نظرسنجی ادراک از درمان (بزرگسالان)

Print PDF as needed.
Do not photocopy!

شهرستان/ فقط مخصوص ارایه دهنده خدمات

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 به این سوالات درباره تجربه شما در این برنامه پاسخ دهید تا به بهبود خدمات کمک کنید. پاسخ‌های شما محرمانه است و روی خدمات فعلی یا در آینده که دریافت خواهید کرد تاثیری نخواهد داشت**

- اگر سوال درباره موردی است که شما تجربه نکرده‌اید، گزینه «مصداق ندارد» را انتخاب نمایید
- 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.

	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. کادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت جسمی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند	○	○	○	○	○	○
9. کادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ذهنی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند	○	○	○	○	○	○
10. در نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت می‌کنم، بهتر می‌توانم کارهایی که می‌خواهم را انجام دهم	○	○	○	○	○	○
11. احساس می‌کنم در اینجا راحت هستم	○	○	○	○	○	○
12. به طور کلی، من از خدماتی که دریافت کردم راضی هستم	○	○	○	○	○	○
13. توانستم همه کمک‌ها/خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنم	○	○	○	○	○	○
14. این آژانس را به دوستان یا اعضای خانواده خود نیز توصیه می‌کنم	○	○	○	○	○	○

15. 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 ○

16. **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

17. چه مدت است که در اینجا خدمات دریافت
ٔروزٔ/ویزیت اول ○ هفته یا کمتر 2 ○ بیش از 2 هفته ○

18. هویت جنسی شما (لطفاً همه موارد مورد مصداق را علامت بزنید.)
إزن ○ مرد ○ تراجنسیتی ○ هویت جنسیتی غیره ○

19. نژاد / قومیت (لطفاً همه موارد مورد مصداق را علامت بزنید.)
امریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا ○ لاتین ○ سایر ○
آسیایی ○ بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام ○ ناشناخته ○
سیاهپوست/امریکایی آفریقایی ○ سفید پوست ○

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

27879

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