نظرسنجی ادراک از درمان (بزرگسالان)

2025 Print PDF as needed.
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

- 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 حال حاضر و یا آین.
- لطفاً دایره را کاملاً پر کنید. درست ● غلط ✓ ⊗ ⊙

	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم	مصداق ندارد
1. محل راحت بود (از نظر وسیله حمل و نقل عمومی، مسافت، پارکینگ و غیره).	○	○	○	○	○	○
2. خدمات زمانی که به آن‌ها نیاز داشتم در دسترس بودند.	○	○	○	○	○	○
3. با کمک ارائه‌دهنده خدمات خود، اهداف درمانی را انتخاب کردم.	○	○	○	○	○	○
4. کادر درمانی در جلسات درمانی‌ام، وقت کافی را به من اختصاص دادند.	○	○	○	○	○	○
5. کادر درمانی با احترام با من رفتار کردند .	○	○	○	○	○	○
6. کادر درمانی طوری با من صحبت می‌کردند که متوجه می‌شدم .	○	○	○	○	○	○
7. کادر درمانی پیشینه فرهنگی من (نژاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند .	○	○	○	○	○	○
8. احساس می‌کنم در اینجا راحت هستم.	○	○	○	○	○	○
9. در نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت می‌کنم، بهتر می‌توانم کارهایی که می‌خواهم را انجام دهم .	○	○	○	○	○	○
10. به خاطر نتایج مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، تمایل کمتری به مصرف مواد مخدر و الکل دارم.	○	○	○	○	○	○
11. کادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت جسمی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.	○	○	○	○	○	○
12. کادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ذهنی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.	○	○	○	○	○	○
13. کارکنان به من کمک کردند تا با خدمات مورد نیاز دیگر (خدمات اجتماعی، اسکان و غیره) در ارتباط باشم.	○	○	○	○	○	○
14. به طور کلی، من از خدماتی که دریافت کردم راضی هستم .	○	○	○	○	○	○
15. توانستم همه کمک‌ها/خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنم .	○	○	○	○	○	○
16. این آژانس را به دوستان یا اعضای خانواده خود نیز توصیه می‌کنم.	○	○	○	○	○	○

17. 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

18. چقدر برای شما مفید بوده است؟ (telehealth) در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دو ر
○ خیلی بهتر ○ تا حدی بهتر ○ تقریباً مشابه ○ تا حدی بدتر ○ مصداق ندارد

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؟
(لطفا تمامی مواردی که در مورد شما صدق می کند را انتخاب کنید)
○ مرد ○ زن به مرد :(transgender) تراجنسیتی
○ زن ○ مرد به زن :(transgender) تراجنسیتی
○ هویت جنسی دیگر ○ (یعنی نه مرد و نه زن - non-binary) جنسیت غیردوگانه

21. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می شناسید؟
(لطفا تمامی مواردی را که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید)
○ (heterosexual) علاقه مند به جنس مخالف/ناهمجنس گرا ○ (bisexual) دوجنس گرا
○ (lesbian) و یا زن همجنس گرا (gay) مرد همجنس گرا ○ (Queer) دگرباش
○ گرایش جنسی دیگر
○ ناشناخته

22. آیا شما از تبار مکزیکی، اسپانیایی یا لاتین هستید؟
○ بله ○ خیر ○ ناشناخته

23. نژاد / قومیت (لطفاً کلیه موارد مرتبط را انتخاب کنید):
○ امریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا ○ سفید/سفید پوست اروپایی
○ آسیایی ○ نژاد دیگر
○ سیاهپوست/امریکایی آفریقایی ○ ناشناخته
○ بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام

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

24034

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