

युवा सन्तोष सर्वेक्षण (YOUTH SATISFACTION SURVEY)

हामीलाई तपाईंले विगत 6 महिनामा प्राप्त गर्नुभएको मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग सेवाहरूका बारेमा तपाईंको धारणा थाहा पाउन चाहन्छौं जसकारण हामी उत्कृष्ट सम्भावित सेवाहरू प्रदान गर्न सकौं। यो सर्वेक्षणमा आफ्नो नाम नलेख्नुहोस्। तपाईंका उत्तरहरू गोप्य रूपमा ह्याण्डल गरिने छन्। तपाईंले प्रतिक्रिया दिनुभयो भने हामीलाई थाहा हुने छैन, तर हामी हाम्रा सेवाहरू सुधार गर्नका लागि तपाईंको प्रतिक्रियाहरूको समीक्षा गर्ने छौं।

खण्ड 1: कृपया तपाईंले पछिल्लो 6 महिनामा प्राप्त गर्नुभएको मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थको प्रयोग सेवाहरूका बारेमा निम्न प्रत्येक कथनसँग कतिको सहमत वा असहमत हुनुहुन्छ भनी तपाईंको धारणालाई राम्रोसँग प्रतिनिधित्व गर्ने नम्बरलाई घेरा हालेर सङ्केत गर्नुहोस्। यदि विवरण तपाईंले अनुभव गर्नुभएको कुरा हो भने, "लागू हुँदैन" उत्तर दिनुहोस् जसले यो तपाईंका लागि लागू नहुने कुरा जनाउँछ।

	पूर्ण रूपमा असहमत	असहमत	अनिर्णित	सहमत	पूर्ण रूपमा सहमत	लागू हुँदैन
1. समग्रमा, म मैले प्राप्त गरेका सेवाहरूसँग सन्तुष्ट छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
2. मैले मेरो सेवाहरू छनौट गर्न मद्दत गरें।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
3. मैले मेरो उपचार लक्ष्यहरू छनौट गर्न मद्दत गरें।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
4. मलाई मद्दत गर्ने मानिसहरू जे भए पनि मसँग टाँसिए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
5. मलाई अप्ठ्यारो परेको बेला कुरा गर्ने कोही छ जस्तो लाग्यो।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
6. मैले मेरो आफ्नै उपचारमा भाग लिएको छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
7. मैले प्राप्त गरेका सेवाहरू मेरो लागि सही थिए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
8. सेवाहरूको स्थान मेरो लागि सुविधाजनक थियो।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
9. सेवाहरू मेरो लागि सुविधाजनक समयमा उपलब्ध थिए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
10. मैले चाहेको सहयोग प्राप्त गरें।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
11. मलाई आवश्यक परेको जति सहयोग मैले प्राप्त गरें।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
12. कर्मचारीहरूले मलाई सम्मानका साथ व्यवहार गरे।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
13. कर्मचारीहरूले मेरो परिवारका धार्मिक वा आध्यात्मिक विश्वासहरूको सम्मान गरे।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
14. कर्मचारीहरूले मलाई बुझ्न सकिने तरिकामा कुरा गरे।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
15. कर्मचारीहरू मेरो सांस्कृतिक वा जातीय पृष्ठभूमि प्रति संवेदनशील थिए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन

खण्ड 2: पछिल्लो 6 महिनामा प्राप्त गरेको मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग सेवाहरूको प्रत्यक्ष परिणामको रूपमा.....

	पूर्ण रूपमा असहमत	असहमत	अनिर्णित	सहमत	पूर्ण रूपमा सहमत	लागू हुँदैन
16. म दैनिक जीवनलाई सम्हाल्नमा अझ राम्रो छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
17. म परिवारका सदस्यहरूसँग राम्रोसँग मिल्न सक्छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
18. म साथीहरू र अन्य व्यक्तिहरूसँग राम्रोसँग मिल्न सक्छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
19. म विद्यालय र/वा काममा राम्रो गर्दछु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
20. चीजहरू गलत हुँदा म सामना गर्न सक्षम छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
21. म अहिले आफ्नो पारिवारिक जीवनबाट सन्तुष्ट छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
22. म आफूले गर्न चाहने कामहरू गर्न सक्षम छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन

खण्ड 3: कृपया आफ्नो मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग प्रदायकहरू बाहेकका व्यक्तिहरूसँगको हालको सम्बन्धका बारेमा उत्तर दिनुहोस्।

	पूर्ण रूपमा असहमत	असहमत	अनिर्णित	सहमत	पूर्ण रूपमा सहमत	लागू हुँदैन
23. मसँग कुरा गर्दा सुन्न र बुझ्न सक्ने मानिसहरू छन्।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
24. मसँग मेरा समस्याबारे कुरा गर्दा सहज महसुस गर्ने मानिसहरू छन्।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
25. संकटको अवस्थामा, मेरो परिवार वा साथीहरूले मलाई आवश्यक समर्थन दिनेछन्।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
26. मसँग रमाइलो चीजहरू गर्न सक्ने मानिसहरू छन्।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन

खण्ड 4: कृपया हामीलाई तपाईंका बारेमा थोरै थाहा दिन निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

27. के तपाईं हाल मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग सेवाहरू प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ?

- 1 = मानसिक स्वास्थ्य मात्र 3 = मानसिक स्वास्थ्य र पदार्थ प्रयोग
2 = पदार्थ प्रयोग मात्र 4 = अज्ञात

28. तपाईंले यी सेवाहरू कति समयदेखि प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ?

- 1 = 6 महिनाभन्दा कम 3 = 1 वर्षदेखि 2 वर्ष 5 = अज्ञात
2 = 6 महिनादेखि 1 वर्ष 4 = 2 वर्षभन्दा धेरै

30. तपाईंको लिंग के हो?

- 1 = महिला 3 = तेस्रो लिङ्गी महिला 5 = अज्ञात
2 = पुरुष 4 = तेस्रो लिङ्गी पुरुष 6 = अन्य (कृपया निम्न कुरा व्याख्या गर्नुहोस्: _____)

31. तपाईंको उमेर कति हो _____ वर्ष

32. तपाईंको जातीय पृष्ठभूमि के हो? (कृपया लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्)

1 = अमेरिकी भारतीय/अलास्का निवासी

5 = श्वेत/कोकेसियन

2 = एसियाली

6 = अज्ञात

3 = अश्वेत/अफ्रिकी अमेरिकी

7 = अन्य (कृपया निम्न कुरा व्याख्या गर्नुहोस्: _____)

4 = मूल निवासी हवाईयन/प्रशान्त द्वीपवासी

33. तपाईं मेक्सिकन, हिस्पैनिक वा ल्याटिनो मूल हुनुहुन्छ?

1 = हो

2 = होइन

3 = अज्ञात

34. तपाईं अहिले कुन देशमा बस्नुहुन्छ? _____

35. तपाईंले पछिल्लो 6 महिनामा प्राप्त गर्नुभएको सेवाहरूका बारेमा कुनै अन्य टिप्पणीहरू छन्?

यो सर्वेक्षण पूरा गर्नका लागि तपाईंको समय र सहकार्यका लागि धन्यवाद!

Office Use Only:

Survey ID: _____

Date Survey Received: ____/____/____

Program Enrollment Status: (select all that apply)

CCS ☐

CST ☐

FEP ☐