

치료에 대한 인식 관련 설문조사 (청소년용)

CalOMS Provider ID: Program Reporting Unit (address)

Setting: Early Intervention OP/IOP Residential Recovery Support Services

귀하께서 경험한 바를 알아보는 질문에 응답해 주시기 바랍니다

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

이 설문지에 본인의 성명을 적지 마십시오.

응답하신 내용은 컴퓨터가 인식할 수 있어야 합니다.

그러므로 검정색 펜으로 X를 표기하십시오.

각 질문에 답 하나만을 선택하십시오.

오늘 날짜 (MM/DD/YYYY)

/ /

바른 표기 잘못된 표기



이
항
목
에
대
해
전
혀
동
의
하
지
않
음
해
당
사
항
없
음

	전 혀 동 의 하 지 않 음	대 부분 동 의 하 지 않 음	중 립 적 임	대 부분 동 의 하 고 있 음	전 혀 동 의 하 고 있 음	해 당 사 항 없 음
1.서비스 제공 장소는 나에게 편리한 곳이었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.나에게 편리한 시간대에 서비스를 제공받을 수 있었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 나는 조기 개입/치료/회복 지원 서비스에 등록하면서 좋은 경험을 했습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 상담사와 나는 조기 개입/치료/회복 목표를 위해 함께 노력했습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.나에게 딱 맞는 서비스를 받았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.직원들은 나를 존중해주었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.내 카운슬러는 내가 하고 싶은 얘기를 할 수 있도록 충분히 시간을 들였다고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.나는 내 카운슬러와 긍정적이고 신뢰할 수 있는 관계를 쌓았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.직원들은 나의 문화적 배경에 대한 배려심을 보였다 (인종, 종교, 언어 등).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.내 카운슬러는 내게 진심으로 관심을 갖고 있었고 나를 이해해주었다고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.이곳의 내 카운슬러가 마음에 들었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.내 카운슬러는 나를 도와줄 능력이 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.이곳 직원들은 나의 신체적 및 정서적인 건강에 필요한 모든 부분(신체검사, 우울증세 등)이 반드시 충족되도록 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.법률/보호관찰, 가족, 교육 시스템 등과 관련하여 내가 갖고 있던 다른 문제들과 우려사항들에 대해서 이곳 직원들에게 도움을 받았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.내 카운슬러는 내 가족에게 필요한 서비스를 제공했다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.제공받은 서비스의 결과로, 나는 하고 싶어하는 일을 더 잘 할 수 있게 되었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.내가 받는 서비스의 직접적인 결과로, 나는 약물 또는 알코올을 덜 열망하게 되었습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.제공 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.나와 비슷한 도움이 필요한 친구가 있다면 이 서비스를 추천할 것이다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 (전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)이 차지하는 비중은 어느 정도 입니까? <input type="checkbox"/> 전혀 없다 <input type="checkbox"/> 아주 약간 <input type="checkbox"/> 절반 정도 <input type="checkbox"/> 거의 대부분 <input type="checkbox"/> 전부						
21.전통적인 직접 방문에 비해 귀하의 원격 진료 방문은 얼마나 도움이 되었습니까? <input type="checkbox"/> 훨씬 좋았음 <input type="checkbox"/> 약간 좋았음 <input type="checkbox"/> 거의 비슷했음 <input type="checkbox"/> 약간 나빴음 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음						



22. 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.

23. 여기서 서비스를 받은 지는 얼마나 되셨습니까?

- 1 개월 미만
- 1 - 5 개월
- 6 개월 이상

24. 나이

25. Medi-Cal 에 등록되어 있습니까?

- 예 아니요

26. 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:
- 진술하지 않는 것을 선호

27. 태어날 때 성별은 무엇이었나요?

- 여성 남성
 - 그 외 성별 정체성 답변 거부
-

28. 당신의 성적 취향은 무엇입니까?

- 레즈비언, 게이 또는 동성애자
- 이성애자 또는 이성애자
- 양성애자
- 다른 것: (설명해주세요)
- 몰라
- 명시하지 않음

29. 귀하는 멕시코인/히스패닉/라틴아메리카입니까?

- 예 아니요 모름

30. 인종/민족 (해당되는 모든 것을 선택해 주십시오):

- 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
- 아시아인
- 흑인/아프리카계 미국인
- 하와이 원주민/태평양 제도인
- 백인/코카시안
- 기타 (구체적으로)
- 모름

31. 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

32. 귀하의 형사 사법 개입 상태는 무엇입니까?

- 출시 후 커뮤니티 감독(AB109) 또는 연방, 주 또는 지역 관할권의 집행유예
- 재판, 기소 또는 선고를 기다리는 중
- 다른 관할권에서 가석방
- 기타 모든 형사 사법 개입
- 형사 사법 개입 없음