

County / Provider
Use Only

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

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

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

Treatment Setting (required): OP/IOP Residential OTP/NTP Detox/WM (standalone) Partial hospitalization

لطفاً جهت بهبود خدمات، به پرسش های زیر در مورد تجربه ی خود در برنامه پاسخ دهید. اگر سوال در مورد موضوعی است که شما استفاده کنید، پاسخ های شما محرمانه باقی می ماند. و بر [Not applicable] "آن را تجربه نکرده اید، از عبارت "کاربرد ندارد خدمات حال حاضر و یا این

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>لطفاً دایره را کاملاً پر کنید.</p> <p>درست ● غلط <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>1. محل خدمات برای من مناسب بود.</p> <p>2. خدمات در زمان های مناسب برای من در دسترس بود.</p> <p>3. تجربه خوبی را در ثبت نام در درمان داشتم.</p> <p>4. من و مشاورم با هم در اهداف درمان کار کردیم.</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>5. من خدماتی را دریافت کردم که برای من مناسب بود.</p> <p>6. کادر درمانی با احترام با من رفتار کردند.</p> <p>7. احساس می کنم که مشاورم زمان لازم را برای گوش دادن به من در اختیار گذاشت.</p> <p>8. من یک رابطه مثبت و اعتماد با مشاورم ایجاد کردم.</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>9. کادر درمانی پیشینه فرهنگی من (نژاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند.</p> <p>10. من احساس می کنم مشاور من صمیمانه به من علاقه مند است و من را درک کرده است.</p> <p>11. من مشاور خودم را در اینجا دوست دارم.</p> <p>12. مشاور من قادر به کمک به من است.</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>13. کارکنان اینجا اطمینان می دهند که نیازهای سلامت و سلامت روانی من (امتحانات فیزیکی، خلق افسرده و غیره) برآورده می شود.</p> <p>14. کارکنان در اینجا به مسائل و نگرانی های دیگر من در ارتباط با سیستم های حقوقی، خانواده و آموزشی کمک کردند.</p> <p>15. مشاور من خدمات لازم را برای خانواده ام ارائه داد.</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>16. در نتیجه خدماتی که دریافت کردم، من توانایی انجام کارهایی را دارم که می خواهم انجام دهم.</p> <p>17. به خاطر نتایج مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، تمایل کمتری به مصرف مواد مخدر و الکل دارم.</p> <p>18. به طور کلی، من از خدماتی که دریافت کردم راضی هستم.</p> <p>19. من این خدمات را به یک دوست توصیه می کنم که نیاز به کمک مشابه دارد.</p>
<p>20. اکنون به خدماتی که دریافت نمودید فکر کنید؛ چه مقدار از آن درمان از راه دور بود (از طریق تلفن یا کنفرانس ویدیویی)؟</p> <p><input type="radio"/> هیچ <input type="radio"/> خیلی کم <input type="radio"/> تقریباً نصف آن <input type="radio"/> تقریباً تمام آن <input type="radio"/> تمام آن</p>						
<p>21. چقدر برای شما مفید بوده است؟ (telehealth) در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دور</p> <p><input type="radio"/> خیلی بهتر <input type="radio"/> تا حدی بهتر <input type="radio"/> تقریباً مشابه <input type="radio"/> تا حدی بدتر <input type="radio"/> مصداق ندارد</p>						
<p>22. لطفاً نظرات خود را به ما اطلاع دهید. چه چیزی در این برنامه مفیدتر بود؟ چه چیزی به نظر شما باید در این برنامه تغییر کند؟ لطفاً اطلاعاتی که ممکن است هویت شما را آشکار کند ننویسید. برای مثال، اسم یا شماره تلفن خود را ننویسید</p>						

اکنون کمی درباره خودتان بگویید

23. جنسیت شما چیست؟ (لطفاً تمامی مواردی که در مورد شما صدق می کند را انتخاب کنید)
- مرد زن به مرد (transgender) ترانجنسیتی زن مرد به زن (transgender) ترانجنسیتی هویت جنسی دیگر (یعنی نه مرد و نه زن - non-binary) جنسیت غیردوگانه
24. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می شناسید؟ (لطفاً تمامی مواردی را که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید)
- (heterosexual) علاقه مند به جنس مخالف/ناهمجنس گرا (bisexual) دوجنس گرا (Queer) دگر باش گرایش جنسی دیگر ناشناخته
25. آیا شما از تبار مکزیکی، اسپانیایی یا لاتین هستید؟ بله خیر ناشناخته
26. نژاد / قومیت (لطفاً کلیه موارد مرتبط را انتخاب کنید):
- آمریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا آسیایی سفید/سفید پوست اروپایی سیاهپوست/آفریقایی بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام نژاد دیگر ناشناخته
27. سن:

از اینکه وقت خود را صرف پاسخگویی به این پرسشنامه می کنید، سپاسگزاریم!