

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

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

لطفاً به این سوالات درباره تجربه شما در این برنامه پاسخ دهید تا به بهبود خدمات کمک کنید. پاسخ‌های شما محرمانه است و روی خدمات فعلی یا در آینده که دریافت خواهید کرد تاثیری نخواهد داشت

اگر سوال درباره موردی است که شما تجربه نکرده‌اید، گزینه «مصدق ندارد» را انتخاب نمایید



پاسخ‌های شما باید برای کامپیوتر قابل خواندن باشد بنابراین، از خودکار استفاده کنید، داخل دایره‌ها را کاملاً پر کنید و برای هر سوال فقط یک گزینه را انتخاب کنید

مصدق
کاملاً مخالف
نظری ندارم
موافقم
کاملاً موافقم

1. محل خدمات برای من مناسب بود

2. خدمات در زمان‌های مناسب برای من در دسترس بود

3. تجربه خوبی را در ثبت نام در درمان داشتم

4. من و مشاورم با هم در اهداف درمان کار کردیم

5. من خدماتی را دریافت کردم که برای من مناسب بود

6. کادر درمانی با احترام با من رفتار کردند

7. احساس می‌کنم که مشاورم زمان لازم را برای گوش دادن به من در اختیار گذاشت

8. من یک رابطه مثبت و اعتماد با مشاورم ایجاد کردم

9. کادر درمانی پیشینه فرهنگی من (نژاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند

10. من احساس می‌کنم مشاور من صمیمانه به من علاقه مند است و من را درک کرده است

11. من مشاور خودم را در اینجا دوست دارم

12. مشاور من قادر به کمک به من است

13. کارکنان اینجا اطمینان می‌دهند که نیازهای سلامت و سلامت روانی من (امتحانات فیزیکی، خلق افسرده و غیره) برآورده می‌شود

14. کارکنان در اینجا به مسائل و نگرانی‌های دیگر من در ارتباط با سیستم‌های حقوقی، خانواده و آموزشی کمک کردند

15. مشاور من خدمات لازم را برای خانواده ام ارائه داد

16. در نتیجه خدماتی که دریافت کردم، من توانایی انجام کارهایی را دارم که می‌خواهم انجام دهم

17. به طور کلی، من از خدماتی که دریافت کردم راضی هستم

18. من این خدمات را به یک دوست توصیه می‌کنم که نیاز به کمک مشابه دارد



19. 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

20. 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.

اکنون کمی درباره خودتان بگویید

21. چه مدت است که در اینجا خدمات دریافت می‌کنید
کمتر از 1 ماه ماه 5 - 1 ماه یا بیشتر 6
22. هویت جنسی شما (لطفاً همه موارد مورد مصداق را علامت بزنید).
مرد تراجنسیتی هویت جنسیتی غیره
23. نژاد / قومیت (لطفاً همه موارد مورد مصداق را علامت بزنید).
امریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام
آسیایی سفید پوست
سیاهپوست/امریکایی آفریقایی سایر
لاتین ناشناخته

24. سن

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

