

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 استفاده کنید. پاسخ های شما محرمانه باقی می ماند و [Not applicable] شما آن را تجربه نکرده اید، از عبارت "کاربرد ندارد" بر خدمات حل 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>• محل راحت بود (از نظر وسیله حمل و نقل عمومی، مسافت، پارکینگ و غیره).</p> <p>• خدمات زمانی که به آن ها نیاز داشتیم در دسترس بودند.</p> <p>• با کمک ارائه دهنده خدمات خود، اهداف درمانی را انتخاب کردم.</p> <p>• کادر درمانی در جلسات درمانی ام، وقت کافی را به من اختصاص دادند.</p>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <p>• کادر درمانی با احترام با من رفتار کردند .</p> <p>• کادر درمانی طوری با من صحبت می کردند که متوجه می شدم .</p> <p>• کادر درمانی پیشینه فرهنگی من (نژاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند .</p> <p>• احساس می کنم در اینجا راحت هستم.</p>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <p>• در نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، بهتر می توانم کارهایی که می خواهم را انجام دهم .</p> <p>• به خاطر نتایج مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، تمایل کمتری به مصرف مواد مخدر و الکل دارم.</p> <p>• کادر درمانی در اینجا با ارائه دهنده خدمات سلامت جسمی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.</p> <p>• کادر درمانی در اینجا با ارائه دهنده خدمات سلامت ذهنی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.</p> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <p>• کارکنان به من کمک کردند تا با خدمات مورد نیاز دیگر (خدمات اجتماعی، اسکان و غیره) در ارتباط باشم.</p> <p>• به طور کلی، من از خدماتی که دریافت کردم راضی هستم .</p> <p>• توانستم همه کمک ها/خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنم .</p> <p>• این آژانس را به دوستان یا اعضای خانواده خود نیز توصیه می کنم.</p>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <p>• 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>• هیچ <input type="radio"/> خیلی کم <input type="radio"/> تقریباً نصف آن <input type="radio"/> تقریباً تمام آن <input type="radio"/> تمام آن</p>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <p>• چقدر برای شما مفید بوده است؟ (telehealth) در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دور</p> <p>• 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>   |

19. 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

|   |   |
|---|---|
| 20. جنسیت شما چیست؟<br>(لطفاً تمامی مواردی که در مورد شما صدق می کند را انتخاب کنید)  | 22. آیا شما از تبار مکزیکی، اسپانیایی یا لاتین هستید؟   |
| <input type="radio"/> مرد<br><input type="radio"/> زن<br><input type="radio"/> هویت جنسی دیگر<br><input type="radio"/> زن به مرد (transgender)<br><input type="radio"/> مرد به زن (transgender)<br><input type="radio"/> (یعنی نه مرد و نه زن - non-binary) جنسیت غیردوگانه                                       | <input type="radio"/> بله<br><input type="radio"/> خیر<br><input type="radio"/> ناشناخته  |
| 21. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می شناسید؟<br>(لطفاً تمامی مواردی را که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید)  | 23. نژاد / قومیت (لطفاً کلیه موارد مرتبط را انتخاب کنید):   |
| <input type="radio"/> (heterosexual) علاقه مند به جنس مخالف/ناهمجنس گرا<br><input type="radio"/> (lesbian) و یا زن همجنس گرا (gay) مرد همجنس گرا<br><input type="radio"/> (bisexual) دوجنس گرا<br><input type="radio"/> (Queer) دگرپاش<br><input type="radio"/> گرایش جنسی دیگر<br><input type="radio"/> ناشناخته | <input type="radio"/> آمریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا<br><input type="radio"/> آسیایی<br><input type="radio"/> سیاهپوست/آمریکایی آفریقایی<br><input type="radio"/> بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام<br><input type="radio"/> سفید/سفید پوست اروپایی<br><input type="radio"/> نژاد دیگر<br><input type="radio"/> ناشناخته |
| 24. محدوده سنی:   |   |
|   | <input type="radio"/> 18-25<br><input type="radio"/> 26-35<br><input type="radio"/> 36-45<br><input type="radio"/> 46-55<br><input type="radio"/> 56-64<br><input type="radio"/> 65+  |

24034

از اینکه وقت خود را صرف پاسخ گویی به این پرسش نامه می کنید، سپاسگزاریم !