر برای موارد زیر خدمات بهداشت روانی دریافت کرده‌اید، لطفاً به سؤالات ۵ تا ۷ پاسخ دهید بیشتر از یک سال</p>	<p>اگر برای موارد زیر خدمات بهداشت روانی دریافت کرده‌اید، لطفاً به سؤالات ۲ تا ۴ پاسخ دهید یک سال یا کمتر</p>
<p>5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>7. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است... <input type="radio"/> کاهش یافته است به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام <input type="radio"/> ثابت مانده است <input type="radio"/> افزایش یافته است <input type="radio"/> مصداق ندارد امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام</p>	<p>2. آیا از زمانی که شروع به دریافت خدمات بهداشت روان کرده‌اید دستگیر شده‌اید؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> نه</p> <p>4. از زمانی که خدمات بهداشت روان دریافت می‌کنید، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است... <input type="radio"/> کاهش یافته است به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام <input type="radio"/> ثابت مانده است <input type="radio"/> افزایش یافته است <input type="radio"/> مصداق ندارد امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام</p>

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



33858



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

8. جنس شما چیست؟ زن مرد

9. آیا شما اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارید؟ بله نه ناشناخته

10. نژاد شما چیست؟ سرخپوست / بومی آلاسکا سفیدپوست / قفقازی
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت آسیایی نژاد دیگر
 بزنید سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی ناشناخته
 بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام

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

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

13. 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

14. 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

15. ترجیح می دهیم که بیشتر درمان های بهداشت روانی خود در این برنامه را از طریق درمان از راه دور دریافت کنم.
 کاملاً مخالف مخالف بی طرف موافقم کاملاً موافقم مصداق ندارد

16. 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 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 سؤالات وقت گذاشتید متشکریم!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Date of Survey Administration:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	5					2	0	2	6

County Reporting Unit (optional):

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Must be entered on EVERY page

33858

