치료에 대한 인식 관련 설문조사 (성인용)

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

Setting: ○ Early Intervention ○ OP/IOP ○ Residential ○ OTP ○ Detox/WM ○ Recovery Support

귀하께서 경험한 바를 알아보는 설문에 응답해 주시기 바랍니다

귀하께서 접하지 않은 사항에 관련된 질문에는 "해당 사항 없음" 칸의 동그라미를 표기하십시오.

이 설문지에 본인의 성명을 적지 마십시오.

바른 표기 ☒ 잘못된 표기 ☐☑

응답하신 내용은 컴퓨터가 인식할 수 있어야 합니다.
그러므로 검정색 펜으로 X 를 표기하십시오.
각 질문에 답 하나만을 선택하십시오.

오늘 날짜(MM/DD/YYYY)
☐☐/☐☐/☐☐☐☐

	전적으로 동의함	동의함	중립적임	동의하지 않음	전혀 동의하지 않음	해당 사항 없음
1. 위치가 편리했다 (대중교통, 거리, 주차 등).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 필요한 때에 서비스를 받을 수 있었다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.나는 의료 제공자의 도움을 받아 조기 회복/치료/회복 목표를 선택했습니다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 직원은 조기 개입/치료/회복 세션에서 나에게 충분한 시간을 주었습니다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 직원들은 나를 존중해주었다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 직원들은 내가 이해할 수 있는 방식으로 이야기했다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 직원들은 나의 문화적 배경에 대한 배려심을 보였다 (인종, 종교, 언어 등).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 이곳에서 환영받는 느낌을 받았다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로서, 내가 하고 싶은 것들을 더 잘할 수 있게 되었다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로, 나는 약물 또는 알코올을 덜 열망하게 되었습니다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 이곳 직원들은 나의 건강을 위해 내 신체 건강 의료제공자와 협력하여 일한다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. 이곳 직원들은 나의 건강을 위해 내 정신 건강 의료제공자와 협력하여 일한다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. 이곳의 직원들은 필요한 경우 다른 서비스(사회 서비스, 주거, 기타)에 연결하는 데 나에게 도움이 되었다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. 내가 필요했던 모든 도움/서비스를 받을 수 있었다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. 이 기관을 친구나 가족에 추천하겠다.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. 귀하께서 받은 서비스 중에서 텔레 헬스(전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)가 차지하는 비중은 어느정도입니까? ☐ 전혀 없다 ☐ 아주 약간 ☐ 절반 정도 ☐ 거의 대부분 ☐ 전부						
18. 전통적인 직접 방문에 비해 귀하의 원격 진료 방문은 얼마나 도움이 되었습니까? ☐ 훨씬 좋았음 ☐ 약간 좋았음 ☐ 거의 비슷했음 ☐ 약간 나빴음 ☐ 해당사항 없음						
19. 귀하가 치료 프로그램에 들어갈 때 프로그램 직원이 환자 핸드북 사본을 제공했거나 찾을 수 있는 위치를 알려 주었습니까? ☐예 ☐ 아니오						
20. 프로그램 담당자가 환자 오리엔테이션 영상을 보여줬나요? ☐예 ☐ 아니오						
21. 환자 오리엔테이션 비디오를 시청하는 것은 LA 카운티의 약물 남용 장애 시스템을 더 잘 해하는 데 도움이 되었습니다. ☐ 전적으로 동의함 ☐ 동의함 ☐ 중립적임 ☐ 동의하지 않음 ☐ 전혀 동의하지 않음 ☐ 해당사항 없음						
22. 환자 오리엔테이션 비디오를 시청하는 것은 이용 가능한 모든 약물 남용 장애 서비스를 이용하는 데 사용할 수 있는 정보를 얻는 데 도움이 되었습니다. ☐ 전적으로 동의함 ☐ 동의함 ☐ 중립적임 ☐ 동의하지 않음 ☐ 전혀 동의하지 않음 ☐ 해당사항 없음						

23. 의견: *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.*

다음 문항에 응답해 주십시오

24. 여기서 서비스를 받은 지는 얼마나 되셨습니까?

- ☐ 첫 방문/첫날
- ☐ 2 주 이하
- ☐ 2 주 이상 4 주 미만
- ☐ 4 주 이상

25. 연령대:

- ☐ 18-25 ☐ 36-45 ☐ 56-64
- ☐ 26-35 ☐ 46-55 ☐ 65+

26. 당신은 노숙자입니까?

- ☐ 예 ☐ 아니오

27. 회복 장려 인센티브/비상 관리 서비스를 받고 계신가요?

- ☐ 예 ☐ 아니오

28. 귀하의 현재 성 정체성은 무엇입니까 (참고: 이것은 자신을 식별하는 방법입니다. 이는 태어날 때 지정된 성별과 동일하지 않을 수 있습니다)?

- ☐ 남성
- ☐ 여성
- ☐ 여성 대 남성(FTM)/트랜스젠더 남성/트랜스 남성
- ☐ 남성 대 여성(MTF)/트랜스젠더 여성/트랜스 여성
- ☐ 남성도 여성도 아닌 젠더퀴어
- ☐ 추가 성별 카테고리 또는 기타: ☐
- ☐ 답변 거부

29. 태어날 때 성별은 무엇이었나요?

- ☐ 여성
- ☐ 남성
- ☐ 그 외 성별 정체성
- ☐ 답변 거부

☐

30. 당신의 성적 지향은 무엇입니까?

- ☐ 이성애자
- ☐ 레즈비언, 게이 또는 동성애자
- ☐ 게이(남성)
- ☐ 양성애자
- ☐ 불확실/퀘스처닝/모름
- ☐ 범성애자
- ☐ 무성애자
- ☐ 기타 (구체적으로)

☐

- ☐ 퀴어
- ☐ 답변 거부

31. 귀하는 멕시코인/히스패닉/라틴아메리칸입니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니오
- ☐ 모름

32. 인종/민족 (해당되는 모든 사항에 표기하십시오)

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

33. 장애 상태 (해당되는 모든 사항에 표기하십시오)

- ☐ 신체적 장애
- ☐ 시각 장애/맹인
- ☐ 청각 장애/농아인
- ☐ 동시 발생 정신 건강 상태
- ☐ 발달 장애 또는 지적 장애
- ☐ 기타 (구체적으로)

☐

- ☐ 없음

34. 귀하의 형사 사법 관여 상태는 무엇입니까?

- ☐ 출소 후 커뮤니티 감독(AB109) 또는 연방, 주 또는 지역 관할권의보호 관찰
- ☐ 재판, 기소 또는 선고 대기 중
- ☐ 다른 관할권에서 가석방
- ☐ 기타 형사 사법 관련
- ☐ 형사 사법 개입 없음