

نظرسنجی درباره COVID-19: داستان شما، آینده ما
 COVID-19 SPEAK: Your Story, Our Future

| متن سؤال/ پاسخ ها | Question Text / Responses |
|--|---------------------------|
| 1. چند سال دارید؟ <input type="checkbox"/> [بازه نامحدود اعداد] | |
| 2. هویت جنسی شما چیست؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> تراجنسیتی <input type="checkbox"/> غیر باینری <input type="checkbox"/> دو روح <input type="checkbox"/> جنسیت من: <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم | |
| 3. در کدام منطقه شهرداری (شهر، شهرستان، غیره) زندگی می کنید؟ | |
| 4. در کدام منطقه دیگر شهرداری (شهر، شهرستان، غیره) زندگی می کنید؟ <input type="checkbox"/> [متن آزاد] | |
| 5. در کدام جامعه فرست نیشن زندگی می کنید؟ <input type="checkbox"/> [متن آزاد] | |
| 6. کدپستی شما چیست؟ (مانند V1A 2B3) (به حروف بزرگ) | |

بخش 1: شناسایی موارد بالینی COVID-19 و موارد مرتبط مواجهه و در معرض قرارگیری
 Section 1: Identify COVID-19 Clinical Cases and Relevant Exposures

| متن سؤال/ پاسخ ها | Question Text / Responses |
|---|---------------------------|
| 7. از ژانویه 2020، آیا دچار ناخوشی همراه با علائم سرفه و/یا تب شده اید که جدید یا رو به بدتر شدن باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم | |
| 8. در دوران این ناخوشی، چه علائمی را تجربه کردید؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> سرفه جدید یا رو به بدتر شدن <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> درد عضلانی <input type="checkbox"/> پر بودن بینی / گرفتگی بینی <input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> دشواری تنفس / تنگی نفس <input type="checkbox"/> حالت تهوع <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> خستگی مفرط <input type="checkbox"/> از دست دادن حس بویایی یا چشایی | |

| |
|--|
| <p> <input type="checkbox"/> پریشانی <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> سایر؛ لطفاً مشخص کنید: _____ <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم </p> |
| <p>9. این علائم چه وقت آغاز شدند؟ اگر تاریخ دقیق را به خاطر نمی آورید، یک تاریخ حدودی وارد کنید. (سال/ماه/روز)</p> <p> <input type="checkbox"/> ثبت تاریخ </p> |
| <p>10. آیا در پاییز/زمستان گذشته، واکسن آنفولانزای فصلی دریافت کردید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم </p> |
| <p>11. آیا با فردی که COVID-19 مثبت بوده است تماس نزدیک داشته اید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم </p> |
| <p>12. آیا این فرد وقتی با او تماس داشتید، دچار علائم COVID-19 بود (مانند تب، سرفه، اسهال، دشواری تنفس)؟</p> <p> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم </p> |
| <p>13. آیا بعد از اینکه با این فرد تماس نزدیک داشتید، دچار علائم COVID-19 شدید (مانند تب، سرفه، اسهال، دشواری تنفس)؟</p> <p> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم </p> |
| <p>14. آیا از 1 ژانویه 2020 به خارج از بریتیش کلمبیا سفر کرده اید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم </p> |
| <p>15. از 1 ژانویه 2020 چند بار به خارج از بریتیش کلمبیا سفر کرده اید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> [عدد] </p> |
| <p>3 سوال بعدی برای هر باری که به خارج از بریتیش کلمبیا سفر کرده اید، تکرار می شود.</p> |
| <p>16. به کجا سفر کردید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> _____ (فهرست استان ها، ایالات، و کشورها) </p> |
| <p>17. به کدام استان یا قلمروی کانادا سفر کردید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> _____ </p> |
| <p>18. به کدام ایالت آمریکا سفر کردید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> _____ </p> |
| <p>19. در چه تاریخی بریتیش کلمبیا را ترک کردید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> ثبت تاریخ (سال/ماه/روز) </p> |
| <p>20. چه وقت به بریتیش کلمبیا بازگشتید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> ثبت تاریخ (سال/ماه/روز) </p> |
| <p>21. آیا از شاغلان در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستید (مانند پزشک، پرستار، بهیار، داروساز، دندانپزشک، غیره) یا از کارکنان سایر بخش های خدمات ضروری (مانند کارکنان خواربار فروشی، رانندگان ترانزیت، مامورین نیروهای انتظامی، نیروهای امدادی، مددکاران اجتماعی و غیره) که به صورت مستقیم به مردم یا بیماران خدمات رسانی می کنید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> بله، از شاغلان در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی <input type="checkbox"/> بله، از کارکنان خواربار فروشی <input type="checkbox"/> بله، راننده ترانزیت <input type="checkbox"/> بله، مامور نیروهای انتظامی/نیروهای امدادی <input type="checkbox"/> بله، سایر، لطفاً مشخص کنید: _____ <input type="checkbox"/> خیر </p> |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم |
| <p>22. در کدام مرکز (های) بهداشتی و درمانی، خدمات مراقبتی ارائه می دهید؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید</p> <input type="checkbox"/> مطب پزشک خانواده <input type="checkbox"/> کلینیک درمانی محلی/عمومی <input type="checkbox"/> مطب متخصص (مراقبت های غیربستری) <input type="checkbox"/> کلینیک دندانپزشکی <input type="checkbox"/> بخش اورژانس بیمارستان <input type="checkbox"/> واحد مراقبت های ویژه بیمارستان <input type="checkbox"/> سایر بخش های بیمارستان، لطفاً مشخص کنید: _____ <input type="checkbox"/> مراقبت طولانی مدت بیمارستانی <input type="checkbox"/> کلینیک مراقبت های اولیه فوری <input type="checkbox"/> مرکز مراقبت طولانی مدت <input type="checkbox"/> داروخانه <input type="checkbox"/> مرکز نگهداری و توان بخشی <input type="checkbox"/> سایر؛ لطفاً مشخص کنید: _____ |
| <p>23. آیا مورد آزمایش COVID-19 قرار گرفته اید؟</p> <input type="checkbox"/> بله- یک بار <input type="checkbox"/> بله- چند بار <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم |
| <p>24. چه وقت برای COVID-19 آزمایش دادید؟ (سال-روز-ماه) اگر تاریخ دقیق را به خاطر نمی آورید، یک تاریخ حدودی وارد کنید. اگر چندین بار آزمایش داده اید، تاریخ اولین آزمایش خود را وارد کنید. <input type="checkbox"/> تاریخ تنظیم</p> |
| <p>25. آیا تاکنون جواب آزمایش COVID-19 شما مثبت بوده است؟</p> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> منتظر دریافت نتایج هستم <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم |
| <p>26. چرا برای COVID-19 آزمایش داده اید؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید</p> <input type="checkbox"/> امکان مواجهه من با فردی که دچار COVID-19 است وجود داشته <input type="checkbox"/> من کارشناس بهداشت و درمان هستم <input type="checkbox"/> اخیراً به خارج از کانادا سفر کرده ام <input type="checkbox"/> با شماره 1-8-1 تماس گرفته ام و به من توصیه شد که آزمایش بدهم <input type="checkbox"/> من به وب سایت کلینیک آنلاین سازمان بهداشتی Northern Health مراجعه کردم و به من توصیه شد که آزمایش بدهم. <input type="checkbox"/> من از یک ابزار ارزیابی آنلاین علائم استفاده کردم و به من توصیه شد که آزمایش بدهم <input type="checkbox"/> من به پزشک خانواده خود مراجعه کردم و او به من توصیه کرد که آزمایش بدهم <input type="checkbox"/> دارای علائم بودم و به مرکز انجام آزمایش رفتم <input type="checkbox"/> در بیمارستان از من آزمایش گرفته شد <input type="checkbox"/> من تحت نظارت یک اپلیکیشن بررسی علائم بودم و برای انجام آزمایش ارجاع داده شدم <input type="checkbox"/> سایر؛ لطفاً مشخص کنید: _____ <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم |

بخش 2: جلوگیری از COVID-19
Section 2: COVID-19 Prevention

متن سؤال/ پاسخ ها Question Text / Responses

27. کدام یک از اقدامات زیر را برای کاهش احتمال ابتلا به COVID-19 انجام می دهید: همه موارد مرتبط را علامت بزنید

- تغییری در رفتار خود ایجاد نکرده ام
- شستن زود به زود دست ها به مدت 20 ثانیه
- خودداری از دست زدن به چشم ها، بینی و دهان خود با دستان نشسته
- استفاده از مواد ضدعفونی کننده برای تمیز کردن دست ها در صورتی که آب و صابون برای شستن دست ها موجود نباشد (مثل ژل یا فوم الکلی، مانند Purell)
- استفاده از مواد ضدعفونی کننده برای تمیز کردن زود به زود سطوح، اجسامی که در خانه لمس می شوند (مانند دستگیره در، یا شیر آب سینک)
- ماندن در خانه وقتی بیمار هستید یا وقتی سرماخوردگی دارید
- بیرون رفتن از خانه فقط برای کارهای ضروری (مانند رفتن به خواربار فروشی، داروخانه، راه بردن حیوان خانگی، ورزش)
- رعایت فاصله گذاری فیزیکی (حفظ فاصله حداقل 2 متری با دیگران) وقتی بیرون از خانه هستید
- خودداری از حضور در اجتماعات
- کار کردن از خانه
- استفاده از ماسکی که دهان و بینی را می پوشاند
- سایر؛ لطفاً مشخص کنید: _____
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

28. فکر می کنید کدام 3 مورد از اقدامات زیر، مهمترین اقدامات برای کاهش احتمال ابتلا به COVID-19 هستند؟

- شستن زود به زود دست ها به مدت 20 ثانیه
- خودداری از دست زدن به چشم ها، بینی و دهان خود با دستان نشسته
- استفاده از مواد ضدعفونی کننده برای تمیز کردن دست ها در صورتی که آب و صابون برای شستن دست ها موجود نباشد (مثل ژل یا فوم الکلی، مانند Purell)
- استفاده از مواد ضدعفونی کننده برای تمیز کردن زود به زود سطوح، اجسامی که در خانه لمس می شوند (مانند دستگیره در، یا شیر آب سینک)
- ماندن در خانه وقتی بیمار هستید یا وقتی سرماخوردگی دارید
- بیرون رفتن از خانه فقط برای کارهای ضروری (مانند رفتن به خواربار فروشی، داروخانه، راه بردن حیوان خانگی، ورزش)
- رعایت فاصله گذاری فیزیکی (حفظ فاصله حداقل 2 متری با دیگران) وقتی بیرون از خانه هستید
- خودداری از حضور در اجتماعات
- کار کردن از خانه
- استفاده از ماسکی که دهان و بینی را می پوشاند
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

29. آیا به هر یک از دلایل زیر، خانه را در 7 روز گذشته ترک کرده اید؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید

لطفاً سعی کنید در پاسخگویی تا حد ممکن صادق باشید. ما می خواهیم بدانیم که مواجهه ساکنین با روند فاصله گذاری فیزیکی به چه صورت بوده است. پاسخ های شما محرمانه باقی خواهند ماند.

| تعداد دفعات | دلیل |
|---|--|
| خیر، یک بار در هفته، 2 تا 3 بار در هفته، 4 تا 6 بار در هفته، هر روز (منوی بازشونده) | برای رفتن به بیمارستان/ پزشک/ دریافت درمان پزشکی، یا داروخانه |
| “ | برای مراقبت از افرادی که به من نیاز دارند، مانند فرزندان یا والدین |
| “ | چون از در خانه ماندن خسته شده اید/ حوصله تان سر رفته است |
| “ | برای تهیه غذا برای خودتان، خانواده، یا دوستان |
| “ | برای انجام فعالیت بدنی (پیاده روی، ورزش، پیاده روی سریع) |

| | | |
|--|---|--|
| | “ | برای ملاقات دوستان یا خانواده به صورت حضوری با فاصله بیش از 2 متری |
| | “ | برای رفتن به محل کار |

30. اطلاعات مربوط به بیماری عالم گیر COVID-19 را از کجا کسب می کنید؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید

روزنامه های محلی (مانند Vancouver Sun، the Province، Times Colonist)

روزنامه های کشوری یا بین المللی (مانند The Guardian، New York Times، Globe and Mail)

اخبار کانال های محلی تلویزیون (مانند Global، CTV)

اخبار کانال های کشوری یا بین المللی تلویزیون (مانند CNN، ABC، BBC، CBC)

اخبار رادیویی

آخرین اخبار از سوی مسئول بهداشت استان و وزیر بهداشت (مانند دکتر Bonnie Henry، وزیر Adrian Dix)

وب سایت سازمان بهداشت (مانند BCCDC، وب سایت سازمان محلی بهداشت، وزارت بهداشت، Health Link BC، سازمان بهداشت عمومی کانادا)

رسانه های اجتماعی (مانند Facebook، Instagram، Twitter)

دوستان یا خانواده

کارشناس بهداشت و درمان (مانند پزشک خانواده یا تلفن 1-8-1)

رادیو گفتگو

وبلاگ/ وب سایتهای نظرات عمومی

سایر؛ لطفاً مشخص کنید: _____

نمی دانم

ترجیح می دهم پاسخ ندهم

بخش 3: سلامت شما

Section 3: Your Health

متن سؤال/ پاسخ ها Question Text / Responses

31. به طور کلی، به نظرتان وضعیت سلامتی شما:

- عالی است
- خیلی خوب است
- خوب است
- متوسط است
- بد است

ترجیح می دهم پاسخ ندهم

32. در مقایسه با دوره پیش از بیماری عالم گیر ویروس کرونا، آیا بعضی از رفتارهای شما تغییر کرده است؟

| وضعیت | رفتار |
|---|--|
| به طور چشمگیری بیشتر، قدری بیشتر، بدون تغییر، قدری کمتری، به طور چشمگیری کمتر، هرگز، ترجیح می دهم پاسخ ندهم | پیاده روی، دویدن یا دوچرخه سواری برای سرگرمی |
| “ | پیاده روی، دویدن یا دوچرخه سواری برای رفت و آمد |
| “ | سایر ورزش ها یا فعالیت های بدنی (به غیر از پیاده روی، دویدن یا دوچرخه سواری) |
| “ | مصرف میوه و سبزیجات |
| “ | مصرف نوشیدنی های شیرین (نوشابه/نوشابه گازدار، نوشیدنی های انرژی زا یا ورزشی) |
| “ | خواب |
| “ | مصرف نوشابه های الکلی |
| “ | مصرف کاناбіس (مانند ماری جوانا) |
| “ | برقراری ارتباط با دوستان |
| “ | برقراری ارتباط با خانواده |
| “ | استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی (مانند اتوبوس، sea bus، sky train) |

33. آیا تاکنون یک پزشک، موارد زیر را برای شما تشخیص داده است؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید

- دیابت
- فشار خون بالا
- بیماری قلبی
- عارضه مزمن تنفسی (مانند آسم، بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD)، برونشیت مزمن یا آمفیزم)
- سرطان
- بیماری کبدی
- بیماری کلیوی
- نقص سیستم ایمنی
- اضافه وزن (BMI - شاخص توده بدنی بین 25 تا 29.9)
- چاقی مفرط (BMI - شاخص توده بدنی 30 یا بالاتر)
- سایر؛ لطفاً مشخص کنید:
- هیچ یک از موارد فوق
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

34. آیا دچار معلولیت طولانی مدت یا دائمی هستید؟ اگر پاسخ مثبت است، لطفاً نوع آن را مشخص کنید. همه موارد مرتبط را علامت بزنید

- دچار معلولیت نیستم
- بینایی
- شنوایی
- حرکتی (مانند سختی در راه رفتن)
- انعطاف پذیری (مانند سختی در خم شدن و برداشتن اجسام)
- مهارتی (مانند مشکل در استفاده از دست ها یا انگشتان)
- مرتبط با درد
- یادگیری (مانند مشکلات در تمرکز و توجه)
- رشدی (مانند اوتیسم)
- مرتبط با سلامت روانی (مانند اختلال اضطرابی)
- حافظه (مانند پریشانی و اختلال حواس مکرر)
- سایر؛ لطفاً مشخص کنید _____
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

| |
|--|
| <p>35. آیا در حال حاضر باردار هستید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> مرتبط نیست</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |
| <p>36. کدام یک از موارد زیر به بهترین شکل وضعیت مصرف سیگار یا ویپ شما را توصیف می کند؟</p> <p><input type="checkbox"/> من هرگز سیگار/ویپ نکشیده ام</p> <p><input type="checkbox"/> من هر روز سیگار/ویپ می کشم</p> <p><input type="checkbox"/> من گاهی سیگار/ویپ می کشم</p> <p><input type="checkbox"/> من دیگر سیگار/ویپ نمی کشم، اما قبلاً هر روز سیگار/ویپ می کشیدم</p> <p><input type="checkbox"/> من دیگر سیگار/ویپ نمی کشم، اما قبلاً گاهی سیگار/ویپ می کشیدم</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |

بخش 4: سلامت روانی شما

Section 4: Your Mental Health

متن سوال/ پاسخ ها Question Text / Responses

37. به طور کلی، به نظر تان وضعیت سلامت روانی شما:

- عالی است
- خیلی خوب است
- خوب است
- متوسط است
- بد است
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

38. در مقایسه با دوره پیش از بیماری عالم گیر ویروس کرونا، هم اکنون به وضعیت سلامت روانی خود چه رتبه ای می دهید (از نظر داشتن احساس اضطراب، افسردگی یا تحریک پذیری)؟

- خیلی بهتر
- کمی بهتر
- تقریباً بدون تغییر
- کمی بدتر
- خیلی بدتر
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

39. وقتی به میزان استرس موجود در زندگی تان فکر می کنید، به نظر تان از زمان بیماری عالم گیر ویروس کرونا، اکثر روزها:

- خیلی زیاد استرس زا بوده اند
- کمی استرس زا بوده اند
- قدری استرس زا بوده اند
- کاملاً استرس زا بوده اند
- به شدت استرس زا بوده اند
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

40. چقدر نگران هر یک از این تاثیرات COVID-19 هستید؟

| | |
|--|--|
| سلامت خودم | اصلاً نگران نیستم، قدری نگران هستم، خیلی نگران هستم، به شدت نگران هستم، ترجیح می دهم پاسخ ندهم |
| سلامت اعضای آسیب پذیر خانواده (مانند اعضای سالمند خانواده، افراد مبتلا به بیماری های مزمن) | “ |
| تحمیل بار زیاد بر سیستم بهداشت و درمان | “ |
| تاثیر بر کسب و کارها/ اقتصاد محلی | “ |
| استرس خانوادگی بر اثر محدودیت از دست دادن برنامه روتین، اختلال در زندگی روزانه | “ |
| عدم قطعیت و ابهام درباره آینده | “ |
| دسترسی به کالاهای اساسی مورد نیازم (مثلاً کمبود کالا، تعطیل بودن فروشگاه ها، تاخیر در ترابری، صف های طولانی) | “ |
| خشونت در خانه | “ |

لطفاً وضعیت خود را بر اساس مقیاس های زیر مشخص کنید (سؤال با ابزار اسلاید)

41. ویروس کرونای جدید باعث شده من احساس های زیر را داشته باشم...

a. نزدیکی

دور از خودم..... نزدیک به خودم

b. انتشار

انتشار با سرعت کم..... انتشار سریع

c. مشغله فکری

چیزی که تقریباً هرگز درباره اش فکر نمی کنم چیزی که همیشه به آن فکر می کنم

d. رسانه ها

تحت تاثیر بزرگ نمایی رسانه ای نیستم تحت تاثیر بزرگ نمایی رسانه ای هستم

f. کنترل

چیزی که می توانم با اعمال خودم با آن مقابله کنم چیزی که باعث می شود احساس ناتوانی کنم

42. احساس تعلق به جامعه محلی خود را چگونه توصیف می کنید؟

خیلی قوی

تقریباً قوی

تقریباً ضعیف

خیلی ضعیف

نمی دانم

ترجیح می دهم پاسخ ندهم

43. آیا از روش های زیر برای برقراری ارتباط با خانواده، دوستان یا سایر گروه های اجتماعی خارج از خانواده خود، بیشتر استفاده کرده اید؟

همه موارد مرتبط را علامت بزنید

تلفن/پیام

ایمیل

تماس یا کنفرانس تصویری (مانند FaceTime، Zoom، Microsoft Teams، Skype، غیره)

رسانه های اجتماعی

مکالمه از فاصله 2 متری یا بیشتر

سایر؛ لطفاً مشخص کنید: _____

ترجیح می دهم پاسخ ندهم

بخش 5: مراقبت از شما
Section 5: Your care

| متن سؤال/ پاسخ ها / Question Text / Responses |
|---|
| <p>44. از زمان آغاز بیماری عالم گیر ویروس کرونا، آیا شما مشکلی در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی تجربه کرده اید که باید از پزشک، پرستار، تامین کننده خدمات بهداشتی مرسوم و متعارف یا سایر متخصصان بخش درمان و مراقبت پزشکی دریافت می کردید؟</p> <p>به خدمات مراقبتی نیازی نداشته ام <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نمی دانم <input type="checkbox"/></p> <p>ترجیح می دهم پاسخ ندهم <input type="checkbox"/></p> |
| <p>45. در دسترسی به چه نوع خدمات مراقبتی دچار مشکل شده اید؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید</p> <p>پزشک خانواده <input type="checkbox"/></p> <p>جراحی برنامه ریزی شده <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات تشخیصی (تصویربرداری، آندوسکوپی، آنژیوگرافی، آزمایشگاه، غیره) <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات مراقبتی اورژانس یا فوری <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات مراقبتی پیشگیرانه (مانند واکسیناسیون/تزریق) <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات مراقبتی تخصصی (مانند متخصص پوست، متخصص بینایی سنجی، متخصص زایمان، متخصص مشکلات پا) <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات مراقبت مکمل (مانند فیزیوتراپی، ماساژ درمانی، متخصص تغذیه، متخصص کایروپراکتیک) <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات مراقبت دهان و دندان <input type="checkbox"/></p> <p>مشاوره <input type="checkbox"/></p> <p>سلامت/ درمان سنتی <input type="checkbox"/></p> <p>سایر؛ لطفاً مشخص کنید: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>نمی دانم <input type="checkbox"/></p> <p>ترجیح می دهم پاسخ ندهم <input type="checkbox"/></p> |
| <p>46. از زمان آغاز بیماری عالم گیر ویروس کرونا، آیا شما از دریافت خدمات بهداشتی و درمانی اجتناب کرده اید که در غیر این صورت باید از پزشک، پرستار، تامین کننده خدمات بهداشتی مرسوم و متعارف یا سایر متخصصان بخش درمان و مراقبت پزشکی دریافت می کردید؟</p> <p>به خدمات مراقبتی نیازی نداشته ام <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نمی دانم <input type="checkbox"/></p> <p>ترجیح می دهم پاسخ ندهم <input type="checkbox"/></p> |
| <p>47. از دسترسی به چه نوع خدمات مراقبتی اجتناب کرده اید؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید</p> <p>پزشک خانواده <input type="checkbox"/></p> <p>جراحی برنامه ریزی شده <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات تشخیصی (تصویربرداری، آندوسکوپی، آنژیوگرافی، آزمایشگاه، غیره) <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات مراقبتی پیشگیرانه (مانند واکسیناسیون/تزریق) <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات مراقبتی اورژانس یا فوری <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات مراقبتی تخصصی (مانند متخصص پوست، متخصص بینایی سنجی، متخصص زایمان، متخصص مشکلات پا) <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات مراقبت مکمل (مانند فیزیوتراپی، ماساژ درمانی، متخصص تغذیه، متخصص کایروپراکتیک) <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات مراقبت دهان و دندان <input type="checkbox"/></p> <p>مشاوره <input type="checkbox"/></p> <p>سلامت/ درمان سنتی <input type="checkbox"/></p> <p>سایر؛ لطفاً مشخص کنید: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>نمی دانم <input type="checkbox"/></p> <p>ترجیح می دهم پاسخ ندهم <input type="checkbox"/></p> |

48. تصور می کنید سختی در دسترسی یا اجتناب از دسترسی به این خدمات مراقبتی مورد نیازتان، چه تاثیری بر سلامتی شما گذاشته است؟

- به طور چشمگیری وضع سلامت من را بدتر کرده است
- وضع سلامت من را قدری بدتر کرده است
- احتمالاً تاثیری بر وضع سلامت من نداشته است
- نمی دانم چطور بر وضع سلامت تاثیر گذاشته است
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

لطفاً میزان موافقت خود را مشخص کنید:

49. اگر دستورالعمل روشنی درباره نحوه برقراری ارتباط در اختیار من قرار بگیرد، علاقه مند هستم به صورت از راه دور با یک تامین کننده خدمات بهداشتی و درمانی ارتباط برقرار کنم، مثلاً به صورت مجازی از طریق تماس تصویری یا تماس تلفنی (در صورت مناسب بودن).

- بسیار موافق
- قدری موافق
- نظری ندارم
- قدری مخالف
- بسیار مخالف
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

بخش 7: برداشت شما

Section 7: Your Perception

متن سؤال / پاسخ ها Question Text / Responses

50. آیا تصور می کنید که واکنش سازمان بهداشت عمومی به بیماری عالم گیر فعلی ویروس کرونا در بریتیش کلمبیا مناسب است، خیلی افراطی است، یا کافی نیست؟ (به طور مثال، توصیه به فاصله گذاری فیزیکی، قرنطینه اجباری برای مسافران بازگشته، تعطیلی رستوران ها و بارها، ممنوعیت اجتماعات بالای 50 نفری)

- بسیار افراطی
- تقریباً بسیار افراطی
- مناسب
- قدری ناکافی
- کاملاً ناکافی
- نمی دانم
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

51. فکر می کنید عملکرد شما در رعایت توصیه های مربوط به فاصله گذاری اجتماعی چطور است؟

- خیلی خوب
- تقریباً خوب
- نظری ندارم
- قدری ضعیف
- خیلی ضعیف
- نمی دانم
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

52. فکر می کنید عملکرد عموم مردم در رعایت توصیه های مربوط به فاصله گذاری اجتماعی چطور است؟

- خیلی خوب
- تقریباً خوب
- نظری ندارم
- قدری ضعیف
- خیلی ضعیف
- نمی دانم
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

53. به نظر شما، اقدامات مربوط به فاصله گذاری فیزیکی تا چه حد در کاهش انتشار ویروس کرونا موثر بوده است؟

- اصلاً موثر نبوده
- موثر نبوده
- نه موثر، نه غیر موثر
- موثر
- خیلی موثر
- نمی دانم
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

54. آیا به یک کسب و کار که ضروری تلقی نمی شود سر می زنید/مشتري آنها می شوید اگر بدانید که اقدامات خوبی صورت داده اند، مانند فضا سازی برای رعایت فاصله گذاری فیزیکی و ضد عفونی کردن مداوم سطوح؟

- برای سر زدن راحت هستم
- برای سر زدن تقریباً راحت هستم
- برای سر زدن نه راحت و نه ناراحت هستم
- برای سر زدن تقریباً ناراحت هستم
- برای سر زدن کاملاً ناراحت هستم
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

بعضی از کشورها اپلیکیشن هایی برای گوشی های هوشمند در نظر گرفته اند که از طریق آن مکانی که فرد در آنجا بوده و افرادی که با آنها در تماس بوده را ثبت می کنند. اگر فردی COVID-19 مثبت شود، می تواند انتخاب کند که این اطلاعات را در اختیار سازمان بهداشت عمومی قرار دهد تا آنها بتوانند به منظور به حداقل رساندن انتشار بیماری، افرادی که با وی در تماس بوده اند و مکان هایی که به آنها سفر کرده اند را ردگیری کنند. اگر مردم به تعداد کافی از این نوع تکنولوژی استفاده کنند:

- (1) این کار می تواند به محافظت از جامعه محلی شما کمک کند
- (2) این کار ممکن است باعث شود تا اقدامات بهداشت عمومی سبک تر شده یا سریع تر و بطور فکر شده تر از میان برداشته شوند، و
- (3) اگر در معرض COVID-19 قرار گرفته باشید، موضوع بطور سریع به شما اطلاع داده خواهد شد.

55. آیا مایل هستید از خدمات موقعیت-محور روی گوشی هوشمند خود برای پشتیبانی از ردگیری تماس و کمک به کاهش انتقال COVID-19 استفاده کنید؟

- بله
- شاید
- خیر
- نمی دانم
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

بخش 8: خانوار شما

Section 8: Your Household

متن سؤال/ پاسخ ها / Question Text / Responses

56. در چه نوع خانه ای زندگی می کنید؟

- خانه دیتچد تکی
- خانه سمی دیتچد (دوتایی) یا دوبلکس
- تاون هاوس (روو یا تراس)
- سوئیت بیسمنت
- لین وی هاوس

آپارتمان یا کاندو
 آسایشگاه های مسکونی یا مراکز مراقبت طولانی مدت
 خانه سیار
 خوابگاه
 شلتر/هاستل
 هتل تک اتاقی
 مسکن حمایتی
 من خانه دائمی ندارم
 سایر
 ترجیح می دهم پاسخ ندهم

57. آیا به تنهایی زندگی می کنید؟

بله
 خیر
 ترجیح می دهم پاسخ ندهم

58. لطفاً تعداد نفرات هر یک از بازه های سنی که در خانوار شما زندگی می کنند، شامل خودتان، را مشخص کنید.

| دسته بندی سنی | تعداد افراد | تعداد افرادی که از تاریخ 1 ژانویه 2020، بیمار بوده اند و علائم داشته اند، مانند تب و/یا سرفه جدید یا رو به بدتر شدن |
|---------------------|-------------|---|
| کمتر از 1 سال سن | | |
| بین 1 تا 4 سال سن | | |
| بین 5 تا 12 سال سن | | |
| بین 13 تا 17 سال سن | | |
| بین 18 تا 39 سال سن | | |
| بین 40 تا 64 سال سن | | |
| بین 65 تا 79 سال سن | | |
| 80 سال سن یا بالاتر | | |

59. برای جلوگیری از انتشار COVID-19، از افرادی که بیمار هستند خواسته می شود تا با ماندن در خانه و خودداری از تماس با دیگران، به قرنطینه شخصی بروند. این شامل ماندن و خوابیدن در اتاقی جداگانه، استفاده از سرویس بهداشتی مجزا، و حفظ فاصله حداقل 2 متری از دیگران است.

آیا شما جایی دارید که بتوانید در آن به قرنطینه شخصی بروید؟

بله- من می توانم در خانه خود، خودم را از اعضای خانوار جدا کنم
 بله- من یا اعضای خانوار من می توانیم نزد فرد دیگری بمانیم
 خیر- من خانه دائمی ندارم
 خیر- من نمی توانم خودم را از اعضای خانوارم جدا کنم
 ترجیح می دهم پاسخ ندهم

بخش 9: فرزندان شما
Section 9: Your Children

متن سؤال/ پاسخ ها Question Text / Responses

60. از زمان آغاز بیماری عالم گیر ویروس کرونا، آیا خدمات مراقبت از کودک را برای فرزندان بین 1 تا 4 ساله خود از دست داده اید؟

- بله، مرکز مراقبت از کودک تعطیل شد
- بله، تصمیم گرفتم که فرزندم را از مرکز خارج کنم
- خیر
- من از خدمات مراقبت از کودک بیرون از منزل استفاده نمی کنم
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

61. با تعطیلی مدارس برای آموزش حضوری، این امر چه تاثیری بر فرزندان مدرسه ای شما یا یادگیری فرزندان شما داشته است؟

- به طور چشمگیری به یادگیری آنها آسیب رسانده است
- به یادگیری آنها قدری آسیب رسانده است
- تغییری در یادگیری آنها ایجاد نکرده است
- یادگیری آنها را قدری ارتقا داده است
- به طور چشمگیری یادگیری آنها را ارتقا داده است
- فرزندان مدرسه ای من هنوز به مدرسه می روند
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

62. با تعطیلی مدارس برای آموزش حضوری، این امر چه تاثیری بر آسایش فرزند یا فرزندان مدرسه ای شما داشته است؟

| | |
|--------------------------------|--|
| فعالیت بدنی | به طور چشمگیری بیشتر، قدری بیشتر، بدون تغییر، قدری کمتر، به طور چشمگیری کمتر، هرگز |
| استرس | “ |
| مدت استفاده از وسایل الکترونیک | “ |
| مصرف میوه و سبزیجات | “ |
| مصرف نوشیدنی های شیرین | “ |
| برقراری ارتباط با دوستان | “ |
| برقراری ارتباط با خانواده | “ |

بخش 10: شرایط شما

Section 10: Your Circumstances

متن سؤال/ پاسخ ها Question Text / Responses

63. آیا در حال حاضر کار می کنید؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید

- بله- به اداره/ محل کار می روم
- بله- از راه دور
- بله- با ساعات کاهش یافته به خاطر COVID-19
- بله- با ساعات افزایش یافته به خاطر COVID-19
- خیر- به خاطر COVID-19 (تعدیل شده، تعطیلی کسب و کارها، سیاست شرکت، غیره)
- خیر- دلایل دیگر (مانند دانش آموز یا دانشجو، بیکار، بازنشسته)
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

64. بیماری عالم گیر ویروس کرونا چطور بر کار شما تاثیر گذاشته است (مثلاً، بر بازدهی کاری، استرس، از نظر مالی، فرزندان که در خانه هستند و غیره)؟

- به طور چشمگیری به کار من آسیب رسانده است
- قدری به کار من آسیب رسانده است
- تغییری در کار من ایجاد نکرده است
- کار من را قدری ارتقا داده است

| |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> به طور چشمگیری کار من را ارتقا داده است</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |
| <p>65. از زمان آغاز بیماری عالم گیر ویروس کرونا، تامین نیازهای مالی برای شما و خانواده تان چطور بوده است؟</p> <p><input type="checkbox"/> بسیار سخت تر</p> <p><input type="checkbox"/> قدری سخت تر</p> <p><input type="checkbox"/> نه سخت تر و نه ساده تر</p> <p><input type="checkbox"/> قدری ساده تر</p> <p><input type="checkbox"/> خیلی ساده تر</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |
| <p>66. اگر برنامه واکنش فعلی سازمان بهداشت عمومی به بیماری عالم گیر ویروس کرونا تا چند ماه آینده تغییر نکند، چه اتفاقی برای وضعیت مالی شما خواهد افتاد؟</p> <p>(به طور مثال، توصیه به فاصله گذاری فیزیکی، قرنطینه اجباری برای مسافران بازگشته، تعطیلی رستوران ها و بارها، ممنوعیت اجتماعات بالای 50 نفری)</p> <p><input type="checkbox"/> به طور چشمگیری بدتر</p> <p><input type="checkbox"/> قدری بدتر</p> <p><input type="checkbox"/> بدون تغییر</p> <p><input type="checkbox"/> قدری بهتر</p> <p><input type="checkbox"/> به طور چشمگیری بهتر</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |
| <p>67. لطفاً مشخص کنید که آیا گفته زیر، از زمان آغاز بیماری عالم گیر COVID-19، اغلب درست است، گاهی درست است، یا هرگز درست نیست. نگران هستید که مواد غذایی تمام شوند، پیش از اینکه پول کافی برای خرید مجدد آنها داشته باشید.</p> <p><input type="checkbox"/> اغلب درست</p> <p><input type="checkbox"/> گاهی درست</p> <p><input type="checkbox"/> هرگز درست نیست</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |
| <p>68. چقدر احتمال دارد که طی 6 ماه آینده نیاز به جا به جایی از محل سکونت خود را داشته باشید چون نمی توانید از پس هزینه خانه فعلی خود بر بیابید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بسیار محتمل</p> <p><input type="checkbox"/> محتمل</p> <p><input type="checkbox"/> نه محتمل و نه غیرمحتمل</p> <p><input type="checkbox"/> غیرمحتمل</p> <p><input type="checkbox"/> بسیار غیرمحتمل</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |
| <p>69. آیا برای دریافت هر یک از خدمات کمکی مالی زیر درخواست کرده اید؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید</p> <p><input type="checkbox"/> من به خدمات کمک مالی نیازی پیدا نکرده ام</p> <p><input type="checkbox"/> تعویق وام مسکن</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه بیکاری</p> <p><input type="checkbox"/> تعویق پرداخت کارت اعتباری</p> <p><input type="checkbox"/> کاهش سود کارت اعتباری</p> <p><input type="checkbox"/> سوبسید اضطراری دستمزد کانادا برای صاحبان کسب و کار</p> <p><input type="checkbox"/> مزایای واکنش اضطراری کانادا برای کارمندان و کارگران واجد شرایطی که درآمد خود را از دست داده اند</p> <p><input type="checkbox"/> سایر؛ لطفاً مشخص کنید: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |

بخش 11: شغل شما
Section 11: Your Occupation

| متن سؤال/ پاسخ ها / Question Text / Responses | |
|---|--|
| 70. در ماه مارس 2020، آخرین شغل یا زمینه ای که در آن مشغول کار بوده اید کدام است؟ | <input type="checkbox"/> من کار نمی کنم، بازنشسته هستم، یا کار بدون حقوق انجام می دهم <input type="checkbox"/> خدمات پذیرایی و مواد غذایی <input type="checkbox"/> اجرایی و پشتیبانی، مدیریت پسماند، و خدمات رفع آلودگی از محیط زیست <input type="checkbox"/> کشاورزی، جنگلداری، ماهیگیری و شکار <input type="checkbox"/> هنر، سرگرمی و تفریح <input type="checkbox"/> ساخت و ساز <input type="checkbox"/> خدمات آموزشی <input type="checkbox"/> مالی و بیمه <input type="checkbox"/> خدمات بهداشتی و درمانی <input type="checkbox"/> اطلاع رسانی و فرهنگی <input type="checkbox"/> مدیریت شرکت ها و تشکیلات اقتصادی <input type="checkbox"/> تولید <input type="checkbox"/> معدن، معدن سنگ، و استخراج نفت و گاز <input type="checkbox"/> خدمات تخصصی، علمی و فنی <input type="checkbox"/> اجرایی دولتی (دولت محلی، استانی، یا فدرال) <input type="checkbox"/> املاک و مستغلات و اجاره و اجاره داری <input type="checkbox"/> خرده فروشی <input type="checkbox"/> کمک اجتماعی <input type="checkbox"/> حمل و نقل و انبارداری <input type="checkbox"/> خدمات شهری <input type="checkbox"/> عمده فروشی <input type="checkbox"/> سایر خدمات (به غیر از خدمات اجرایی دولتی)؛ لطفاً مشخص کنید: <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم |
| 71. در شغل شما، هر چند وقت یک بار باید با مردم، به غیر از همکاران، تماس مستقیم داشته باشید؟ | <input type="checkbox"/> همیشه <input type="checkbox"/> تقریباً همیشه <input type="checkbox"/> بعضی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هیچ وقت <input type="checkbox"/> نمی دانم |
| 72. محیط کاری شما چقدر اجازه رعایت فاصله گذاری فیزیکی را می دهد (مثلاً امکان کار از راه دور، دفاتر جداگانه، جلسات مجازی، غیره)؟ | <input type="checkbox"/> همیشه <input type="checkbox"/> تقریباً همیشه <input type="checkbox"/> بعضی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هیچ وقت <input type="checkbox"/> نمی دانم |

73. آیا وقتی بیمار هستید، می توانید در خانه بمانید و سر کار نروید؟

- بله
- خیر - من مزایای مرخصی استعلاجی ندارم
- خیر - فرهنگ سازمانی اجازه نمی دهد وقتی بیمار هستم در خانه بمانم
- خیر - احساس عذاب وجدان زیادی دارم
- خیر - فکر نمی کنم که امنیت شغلی داشته باشم
- خیر - فرد دیگری نمی تواند کار من را انجام دهد
- خیر - سایر؛ لطفاً مشخص کنید:
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

بخش 12: ویژگی های جمعیت شناسی اجتماعی شما Section 12: Your Socio-demographics

متن سؤال/ پاسخ ها Question Text / Responses

74. آیا می توانید درآمد خانوار خود حاصل از همه منابع را برای سال تقویمی (مالیاتی) گذشته، پیش از مالیات و کسورات تخمین بزنید؟
خانوار به همه اعضای خانواده (دارای نسبت) ساکن در خانه شما اطلاق می شود (به غیر از هم اتاقی ها). اگر تنها زندگی می کنید، درآمد شخصی خود را وارد کنید.

- کمتر از 20000 دلار
- 20000 دلار تا 39999 دلار
- 40000 دلار تا 59999 دلار
- 60000 دلار تا 79999 دلار
- 80000 دلار تا 99999 دلار
- 100000 دلار تا 119999 دلار
- 120000 دلار تا 139999 دلار
- 140000 دلار تا 159999 دلار
- 160000 دلار تا 179999 دلار
- 180000 دلار تا 199999 دلار
- 200000 دلار به بالا
- نمی دانم
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

75. آیا در کانادا متولد شده اید؟

- بله
- خیر
- نمی دانم
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

76. چه مدت در کانادا بوده اید؟

- کمتر از 1 سال
- 1 تا 2 سال
- 3 تا 5 سال
- 6 تا 10 سال
- 10 سال یا بیشتر
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

| |
|---|
| <p>77. خودتان را از چه گروهی می دانید (همه موارد مرتبط را علامت بزنید)</p> <p><input type="checkbox"/> فرست نیشن</p> <p><input type="checkbox"/> متیس</p> <p><input type="checkbox"/> اینوئیت</p> <p><input type="checkbox"/> سفیدپوست (اروپایی تبار)</p> <p><input type="checkbox"/> چینی</p> <p><input type="checkbox"/> آسیای جنوبی (مانند اهل هند شرقی، پاکستان، سری لانکا)</p> <p><input type="checkbox"/> سیاه پوست (آفریقایی یا کارائیبی)</p> <p><input type="checkbox"/> فیلیپینی</p> <p><input type="checkbox"/> آمریکایی لاتین تبار / هسپانیک</p> <p><input type="checkbox"/> آسیای جنوب شرقی (مانند اهل ویتنام، کامبوج، مالزی، لائوس)</p> <p><input type="checkbox"/> عرب</p> <p><input type="checkbox"/> آسیای غربی (مانند ایران، افغانستان)</p> <p><input type="checkbox"/> کره ای</p> <p><input type="checkbox"/> ژاپنی</p> <p><input type="checkbox"/> سایر؛ لطفاً مشخص کنید: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |
| <p>78. آیا در یک ریزرو زندگی می کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله، تمام وقت</p> <p><input type="checkbox"/> بله، نیمه وقت/ فصلی</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |
| <p>79. آیا از فرست نیشن های ثبت شده هستید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |
| <p>80. بالاترین رده تحصیلی که به پایان رسانده اید چیست؟</p> <p><input type="checkbox"/> پایین تر از دیپلم دبیرستان</p> <p><input type="checkbox"/> دیپلم دبیرستان</p> <p><input type="checkbox"/> دیپلم فنی و حرفه ای از هنرستان یا دوره کارآموزی</p> <p><input type="checkbox"/> مدرک یا دیپلم غیردانشگاهی از یک کالج محلی، CEGEP یا مدرسه پرستاری</p> <p><input type="checkbox"/> مدرک دانشگاهی پایین تر از لیسانس</p> <p><input type="checkbox"/> مدرک لیسانس</p> <p><input type="checkbox"/> مدرک تحصیلات عالی (مانند فوق لیسانس یا دکترا)</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم</p> |

بخش 13: آنچه تغییر کرده

Section 13: What Changed

| متن سؤال/ پاسخ ها | Question Text / Responses |
|---|---------------------------|
| 81. از زمان آغاز بیماری عالم گیر ویروس کرونا، برای شما <u>چه چیزی بهتر شده است</u> ؟ (1 یا 2 مورد را در صورت وجود فهرست کنید) [متن آزاد] | |
| 82. از زمان آغاز بیماری عالم گیر ویروس کرونا، برای شما <u>چه چیزی بدتر شده است</u> ؟ (1 یا 2 مورد را در صورت وجود فهرست کنید) [متن آزاد] | |

بخش 14: کمک شما
Section 14: Your Help

متن سوال/ پاسخ ها Question Text / Responses

دو روش دیگر وجود دارد که از طریق آنها می توانید به سازمان بهداشت عمومی در بریتیش کلمبیا برای واکنش و مقابله با بیماری عالم گیر COVID-19 کمک کنید.

1) ارزیابی ایمنی جمعی: COVID-19

با ارائه نمونه خون در یک آزمایشگاه غیربستری، می توانید متوجه شوید که آیا در معرض ویروس جدید کرونای 2019 قرار گرفته اید یا خیر. این اطلاعات به ما امکان می دهد تخمین بزنیم چه تعداد از مردم بریتیش کلمبیا در معرض قرار گرفته اند.

2) شبکه هشدار زودهنگام: COVID-19

با ارائه دوره ای اطلاعات درباره هرگونه علائمی که ممکن است داشته باشید، ما می توانیم سریع تر و دقیق تر نواحی تحت تاثیر COVID-19 در این استان را شناسایی کنیم. این کار به سازمان بهداشت عمومی اجازه خواهد داد تا با در نظر داشتن اهدافی شامل کمک به افراد تحت تاثیر بیماری، کنترل انتشار بیماری و به حداقل رساندن تاثیرات بیماری در زندگی روزانه، به سرعت در برابر موج های آتی شیوع بیماری واکنش نشان دهد.

شما می توانید تمایل خود به شرکت کردن در هر یک از این طرح ها را در زیر اعلام کنید و ما برای ارائه اطلاعات بیشتری درباره برنامه و نحوه انجام کار با شما تماس خواهیم گرفت.

83. آیا مایل هستید در ارزیابی ایمنی جمعی COVID-19 شرکت کنید؟

بله

خیر

84. آیا مایل هستید در شبکه هشدار زودهنگام COVID-19 شرکت کنید؟

بله

خیر

رضایت و تمایل شما برای حمایت فعال از برنامه واکنش بریتیش کلمبیا به COVID-19 بسیار قابل تقدیر است.

85. لطفاً آدرس ایمیل، شماره تلفن و شماره شخصی بیمه درمانی (PHN) خود را در قسمت زیر بنویسید.

از PHN شما برای پیش تکمیل درخواست آزمایش، شناسایی نتیجه نمونه خون، و کمک به تحلیل هدفمند در سطح جمعی جهت پشتیبانی از واکنش به COVID-19 استفاده خواهد شد. روال های سختگیرانه حریم خصوصی برای محافظت از هویت شما وجود دارند و همه نتایج در سطح جمعی تحلیل خواهند شد (و نه هرگز در سطح فردی). از آدرس ایمیل و شماره تلفن تان برای پیگیری تمایل شما در ارتباط با مشارکت در سایر برنامه ها استفاده خواهد شد.

PHN، آدرس ایمیل و شماره تلفن شما با رعایت نکات امنیتی و جدا از پاسخ تان به نظرسنجی نگهداری خواهند شد.

شما می توانید PHN خود را به صورت یک شماره 10 رقمی روی کارت بهداشت خود یا شماره 10 رقمی موجود روی گواهینامه رانندگی یا کارت سرویس بریتیش کلمبیا خود مشاهده کنید.

ایمیل (با حروف کوچک) _____

تلفن _____

PHN (10 رقم، بدون فاصله) _____

Thank you for helping British Columbia combat COVID-19!

از اینکه در مقابله با COVID-19 به بریتیش کلمبیا کمک می کنید از شما سپاسگزاریم!