

• 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.

• 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 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 موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم	درست غلط <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. در کل، از خدمات دریافت شده راضی هستم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. در انتخاب خدمات به من کمک شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. 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"/>	4. کسانی که به من کمک می‌کنند مجبورند با من سر و کار داشته باشند و برایشان مهم نیست که چه می‌شود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. احساس می‌کردم وقتی مشکل داشتم کسی بود که با او صحبت کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. من در معالجه خود مشارکت داشتم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. خدماتی دریافت کردم که برای من مناسب بود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. مکان ارائه خدمات برای من راحت بود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. 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"/>	10. کمکی را که می‌خواستم دریافت می‌کردم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. به اندازه نیاز به من کمک می‌شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. 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"/>	13. کارکنان به اعتقادات مذهبی / معنوی من احترام می‌گذاشتند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. کارکنان با من به شکلی صحبت می‌کردند که می‌فهمیدم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. 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"/>	نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. بهتر می‌توانم زندگی روزمره را اداره کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. سازگاری من با اعضای خانواده بهتر شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. 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"/>	19. عملکرد من در مدرسه و / یا کار بهتر شده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. وقتی مشکل پیش می‌آید، بهتر می‌توانم با آن مقابله کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. من الان از زندگی خانوادگی خودم راضی هستم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. توانایی من در انجام کارهایی که می‌خواهم انجام دهم بهتر شده است.
چهار سؤال بعدی در خصوص روابط با افرادی است که خدمات بهداشت روان به شما ارائه نداده‌اند. نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. افرادی را می‌شناسم که وقتی نیاز به صحبت کردن دارم، به من گوش می‌دهند و مرا درک می‌کنند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. افرادی را دارم که راحت درباره مشکل (مشکلات) خودم با آنها صحبت می‌کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذتبخش را با آنها انجام دهم.

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

--	--	--	--



لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم حالتان چگونه است

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

لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> کانون اصلاح و تربیت ایالتی
<input type="radio"/> فراری / بی‌خانمان / کارتن خواب
<input type="radio"/> سایر موارد | <input type="radio"/> پناهگاه افراد بی‌خانمان
<input type="radio"/> خانه گروهی
<input type="radio"/> کمپ درمان
<input type="radio"/> بیمارستان
<input type="radio"/> زندان محلی یا بازداشتگاه |
| <input type="radio"/> با یکی از والدین یا هر دو
<input type="radio"/> با یکی دیگر از اعضای خانواده
<input type="radio"/> پرورشگاه
<input type="radio"/> درمانگاه افراد بدسرپرست
<input type="radio"/> پناهگاه افراد بحران‌زده | |

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

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

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

3a. اگر بله، آیا پزشک یا پرستار به شما گفته که این دارو چه عوارض جانبی دارد که باید به آن توجه کرد؟ بله نه

4. تقریباً چه مدت است از اینجا خدمات دریافت می‌کنید؟

- این اولین مراجعه من به اینجا است 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

اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده اید، لطفاً به پرسش های 11 تا 16 پاسخ دهید

بیشتر از یک سال

اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده اید، لطفاً به پرسش های 5 تا 10 پاسخ دهید

یک سال یا کمتر

5. آیا از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روانی در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟ بله نه

6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بهداشت روانی در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده بودید؟ بله نه

7. از زمانی که خدمات بهداشت روانی دریافت می‌کنید، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...
 کاهش یافته است کاهش یافته است

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اید، پلیس به شما گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اید
<input type="radio"/> ثابت مانده است
<input type="radio"/> افزایش یافته است
<input type="radio"/> مصداق ندارد | <input type="radio"/> به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اید، پلیس به شما گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اید
<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 نداشته‌اید

8. آیا از زمان شروع خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟ بله نه

9. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟ بله نه

10. از زمان شروع دریافت خدمات، تعداد روزهایی که در مدرسه حضور داشته‌اید: بیشتر همین حدود کمتر

16. لطفاً دلیل «نامرتب» بودن [این گزینه] را انتخاب کنید مرتبط نیست مرتبط نیست

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> قبل از شروع دریافت خدمات، حضور من در مدرسه مشکلی نداشت
<input type="radio"/> من از مدرسه اخراج شدم
<input type="radio"/> من در خانه تحصیل کرده‌ام
<input type="radio"/> ترک تحصیل کرده‌ام
<input type="radio"/> سایر موارد | <input type="radio"/> قبل از شروع دریافت خدمات، حضور من در مدرسه مشکلی نداشت
<input type="radio"/> من از مدرسه اخراج شدم
<input type="radio"/> من در خانه تحصیل کرده‌ام
<input type="radio"/> ترک تحصیل کرده‌ام
<input type="radio"/> سایر موارد |
|--|--|

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

--	--	--	--

Subunit

Version 05/2024

32004



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

17. 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 (transgender): تراجنسیتی
 مرد به زن (transgender): تراجنسیتی
 هویت جنسی دیگر
18. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می شناسید؟
 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) دوجنس گرا
 گرایش جنسی دیگر
 ناشناخته
 ترجیح می دهم پاسخ ندهم
19. آیا شما اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارید؟
 بله
 نه
 ناشناخته
20. 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
21. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟
 روز - ماه - سال
 - -
22. دارید Medi-Cal (Medicaid) آیا بیمه ؟
 بله
 نه
23. آیا اسناد کتبی و یا خدماتی که دریافت کرده اید به زبانی دلخواه شما بوده است؟
 به عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می کنند
 بله
 نه



24. 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

25. 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

26. ترجیح می دهم که بیشتر درمان های بهداشت روانی خود در این برنامه را از طریق درمان از راه دور دریافت کنم.
 کاملاً مخالفم
 مخالفم
 نظری ندارم
 موافقم
 کاملاً موافقم
 مصداق ندارد

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 4

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

32004



1. مفیدترین مورد در خصوص خدماتی که در طی ۶ ماه گذشته دریافت کرده‌اید چیست؟ چه چیزی باعث بهبود خدمات در این مکان می‌شود؟ لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم.

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Subunit

--	--	--	--

