

نظرسنجی ادراک از درمان (بزرگسالان)

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

County / Provider Use Only

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 این.

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	1. محل راحت بود (از نظر وسیله حمل و نقل عمومی، مسافت، پارکینگ و غیره).
☐	☐	☐	☐	☐	☐	2. خدمات زمانی که به آن ها نیاز داشتم در دسترس بودند.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	3. با کمک ارائه دهنده خدمات خود، اهداف درمانی را انتخاب کردم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	4. کادر درمانی در جلسات درمانی ام، وقت کافی را به من اختصاص دادند.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	5. کادر درمانی با احترام با من رفتار کردند .
☐	☐	☐	☐	☐	☐	6. کادر درمانی طوری با من صحبت می کردند که متوجه می شدم .
☐	☐	☐	☐	☐	☐	7. کادر درمانی پیشینه فرهنگی من (نژاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند .
☐	☐	☐	☐	☐	☐	8. احساس می کنم در اینجا راحت هستم.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	9. در نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، بهتر می توانم کارهایی که می خواهم 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 ارائه دهنده خدمات سلامت جسمی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	12. کادر درمانی در اینجا با ارائه دهنده 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 کمک ها/خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنم .
☐	☐	☐	☐	☐	☐	16. این آژانس را به دوستان یا اعضای خانواده خود نیز توصیه می کنم.
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 دور						
☐ خیلی بهتر ☐ تا حدی بهتر ☐ تقریباً مشابه ☐ تا حدی بدتر ☐ مصداق ندارد						
19. لطفاً نظرات یا توضیحات بیشتری درباره تجربیاتان از دریافت خدمات درمانی بنویسید. هیچ اطلاعاتی که ممکن است هویتتان را مشخص کند، وارد نکنید؛ برای مثال، نام یا شماره تلفنتان را ننویسید. از این فضا برای گزارش وضعیت اضطراری یا بحرانی استفاده نکنید. برای دریافت کمک فوری، لطفاً با ارائه دهنده خدمات درمانی تان یا 911 تماس بگیرید.						

اکنون کمی درباره خودتان بگویید

20. جنسیت بیولوژیکی شما چیست؟ ☐ مرد ☐ زن
21. محدوده سنی: ☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 65+
22. آیا شما از تبار مکزیکی، اسپانیایی یا لاتین هستید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ ناشناخته
23. نژاد / قومیت (لطفاً کلیه موارد مرتبط را انتخاب کنید):
- ☐ آمریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا ☐ سفید/سفید پوست اروپایی
☐ آسیایی ☐ نژاد دیگر
☐ سیاهپوست/آمریکایی آفریقایی ☐ ناشناخته
☐ بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام

22770

از اینکه وقت خود را صرف پاسخ گویی به این پرسش نامه می کنید، سپاسگزاریم !