

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

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

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

- لطفاً به این سوالات درباره تجربه خود در این برنامه پاسخ دهید
- «اگر سوال در مورد موضوعی است که تجربه آن را ندارید، گزینه «مصدق ندارد» را علامت بزنید. نام خود را در این فرم ننویسید
- 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 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"/> | 1. محل راحت بود<br>(از نظر وسیله حمل و نقل عمومی، مسافت، پارکینگ و غیره)                        |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. خدمات زمانی که به آن‌ها نیاز داشتیم در دسترس بودند   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. با کمک ارائه‌دهنده خدمات خود، اهداف درمانی را انتخاب کردم                                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. کادر درمانی در جلسات درمانی‌ام، وقت کافی را به من اختصاص دادند                               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. کادر درمانی با احترام با من رفتار کردند  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. کادر درمانی طوری با من صحبت می‌کردند که متوجه می‌شدم   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. کادر درمانی پیشینه فرهنگی من (نژاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. کادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت جسمی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9. کادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ذهنی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10. در نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت می‌کنم، بهتر می‌توانم کارهایی که می‌خواهم را انجام دهم     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11. احساس می‌کنم در اینجا راحت هستم   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12. به طور کلی، من از خدماتی که دریافت کردم راضی هستم   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13. توانستم همه کمک‌ها/خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنم  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14. این آژانس را به دوستان یا اعضای خانواده خود نیز توصیه می‌کنم                                |



## نظرات

لطفاً هیچ اطلاعاتی که مربوط به هویت شما باشد را ننویسید، از جمله امانه محدود شده به نام شما و / یا شماره تلفن

### لطفاً به سوالات زیر

1. چه مدت است که در اینجا خدمات دریافت می‌کنید

بیش از 2 هفته  هفته یا کمتر 2  روز/ویزیت اول

2. هویت جنسی شما (لطفاً همه موارد مورد مصداق را علامت بزنید).

اِزن  مرد  تراجنسیتی  هویت جنسیتی غیره  عدم تمایل به پاسخ

3. نژاد / قومیت (لطفاً همه موارد مورد مصداق را علامت بزنید).

بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام  امریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا   
سفیدپوست/هند و اروپایی  آسیایی   
سایر  سیاهپوست/امریکایی آفریقایی   
ناشناخته  لاتین

4. محدوده سنی  18-25  26-35  36-45  46-55  56+

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