

- 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 نظرسنجی 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 کرده‌اید، 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.

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	بی طرف	موافقم	کاملاً موافقم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صحیح است</li> <li>○ صحیح</li> </ul>
<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 خودم اطلاعات بدهم و به چه کسی اطلاعات بدهم، احترام می‌گذاشتند.					

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\*\*\*

DHCS 1744 FA

28527



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 ۲ تا ۴ پاسخ دهید یک سال یا کمتر	اگر برای موارد زیر خدمات بهداشت روانی دریافت کرده‌اید، لطفاً به سؤالات ۵ تا ۷ پاسخ دهید بیشتر از یک سال
2. آیا از زمانی که شروع به دریافت خدمات بهداشت روان کرده‌اید دستگیر شده‌اید؟ 3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟ 4. از زمانی که خدمات بهداشت روان دریافت می‌کنید برخوردارهایی که با پلیس رخ داده است... ○ کاهش یافته است به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، از طرف پلیس تحت فشار قرار نگرفته‌ام، 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 نداشتم	5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟ 6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟ 7. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است... ○ کاهش یافته است به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، از طرف پلیس تحت فشار قرار نگرفته‌ام، 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 نداشتم

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

8. جنس شما چیست؟  
○ مرد  
○ زن
9. آیا شما اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارید؟  
○ بله  
○ نه  
○ ناشناخته
10. 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

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

\* CSI County Client Number

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

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



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. چقدر برای شما (telehealth) در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دور مفید بوده است؟

○ خیلی بدتر ○ تا حدی بدتر ○ تقریباً مشابه ○ تا حدی بهتر ○ خیلی بهتر  
 ○ مصداق ندارد

15. ترجیح می دهم که بیشتر درمان های بهداشت روانی خودم در این برنامه را از طریق درمان از راه دور دریافت کنم.

○ کاملاً مخالف ○ مخالف ○ بی طرف ○ موافقم ○ کاملاً موافقم  
 ○ مصداق ندارد

16. 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 سؤالات وقت گذاشتید متشکریم!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

Date of Survey Administration:

County Reporting Unit (optional):

--	--

0	5	/			/	2	0	2	6
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

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

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\*\*\*

28527

