نظرسنجی ادراک از درمان (بزرگسالان)

CalOMS Provider ID: ☐☐☐☐☐☐ Program Reporting Unit (address): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Setting: ○ **Early Intervention** ○**OP/IOP** ○ **Residential** ○ **OTP/NTP** ○ **Detox/WM** ○ **Recovery Services**

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 آن را تجربه نکرده اید، از عبارت "کاربرد ندارد" [Not applicable] استفاده کنید. پاسخ های شما محرمانه باقی می ماند و بر خدمات حال حاضر و یا آین. نام خود را در این فرم ننویسید.

.پاسخ های شما باید توسط کامپیوتر قابل خواندن باشد
بنابراین، لطفا از یک خودکار سیاه استفاده کنید و یک "X" در جعبه قرار دهید.

غلط ☐ درست ☒

تاریخ امروز (MM/DD/YYYY)

☐☐/☐☐/☐☐☐☐

	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 زودهنگام مداخله / درمان / بهبودی را انتخاب کردم .	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.کادر درمانی در جلسات زودهنگام مداخله / درمان / بهبودی ودی ام، 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. احساس می‌کنم در اینجا راحت هستم	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. در نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت می‌کنم، بهتر می‌توانم کارهایی که می‌خواهم 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 ارائه‌دهندگان خدمات سلامت جسمی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12.کادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهندگان 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 کمک‌ها/خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنم	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. این آژانس را به دوستان یا اعضای خانواده خود نیز توصیه می‌کنم	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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. در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دو ر (telehealth) چقدر برای شما مفید بوده است؟
☐ خیلی بهتر ☐ تا حدی بهتر ☐ تقریباً مشابه ☐ تا حدی بدتر ☐ مصداق ندارد

19. وقتی وارد برنامه درمانی شدید، آیا کارکنان برنامه یک نسخه از کتابچه راهنمای بیمار را به شما پیشنهاد کردند یا به شما نشان دادند که کجا می توانید آن را پیدا کنید؟
☐ بله ☐ خیر

20. آیا کارکنان برنامه فیلم جهت گیری بیمار را به شما نشان دادند؟
☐ بله ☐ خیر

21. تماشای فیلم جهت گیری بیمار به من کمک کرد تا سیستم اختلال مصرف مواد در لس آنجلس را بهتر درک کنم.
☐ کاملا موافقم ☐ موافق ☐ نظری ندارم ☐ مخالفم ☐ کاملاً مخالفم ☐ قابل اجرا نیست

22. تماشای ویدیوی جهت‌گیری بیمار به من کمک کرد تا اطلاعاتی را که می‌توانم برای دسترسی به همه خدمات اختلال مصرف مواد در دسترس استفاده کنم، داشته باشم..
☐ کاملا موافقم ☐ موافق ☐ نظری ندارم ☐ مخالفم ☐ کاملاً مخالفم ☐ قابل اجرا نیست

23. **نظرات** .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

24. چه مدت است که خدمات را در اینجا دریافت کرده اید؟

- ☐ اولین بازدید/روز
- ☐ 2هفته یا کمتر
- ☐ بیش از 2 هفته اما کمتر از 4 هفته
- ☐ 4هفته یا بیشتر

25. محدوده سنی :

☐ 18-25 ☐ 36-45 ☐ 56-64

☐ 26-35 ☐ 46-55 ☐ 65+

26. درآیا شما بی خانمان هستید؟

☐ آره ☐ خیر

27. آیا مشوق/احتیاط بازیابی دریافت می کنید؟↘خدمات مدیریت؟

☐ آره ☐ خیر

28. در حال حاضر هویت جنسی شما چیست (توجه: اینگونه خود را شناسایی می کنید که ممکن است با جنسیتی که در بدو تولد به شما اختصاص داده شده نباشد)؟

- ☐ نر
- ☐ مونث
- ☐ زن به مرد/(FTM) مرد ترنسجندر/مرد ترنس
  مرد به زن/(MTF) زن ترنسجندر/زن ترنس
- ☐ جندرکوئر، نه منحصراً مرد و نه زن
- ☐ دسته بندی جنسیتی اضافی یا موارد دیگر:
- ☐ ترجیح می دهند که بیان نشود

29. جنست در بدو تولد چه بود؟

☐ زن ☐ نر

☐ هویت جنسیتی دیگر : ☐ از پاسخگویی خودداری کرد

30. گرایش جنسی شما چیست؟

- ☐ مستقیم یا دگرجنسگرا
- ☐ لزبین، همجنسگرا یا همجنسگرا
- ☐ گی)مرد(
- ☐ دوجنسه
- ☐ نمی دانم
- ☐ پان جنسی
- ☐ غیرجنسی
- ☐ چیز دیگری :لطفا توضیح دهید
- ☐ عجیب و غریب
- ☐ ترجیح می دهند که بیان نشود

31. آیا شما از تبار مکزیکی/اسپانیایی/لاتینکسی هستید؟

☐ آره ☐ خیر ☐ ناشناخته

32. نژاد/قومیت (لطفاً موارد مورد نظر را انتخاب کنید):

- ☐ سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا
- ☐ آسیایی
- ☐ سیاه/آفریقایی آمریکایی
- ☐ بومی هاوایی/جزیره اقیانوس آرام
- ☐ سفید
- ☐ دیگر
- ☐ ناشناس

33. وضعیت ناتوانی (لطفاً مواردی را که مربوط می شود علامت گذاری کنید):

- ☐ ناتوانی جسمی
- ☐ کم بینا/نابینا
- ☐ کم شنوا/ناشنوا
- ☐ شرایط همزمان سلامت روان
- ☐ معلول توسعه یا فکری
- ☐ مشخصه ای دیگر:
- ☐ هیچ یک

34. وضعیت مشارکت عدالت کیفری شما چگونه است؟

- ☐ یا به صورت مشروط از هر حوزه قضایی فدرال، ایالتی یا محلی نظارت اجتماعی پس از آزادی(AB109)
- ☐ در انتظار محاکمه، اتهام یا محکومیت
- ☐ آزادی مشروط از هر حوزه قضایی دیگر
- ☐ هر گونه دخالت عدالت کیفری دیگر
- ☐ بدون دخالت عدالت کیفری

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