

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/NTF ☐ 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 این.

• لطفاً دایره را کاملاً پر کنید.

غلط ☐ ☐ ☐ ☐

درست ☐



مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	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 می کنم که مشاورم زمان لازم را برای گوش دادن به من در اختیار گذاشت.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	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 دور خیلی بهتر ☐ تا حدی بهتر ☐ تقریباً مشابه ☐ تا حدی بدتر ☐ مصداق ندارد ☐						

22. لطفاً نظرات یا توضیحات بیشتری درباره تجربتان 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 اضطرابی یا بحرانی استفاده نکنید. برای دریافت کمک فوری، لطفاً با ارائه دهنده خدمات درمانی تان یا 911 تماس بگیرید.

اکنون کمی درباره خودتان بگویید

23. جنسیت بیولوژیکی شما چیست؟

24. سن:

25. آیا شما از تبار مکزیکی، اسپانیایی یا لاتین هستید؟

زن ☐ مرد ☐

بله ☐ خیر ☐ ناشناخته ☐

26. نژاد / قومیت (لطفاً کلیه موارد مرتبط را انتخاب کنید):

--	--

☐ امریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا

☐ آسیایی

☐ سفید/سفید پوست اروپایی

☐ سیاهپوست/آمریکایی آفریقایی

☐ نژاد دیگر

☐ بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام

☐ ناشناخته

48209



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