

## 치료에 대한 인식 관련 설문조사 (성인용)

Home Unit  
CalOMS  
Provider ID

     

Program Reporting Unit  
(address)

         

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

**Field Based Services:** Agency

Address

서비스 개선을 위해 이 프로그램 이용 경험에 대한 다음 질문에 답변해 주세요. 경험하지 않은 내용에 대한 질문인 경우 "해당 없음"을 사용해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 현재 또는 향후 받으실 서비스에 영향을 미치지 않습니다. 이 양식에 이름을 적지 마세요.

검은색 펜을 사용하여 상자에 "X" 표시를 해주세요.

각 질문에 대해 하나의 답변만 선택하세요.

바른 표기      잘못된 표기



오늘 날짜(MM/DD/YYYY)

  /   /    

이  
양  
식  
에  
이  
름  
을  
적  
지  
마  
세요.  
 이  
양  
식  
에  
이  
름  
을  
적  
지  
마  
세요.  
 이  
양  
식  
에  
이  
름  
을  
적  
지  
마  
세요.  
 이  
양  
식  
에  
이  
름  
을  
적  
지  
마  
세요.  
 이  
양  
식  
에  
이  
름  
을  
적  
지  
마  
세요.  
 이  
양  
식  
에  
이  
름  
을  
적  
지  
마  
세요.

1. 위치가 편리했다 (대중교통, 거리, 주차 등).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 필요한 때에 서비스를 받을 수 있었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 나는 의료 제공자의 도움을 받아 조기 회복/치료/회복 목표를 선택했습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 직원은 조기 개입/치료/회복 세션에서 나에게 충분한 시간을 주었습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 직원들은 나를 존중해주었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 직원들은 내가 이해할 수 있는 방식으로 이야기했다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 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"/>
8. 이곳에서 환영받는 느낌을 받았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로서, 내가 하고 싶은 것들을 더 잘할 수 있게 되었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 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"/>
11. 이곳 직원들은 나의 건강을 위해 내 신체 건강 의료제공자와 협력하여 일한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 이곳 직원들은 나의 건강을 위해 내 정신 건강 의료제공자와 협력하여 일한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 이곳의 직원들은 필요한 경우 다른 서비스(사회 서비스, 주거, 기타)에 연결하는 데 나에게 도움이 되었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 내가 필요했던 모든 도움/서비스를 받을 수 있었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 이 기관을 친구나 가족에 추천하겠다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 저는 약물 사용의 중단이나 재발에 대해 의료 제공자와 상의하는 데 불편함이 없습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 저는 약물 사용에 대한 완전한 금단이나 약물 사용 감소를 목표로 약물 사용 치료 서비스를 시작했습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 귀하께서 받은 서비스 중에서 텔레 헬스(전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)가 차지하는 비중은 어느정도입니까?	<input type="checkbox"/> 전혀 없다	<input type="checkbox"/> 아주 약간	<input type="checkbox"/> 절반 정도	<input type="checkbox"/> 거의 대부분	<input type="checkbox"/> 전부	
20. 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	
21. 귀하가 치료 프로그램에 들어갈 때 프로그램 직원이 환자 핸드북 사본을 제공했거나 찾을 수 있는 위치를 알려 주었습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요				
22. 프로그램 담당자가 환자 오리엔테이션 영상을 보여줬나요?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요				
23. 환자 오리엔테이션 비디오를 시청하는 것은 이용 가능한 모든 약물 남용 장애 서비스를 이용하는 데 사용할 수 있는 정보를 얻는 데 도움이 되었습니다.	<input type="checkbox"/> 전적으로 동의함	<input type="checkbox"/> 동의함	<input type="checkbox"/> 중립적임	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 전혀 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 해당사항 없음





24. 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

25. 여기서 서비스를 받은 지는 얼마나 되셨습니까?

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

26. 연령대:

27. 당신은 노숙자입니까?

- ☐ 예 ☐ 아니오

28. 회복 장려 인센티브/비상 관리 서비스를 받고 계신가요?

- ☐ 네, 현재 비상 관리 서비스를 받고 있습니다.  
☐ 네, 저는 과거에 비상 관리 서비스를 받았습니다.  
☐ 아니요, 저는 비상 관리 서비스를 받은 적이 없습니다.

29. 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

30. 태어날 때 성별은 무엇이었나요?

- ☐ 여성 ☐ 남성  
☐ 그 외 성별 정체성 ☐ 답변 거부

31. 당신의 성적 지향은 무엇입니까?

- ☐ 이성애자 ☐ 무성애자  
☐ 레즈비언, 게이 또는 동성애자 ☐ 기타 (구체적으로)   
☐ 게이(남성)  
☐ 양성애자 ☐ 퀴어  
☐ 불확실/퀴스처닝/모름 ☐ 답변 거부  
☐ 범성애자

32. 귀하는 멕시코인/히스패닉/라틴아메리칸입니까?

- ☐ 예  
☐ 아니오  
☐ 모름

33. 인종/민족 (해당되는 모든 사항에 표기하십시오)

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

34. 장애 상태 (해당되는 모든 사항에 표기하십시오)

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

35. 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