

# परिवार सन्तुष्टि सर्वेक्षण

(FAMILY 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 सक्छौं। तपाईंको बच्चाको सेवा प्रदायक(हरू) सँग सबैभन्दा धेरै सम्पर्क राख्ने आमाबुवा वा अभिभावकले यो सर्वेक्षण भर्नुपर्छ। 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 तपाईंको बच्चाले पछिल्लो 6 महिनामा प्राप्त गर्नुभएको मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थको प्रयोग सेवाहरूका बारेमा निम्न प्रत्येक कथनसँग कत्तिको सहमत वा असहमत हुनुहुन्छ भनी तपाईंको धारणालाई राम्रोसँग प्रतिनिधित्व गर्ने नम्बरलाई घेरा हालेर सङ्केत गर्नुहोस्। यदि विवरण तपाईं र तपसईको बच्चाले 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 मेरो बच्चाले प्राप्त गरेका सेवाहरूसँग सन्तुष्ट छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
2. मैले मेरो बच्चाका सेवाहरू छनौट गर्न मद्दत गरें।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
3. मैले मेरो बच्चाका उपचार लक्ष्यहरू छनौट गर्न मद्दत गरें।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
4. मलाई मद्दत गर्ने मानिसहरू जे भए पनि मेरो बच्चासँग टाँसिए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
5. मलाई मेरो बच्चालाई अफ्ठ्यारो परेको बेला उहाँसँग कुरा गर्ने कोही छ जस्तो लाग्यो।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
6. मैले मेरो बच्चाको उपचारमा भाग लिएको छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
7. मेरो बच्चा र/वा परिवारले प्राप्त गरेका सेवाहरू हाम्रा लागि सही थिए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
8. सेवाहरूको स्थान हाम्रा लागि सुविधाजनक थियो।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
9. सेवाहरू हाम्रा लागि सुविधाजनक समयमा उपलब्ध थिए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
10. मेरो परिवारले मेरो बच्चाका लागि चाहेको सहायता प्राप्त गर्‍यो।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
11. मेरो परिवारले मेरो बच्चाका लागि आवश्यक भएको सबै सहायता प्राप्त गर्‍यो।	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: मेरो बच्चाले पछिल्लो 6 महिनामा प्राप्त गरेको मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग सेवाहरूको परिणाम स्वरूप .....						
	पूर्ण रूपमा असहमत		अनिर्णित	सहमत	पूर्ण रूपमा सहमत	
	असहमत	सहमत			सहमत	लागू हुँदैन
16. मेरो बच्चा दैनिक जीवनलाई सम्हाल्नमा अझ राम्रो छ।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
17. मेरो बच्चा परिवारका सदस्यहरूसँग राम्रोसँग मिल्न सक्छ।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
18. मेरो बच्चाका साथीहरू र अन्य व्यक्तिहरूसँग राम्रोसँग मिल्न सक्छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
19. मेरो बच्चाले विद्यालय र/वा काममा राम्रो गर्दछ।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
20. चीजहरू गलत हुँदा मेरो बच्चा सामना गर्न सक्षम छ।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
21. म अहिले हाम्रो पारिवारिक जीवनबाट सन्तुष्ट छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
22. मेरो बच्चाले आफूले गर्न चाहेका कुराहरू गर्न अझ राम्रो हुन्छ।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन

खण्ड 3: कृपया तपाईंको बच्चाको मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ उपयोग सेवा प्रदायक बाहेकका व्यक्तिहरूसँगको हालको सम्बन्धहरू बारे जवाफ दिनुहोस्।						
	पूर्ण रूपमा असहमत		अनिर्णित	सहमत	पूर्ण रूपमा सहमत	
	असहमत	सहमत			सहमत	लागू हुँदैन
23. मसँग कुरा गर्दा सुन्न र बुझ्न सक्ने मानिसहरू छन्।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
24. मसँग मेरो बच्चाका समस्याहरूको बारेमा कुरा गर्न म सहज महशुस 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 तलका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस् ताकि तपाईंको बच्चाबारे थोरै जानकारी प्राप्त गर्न सकियोस्।**

27. तपाईंको बच्चा हाल मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग सेवाहरू प्राप्त गर्दछन्?

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

28. तपाईंको बच्चाले यी सेवाहरू कति समयदेखि प्राप्त गर्दछन्?

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

29. तपाईंको बच्चाको लिंग के हो?

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

30. तपाईंको बच्चाको उमेर कति हो? \_\_\_\_\_ वर्ष

31. तपाईंको बच्चाको जातीय पृष्ठभूमि के हो? (कृपया लागू हुने सबै विकल्प चयन गर्नुहोस्)

1 = अमेरिकी भारतीय/अलास्का निवासी      5 = श्वेत/कौकेसियन  
2 = एसियाली      6 = अज्ञात  
3 = अश्वेत/अफ्रिकी अमेरिकी      7= अन्य (कृपया निम्न कुरा व्याख्या गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_)  
4 = मूल निवासी हवाईयन/प्रशान्त द्वीपवासी

32. तपाईंको बच्चा मेक्सिकन, हिस्पैनिक वा ल्याटिनो मूल हुनुहुन्छ?  
1 = हो      2 = होइन      3 = अज्ञात

33. तपाईंको बच्चा अहिले कुन देशमा बस्नुहुन्छ? \_\_\_\_\_

34. तपाईंको बच्चाले 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