치료에 대한 인식 관련 설문조사 (성인용)

Print PDF as needed. 2023
Do not photocopy!

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**

- **이 프로그램에서 당신이 경험한 것에 관한 아래의 질문들에 응답해 주세요. 당신의 응답은 서비스를 향상 시키는데 도움이 될 것 입니다. 당신이 경험하지 않은 것에 관한 질문일 경우에는 "해당 사항 없음"을 골라주세요.**
- 해당하는 동그라미를 완전히 채워주세요 바른 표기: ● 잘못된 표기: ⊙ ⊗ ✓

		전적으로 동의함	동의함	중립적임	동의하지 않음	전혀 동의하지 않음	해당사항 없음
1.	편리한 장소에 있다(대중 교통, 거리, 주차 등).	○	○	○	○	○	○
2.	필요한 때에 서비스를 받을 수 있었다.	○	○	○	○	○	○
3.	의료제공자의 도움을 받아 치료 목표를 선택했다.	○	○	○	○	○	○
4.	치료 과정 동안 의료진은 나에게 충분한 시간을 할애했다.	○	○	○	○	○	○
5.	직원들은 나를 존중해주었다.	○	○	○	○	○	○
6.	직원들은 내가 이해할 수 있는 방식으로 얘기했다.	○	○	○	○	○	○
7.	직원들은 나의 문화적 배경에 대한 배려심을 보였다 (인종, 종교, 언어 등).	○	○	○	○	○	○
8.	이곳에서 환영받는 느낌을 받았다.	○	○	○	○	○	○
9.	내가 받는 서비스의 직접적인 결과로서, 내가 하고 싶은 것을 더 잘 할 수 있게 되었다.	○	○	○	○	○	○
10.	내가 받는 서비스의 직접적인 결과로, 나는 약물 또는 알코올을 덜 열망하게 되었습니다.	○	○	○	○	○	○
11.	이곳의 직원들은 나의 건강을 위해 나의 신체적 건강을 돌보는 의료제공자들과 함께 일한다	○	○	○	○	○	○
12.	이곳의 직원들은 나의 건강을 위해 나의 정신적 건강을 돌보는 의료제공자들과 함께 일한다.	○	○	○	○	○	○
13.	이곳의 직원들은 필요한 경우 다른 서비스(사회 서비스, 주거, 기타)에 연결하는 데 나에게 도움이 되었다.	○	○	○	○	○	○
14.	제공 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.	○	○	○	○	○	○
15.	내게 필요했던 모든 도움/서비스를 받을 수 있었다.	○	○	○	○	○	○
16.	이 기관을 친구나 친지에게 추천하겠다.	○	○	○	○	○	○

17. 귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 (전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)이 차지하는 비중은 어느 정도 입니까?
    ○ 전혀 없다 ○ 아주 약간 ○ 절반 정도 ○ 거의 대부분 ○ 전부

18. 전통적인 직접 방문에 비해 귀하의 원격 진료 방문은 얼마나 도움이 되었습니까?
    ○ 훨씬 좋았음 ○ 약간 좋았음 ○ 거의 비슷했음 ○ 약간 나빴음 ○ 해당사항 없음

19. **귀하의 의견이나 생각을 말씀해 주십시오. 저희 프로그램 중에서 가장 도움이 많이 된 점은 무엇입니까? 개선의 여지가 있는 부분은 어떻게 바뀌면 좋겠습니까?**

    본인의 이름이나 연락처 등 귀하의 개인적 인적사항은 공개하지 마십시오.

귀하 자신에 대해 몇 가지 말씀해 주십시오.

20. 귀하의 성별은 무엇입니까(해당하는 모든 것을 선택하십시오)?
    ○ 남성
    ○ 여성
    ○ 어느 것도 아님(남성도 여성도 아님)
    ○ 또 하나의 성 정체성
    ○ 트랜스젠더: 여성에서 남성으로
    ○ 트랜스젠더: 남성에서 여성으로

21. 귀하는 스스로를 어떻다고 생각하십니까 (해당하는 모든 것을 선택하세요):
    ○ 스트레이트/이성애자
    ○ 게이 또는 레즈비언
    ○ 양성애자
    ○ 퀴어
    ○ 또 하나의 성 지향성
    ○ 모름

22. 귀하는 멕시코인/히스패닉/라틴아메리카인입니까?
    ○ 예 ○ 아니오 ○ 모름

23. 인종/민족 (해당되는 모든 것을 선택해 주십시오):
    ○ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
    ○ 아시아인
    ○ 흑인/아프리카계 미국인
    ○ 하와이 원주민/태평양 제도인
    ○ 백인/코카시안
    ○ 기타 인종
    ○ 모름

24. 연령 범위:
    ○ 18-25 ○ 26-35 ○ 36-45
    ○ 46-55 ○ 56-64 ○ 65+

33160

시간을 내어 설문조사에 응해주셔서 감사합니다!