

치료에 대한 인식 조사 (청소년)

Print PDF as needed.
Do not photocopy!

카운터/제공자용

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

- 귀하께서 경험한 바를 알아보는 설문에 응답해 주시기 바랍니다. 저희 프로그램을 개선하는데 많은 도움이 됩니다. 귀하께서 답변하신 내용은 비밀이 보장되며, 현재 받고 있는 서비스나 앞으로 받게 될 서비스에는 전혀 불리하게 작용 않습니다.
- 귀하께서 접하지 않은 사항에 관련된 질문에는 "해당 사항 없음" 칸의 동그라미를 채워주십시오.
- 응답하신 내용은 컴퓨터가 인식할 수 있어야 합니다. 펜을 사용해서서 동그라미를 완전히 채워주시고 각 질문에 답 하나만을 선택하십시오.

	필요 없음	필요 있음	필요 없음	필요 있음	필요 없음	필요 있음
1. 서비스 제공 장소는 나에게 편리한 곳이었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 나에게 편리한 시간대에 서비스를 제공받을 수 있었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 치료 등록은 내게 좋은 경험이였다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 내 카운슬러와 나는 함께 의논하여 치료 목표를 세웠다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 나에게 알맞는 서비스를 받았다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 직원들은 나를 존중해주었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 내 카운슬러는 내가 하고 싶은 얘기를 할 수 있도록 충분히 시간을 들였다고 생각한다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 나는 내 카운슬러와 긍정적이고 신뢰할 수 있는 관계를 쌓았다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 직원들은 나의 문화적 배경에 대한 배려심을 보였다(인종, 종교, 언어 등).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 내 카운슬러는 내게 진심으로 관심을 갖고 있었고 나를 이해해주었다고 생각한다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 이곳의 내 카운슬러가 마음에 들었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 내 카운슬러는 나를 도와줄 능력이 있다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 이곳 직원들은 내가 신체적 및 정서적인 건강에 필요한 모든 부분(신체검사, 우울증세 등)이 반드시 충족되도록 한다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 법률/보호관찰, 가족, 교육 시스템 등과 관련하여 내가 갖고 있던 다른 문제들과 우려사항들에 대해서 이곳 직원들에게 도움을 받았다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. 내 카운슬러는 내 가족에게 필요한 서비스를 제공했다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. 제공받은 서비스의 결과로, 나는 하고 싶어하는 일을 더 잘 할 수 있게 되었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 제공 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. 나와 비슷한 도움이 필요한 친구가 있다면 이 서비스를 추천할 것이다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 (전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)이 차지하는 비중은 어느 정도 인니까? <input type="radio"/> 전혀 없다 <input type="radio"/> 매우 조금 <input type="radio"/> 절반 정도 <input type="radio"/> 거의 대부분 <input type="radio"/> 전부						

20. 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.

21. 여기에서 서비스를 받은지는 얼마나 되셨습니까?

- 1개월 미만 1 - 5 개월 6 개월 이상

22. 성별 인식 (해당되는 모든 사항에 표시하세요)

- 여성 남성 트랜스젠더 그 외 성별 정체성

23. 인종/민족 (해당되는 모든 사항에 표시하세요)

- 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 라티노 기타
 아시아인 하와이 원주민/태평양 제도인
 흑인/아프리카계 미국인 백인 모름

24. 나이

시간을 내어 설문조사에 응해주셔서 감사합니다!

14938

