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 شما استفاده کنید. پاسخ های شما محرمانه باقی می ماند .و بر [Not applicable] "آن را تجربه نکرده اید، از عبارت "کاربرد ندارد 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 خدمات برای من مناسب بود.	○	○	○	○	○	○
2. خدمات در زمان های مناسب برای من در دسترس بود.	○	○	○	○	○	○
3. تجربه خوبی را در ثبت نام در درمان داشتم.	○	○	○	○	○	○
4. من و مشاورم با هم در اهداف درمان کار کردیم.	○	○	○	○	○	○
5. من خدماتی را دریافت کردم که برای من مناسب بود.	○	○	○	○	○	○
6. کادر درمانی با احترام با من رفتار کردند .	○	○	○	○	○	○
7. احساس می‌کنم که مشاورم زمان لازم را برای گوش دادن به من در اختیار گذشت.	○	○	○	○	○	○
8. من یک رابطه مثبت و اعتماد با مشاورم ایجاد کردم.	○	○	○	○	○	○
9. کادر درمانی پیشینه فرهنگی من (نژاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند .	○	○	○	○	○	○
10. من احساس می کنم مشاور من صمیمانه به من علاقه مند است و من را درک کرده است.	○	○	○	○	○	○
11. من مشاور خودم را در اینجا دوست دارم.	○	○	○	○	○	○
12. مشاور من قادر به کمک به من است.	○	○	○	○	○	○
13. کارکنان اینجا اطمینان می دهند که نیازهای سلامت و سلامت روانی من (امتحانات فیزیکی، خلق افسرده و غیره) برآورده می شود.	○	○	○	○	○	○
14. کارکنان در اینجا به مسائل و نگرانی های دیگر من در ارتباط با سیستم های حقوقی ، خانواده و آموزشی کمک کردند.	○	○	○	○	○	○
15. مشاور من خدمات لازم را برای خانواده ام ارائه داد.	○	○	○	○	○	○
16. در نتیجه خدماتی که دریافت کردم، من توانایی انجام کارهایی را دارم که می خواهم انجام دهم.	○	○	○	○	○	○
17. .به خاطر نتایج مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، تمایل کمتری به مصرف مواد مخدر و الکل دارم.	○	○	○	○	○	○
18. به طور کلی، من از خدماتی که دریافت کردم راضی هستم .	○	○	○	○	○	○
19. من این خدمات را به یک دوست توصیه می کنم که نیاز به کمک مشابه دارد.	○	○	○	○	○	○

20. 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

21. 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

22. **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

23. 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

24. 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

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

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

27. سن: | | |

5712

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