

لطفاً با پاسخ دادن به چند سؤال، به ارائه بهتر خدمات از طرف مرکز ما کمک کنید. پاسخ‌های شما محرمانه است و بر خدمات فعلی یا آینده ارائه شده به شما تأثیر نمی‌گذارد.

برای هر مورد نظرسنجی در زیر، لطفاً حلقه مربوط به انتخاب خود را پر کنید.

لطفاً دایره را کاملاً پر کنید.

مثال:



درست

غلط



لطفاً به سؤالات زیر براساس 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 سؤال 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 مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
------------	---------------	--------	------------	--------	---------------

- در کل، از خدمات دریافت شده راضی هستم.
- در انتخاب خدمات به من کمک شد.
- 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"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- کسانی که به من کمک می‌کنند مجبورند با من سر و کار داشته باشند و برایشان مهم نیست که چه می‌شود.
- احساس می‌کردم وقتی مشکل داشتم کسی بود که با او صحبت کنم.
- من در معالجه خود مشارکت داشتم.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- خدماتی دریافت کردم که برای من مناسب بود.
- مکان ارائه خدمات برای من راحت بود.
- 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"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- کمکی را که می‌خواستم دریافت می‌کردم.
- به اندازه نیاز به من کمک می‌شد.
- 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"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- کارکنان به اعتقادات مذهبی / معنوی من احترام می‌گذاشتند.
- کارکنان با من به شکلی صحبت می‌کردند که می‌فهمیدم.
- 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"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم:

- بهتر می‌توانم زندگی روزمره را اداره کنم.
- سازگاری من با اعضای خانواده بهتر شد.
- 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"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- عملکرد من در مدرسه و / یا کار بهتر شده است.
- وقتی مشکل پیش می‌آید، بهتر می‌توانم با آن مقابله کنم.
- من الان از زندگی خانوادگی خود راضی هستم.
- توانایی من در انجام کارهایی که می‌خواهم انجام دهم بهتر شده است.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

چهار سؤال بعدی در خصوص روابط با افرادی است که خدمات بهداشت روان به شما ارائه نداده‌اند. نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم:

- افرادی را می‌شناسم که وقتی نیاز به صحبت کردن دارم، به من گوش می‌دهند و مرا درک می‌کنند.
- افرادی را دارم که راحت درباره مشکل (مشکلات) خودم با آنها صحبت می‌کنم.
- در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت.
- افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذتبخش را با آنها انجام دهم.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

CSI County Client Number  
\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



27. مفیدترین مورد در خصوص خدماتی که در طی ۶ ماه گذشته دریافت کرده‌اید چیست؟

--

28. چه چیزی باعث بهبود خدمات در این مکان می‌شود؟

--

29. لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم

--

### لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم حالتان چگونه است



1. آیا در ۶ ماه گذشته در مناطق زیر زندگی کرده‌اید؟

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> پناهگاه افراد بی‌خانمان  | <input type="radio"/> با یکی از والدین یا هر دو    |
| <input type="radio"/> خانه گروهی               | <input type="radio"/> با یکی دیگر از اعضای خانواده |
| <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      |

- کانون اصلاح و تربیت ایالتی  
 فراری / بی‌خانمان / کارتن خواب  
 سایر موارد

2. آیا در سال گذشته برای معاینه درمانی یا به دلیل بیماری به پزشک (یا پرستار) مراجعه داشته‌اید؟

- بخاطر ندارم  
 خیر  
 بله، اما فقط در بیمارستان یا اتاق اورژانس  
 بله، در کلینیک یا مطب

3. آیا بدلیل مشکلات عاطفی / رفتاری در حال استفاده از دارو هستید؟

- A. اگر بله، آیا پزشک یا پرستار به شما گفته که این دارو چه عوارض جانبی دارد که باید به آن توجه کرد؟  
 بله  خیر

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

CSI County Client Number  
\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



4. تقریباً چه مدت است که فرزند شما از اینجا خدمات دریافت می‌کند؟
- 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 ۱
- تا ۵ ماه ۳
- ماه تا ۱ سال ۶
- بیش از ۱ سال

من به مدت 1 سال یا بیشتر در اینجا خدمات دریافت کردم.



11. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟  بله  خیر
12. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟  بله  خیر
13. ... در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است
- مرتبط نیست
- (امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اید)
- \* کاهش یافته است  ثابت مانده است  افزایش یافته است

\* به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اید، پلیس به شما گیر نداده است (توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اید)

14. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟  بله  خیر
15. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟  بله  خیر
16. طی یک سال گذشته، تعداد روزهایی که در مدرسه بوده‌اید
- مرتبط نیست
- بیشتر  همین حدود  کمتر

اگر این مورد برای شما صدق نمی‌کند، لطفاً دلیل آن را انتخاب کنید

- قبل از شروع دریافت خدمات، حضور من در مدرسه مشکلی نداشت
- من از مدرسه اخراج شدم
- من در خانه تحصیل کرده‌ام
- ترک تحصیل کرده‌ام
- سایر موارد

من در اینجا کمتر از 1 سال خدمات دریافت کردم.



5. آیا از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روان  بله  خیر دستگیر شده‌اید؟
6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟  بله  خیر
7. از زمانی که خدمات بهداشت روان دریافت می‌کنید، برخوردهایی که ... با پلیس رخ داده است
- مرتبط نیست
- (امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اید)
- \* کاهش یافته است  ثابت مانده است  افزایش یافته است

\* به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اید، پلیس به شما گیر نداده است (توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اید)

8. آیا از زمان شروع خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟  بله  خیر
9. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟  بله  خیر
10. از زمان شروع دریافت خدمات، تعداد روزهایی که در مدرسه حضور داشته‌اید
- مرتبط نیست
- بیشتر  همین حدود  کمتر

اگر این مورد برای شما صدق نمی‌کند، لطفاً دلیل آن را انتخاب کنید

- قبل از شروع دریافت خدمات، حضور من در مدرسه مشکلی نداشت
- من از مدرسه اخراج شدم
- من در خانه تحصیل کرده‌ام
- ترک تحصیل کرده‌ام
- سایر موارد

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



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



17. جنسیت شما چیست؟  زن  مرد  سایر موارد
18. آیا شما اصالت مکزیکی / اسپانیایی / لاتین دارید؟  بله  خیر  نامعلوم
19. نژاد شما چیست؟ (لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید).  
 سرخپوست / بومی آلاسکا  بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام  
 آسیایی  سفیدپوست / قفقازی  
 سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی  سایر موارد
20. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟  
 [ماه / روز / سال]  
 /  /
21. دارید؟ Medi-Cal (Medicaid) آیا بیمه  بله  خیر
22. آیا خدماتی که دریافت کرده‌اید به زبانی بوده است که ترجیح می‌دادید؟  بله  خیر
23. آیا اطلاعات مکتوب (به عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می‌کنند) به زبانی در دسترس شما بود که ترجیح می‌دادید؟  بله  خیر
24. لطفاً مشخص کنید چه کسی به شما در تکمیل بخش‌های مختلف این نظرسنجی کمک کرده است (همه موارد مرتبط را علامت بزنید)  
 نیازی به کمک نداشتم  یک مصاحبه کننده حرفه‌ای به من کمک کرد  
 یک حامی / داوطلب سلامت روان به من کمک کرد  پزشک / مدیر پرونده من به من کمک کرد  
 یکی دیگر از مصرف کنندگان خدمات سلامت روان به من کمک کرد  کارمندی غیر از پزشک یا مدیر پرونده من به من کمک کرد  
 یکی از اعضای خانواده‌ام به من کمک کرد  شخص دیگری به من کمک کرد. چه کسی

از اینکه برای پاسخگویی به این سالات وقت گذاشتید متشکریم!

**FOR OFFICE USE ONLY**

**REQUIRED Information:**

**Date of Survey Administration**

0	5	-			-	2	0	2	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

**Subunit**

--	--	--	--

**Reason for Non-Completion (if applicable):**

- Refused  
 Impaired (Cognitive, Mental, Physical or Medical Impairment)  
 Language (Not available in client's language)  
 No Show (Client did not show up for their scheduled visit)  
 Youth Unavailable (e.g., Juvenile Hall, hospitalization, AWOL)  
 New Client: First Visit  
 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\*\*\*

