

Բուժումի ընկալման Հարցախույզ (Չափահասների)

Home Unit CalOMS Provider ID

Program Reporting Unit (Address)

Setting:
☐ Early Intervention
☐ OP/IOP
☐ Residenti
☐ OTP/NTP
☐ Detox/WM
☐ Recovery Services

Field Based Services: Agency
Address

Խնդրում ենք պատասխանել այս ծրագրում Ձեր փորձի վերաբերյալ այս հարցերին՝ ծառայությունները բարելավելու համար: Օգտագործեք «**Չի կիրառվում**», եթե հարցը վերաբերում է մի բանի, որը Դուք չեք ունեցել: Ձեր պատասխանները գաղտնի են և չեն ազդի Ձեր ստացած ներկա կամ ապագա ծառայությունների վրա: Մի՛ գրեք Ձեր անունը այս ձևաթղթի վրա:

Խնդրում ենք օգտագործել սև գրիչ և վանդակում դնել «X»:
 Յուրաքանչյուր հարցի համար ընտրեք միայն մեկ պատասխան:

Իշտ է
 ☒
 Միայն
 ☐

Կտրականապես
 Համաձայն եմ
 Ես Չեզոք եմ
 Համաձայն չեմ
 Ուժգին անհամաձայն
 Չի Վերաբերում

Այսօրվա ամսաթիվը (MM/DD/YYYY)

/

/

1. Վայրը հարմար էր (հասարակական տրանսպորտ, հեռավորությունը, ավտոկայանատեղի, ենև.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ծառայություններ հասանելի են եղել, երբ ես նրանց կարիքն եմ ունեցել:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ես ընտրել եմ վաղ վերականգնման/բուժման/վերականգնման նպատակներ իմ:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Աշխատակազմը տվեց ինձ բավականաչափ ժամանակ՝ իմ վաղ վերականգնման /բուժման/վերականգնման նիստերին:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Աշխատակազմը ինձ հետ վերաբերվում էր հարգանքով:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Աշխատակազմն խոսեց ինձ հետ մի կերպով որն ես հասկացա:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Աշխատակազմն զգայուն էր իմ մշակույթի (ռասայի, կրոնի, լեզվի, եւ այլն) նկատմամբ:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ես զգում եմ որ էստեղ ինձ լաւ են ողջունում:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Որպես ուղղակի հետեւվանք իմ ստացած ծառայություններին, ես շատ ավելի լավ եմ կատարում այն ինչ ցանկանում եմ:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ինձ մատուցված ծառայությունների արդյունքում ավելի քիչ եմ հակված թմրանյութեր և ալկոհոլ օգտագործելուն:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Աշխատակազմն աշխատում է իմ ֆիզիկական առողջապահություն մատուցողների հետ՝ սատարելու համար իմ առողջությանը:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Աշխատակազմն աշխատում է իմ հոգեկան առողջապահական ծառայությունների եւ մատուցողների հետ՝ սատարելու իմ առողջության:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Անձնակազմն ինձ օգնեց կապ հաստատել այլ ծառայությունների հետ(սոցիալական ծառայություններ, կացարանով ապահովում և այլն):	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ընդհանուր առմամբ ես գոհ եմ ստացած ծառայութիւններէս:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ես կարողացել եմ ստանալ բոլոր օգնության ծառայությունները, որոնց ես կարիքը ունեցել եմ:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ես խորհուրդ կտայի ընկերոջ կամ ընտանիքի անդամի վստահել այս գործակալության:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ես ինձ հարմարավետ եմ զգում իմ մատակարարի հետ քննարկելու ցանկացած բացթողում կամ թմրանյութերի օգտագործման վերադարձ:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ես սկսեցի թմրամոլության բուժման ծառայությունները՝ նպատակ ունենալով կամ լիովին հրաժարվել դրանցից, կամ նվազեցնել դրանց օգտագործումը:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Մտաբերելով ձեր ստացած սպասարկությունները, դրանցից ո՞րքանը տեղի է ունեցել թելեհեյթի միջոցով (հեռախոսով կամ վիդեոկոնֆերանսով): ☐ Ոչ մեկը ☐ Շատ քիչը ☐ Մոտավորապես կեսը ☐ Գրեթե բոլորը ☐ Բոլորը						
20. Ինչանո՞վ եք արդյունավետ համարում հեռահար առողջապահական այցելությունները, անմիջական այցելությունների համեմատ: ☐ Շատ ավելի լավ ☐ Ավելի լավ ☐ Մոտավորապես նույնը ☐ Ավելի վատ ☐ Չի Վերաբերում						
21. Երբ դուք մուտք գործեցիք բուժման ծրագիր, ծրագրի անձնակազմն առաջարկե՞լ է ձեզ հիվանդի ձեռնարկի պատճենը կամ ցույց տալ, թե որտեղ կարող եք գտնել այն: ☐ Այո ☐ Ոչ						
22. Ծրագրի անձնակազմը ձեզ ցույց տվե՞լ է հիվանդի կողմնորոշման տեսանյութը: ☐ Այո ☐ Ոչ						
23. Պացիենտի կողմնորոշման տեսանյութը դիտելը ինձ օգնեց տեղեկատվություն ստանալ, որը կարող եմ օգտագործել՝ օգտվելու նյութերի օգտագործման խանգարման բոլոր հասանելի ծառայություններից: ☐ Ուժգին համաձայն եմ ☐ Համաձայն եմ ☐ Ես Չեզոք եմ ☐ Անհամաձայն եմ ☐ Ուժգին անհամաձայն եմ ☐ Չի Վերաբերում						



24. **մեկնաբանությունները:** Խնդրեմ մեզ տվեք ձեր մեկնաբանությունները: Այս ծրագրի ամենից օգտակարը ի՞նչն է եղել: Այս ծրագրի ի՞նչը կը փոխեիք:

Հիմա՝ մի քիչ պատմեք ձեր մասին:

25. Որքա՞ն ժամանակ եք այստեղ ծառայություններ ստանում

- ☐ Առաջին այցելություն/օր
- ☐ 2 շաբաթ կամ ավելի քիչ
- ☐ Ավելի քան 2 շաբաթ, բայց 4 շաբաթից պակաս
- ☐ 4 շաբաթ կամ ավելի

26. Տարիքը.

27. Դուք անօթևան եք:

- ☐ Այո՝ ☐ Ոչ

28 Դուք երբևէ ստացե՞լ եք արտակարգ իրավիճակների կառավարման ծառայություններ:

- ☐ Այո, ես ներկայումս ստանում եմ արտակարգ իրավիճակների կառավարման ծառայություններ
- ☐ Այո, ես անցյալում ստացել եմ արտակարգ իրավիճակների կառավարման ծառայություններ
- ☐ Ոչ, ես երբեք չեմ ստացել Արտակարգ իրավիճակների կառավարման ծառայություններ

29. Ո՞րն է ձեր ներկայիս գենդերային ինքնությունը (Նշում. Ահա թե ինչպես եք դուք նույնականացնում ձեզ, որը կարող է չհամընկնել այն սեռի հետ, որը ձեզ նշանակել են ծննդյան ժամանակ):

- ☐ Արական
- ☐ Իգական
- ☐ Իգական-տղամարդ (FTM)/Տրանսգենդեր Արական/Տրանս տղամարդ
- ☐ Տղամարդից կին (MTF)/Տրանսգենդեր կին/Տրանս կին
- ☐ Քուիր, ոչ բացառապես արական, ոչ էլ իգական սեռի
- ☐ Լրացուցիչ գենդերային կատեգորիա կամ այլ.
- ☐ Նախընտրում եմ չհայտարարել

30. Ինչպիսի՞ն է եղել ձեր սեռը ծննդյան ժամանակ:

- ☐ Իգական
- ☐ Արական
- ☐ Այլ գենդերային ինքնություն
- ☐ Հրաժարվեց պատասխանել

31. Ո՞րն է ձեր սեռական կողմնորոշումը:

- ☐ Ավանդական/ ☐ Պանսեքսուալ
- ☐ Հետերոսեքսուալ ☐ Ասեքսուալ
- ☐ Գեյ կամ լեսբի ☐ Մեկ այլ բան. (խնդրում եմ նկարագրել)
- ☐ Գեյ (տղամարդ)
- ☐ Բիսեքսուալ ☐ Տարօրինակ
- ☐ չգիտեմ ☐ Նախընտրում եմ չհայտարարել

32. Դուք ծագումով մեքսիկացի/իսպանացի/լատինքս եք:

- ☐ Այո՝ ☐ Ոչ ☐ Անհայտ

33. Բեղ/Էթնիկ պատկանելություն (խնդրում ենք ընտրել բոլորը, որոնք կիրառելի են).

- ☐ Ամերիկյան հնդիկ/Ալյասկա բնիկ
- ☐ ասիական
- ☐ Սև/աֆրոամերիկացի
- ☐ Բնիկ Հավայցի/Բասիֆիկի կղզիներից
- ☐ Սպիտակ/Եվրոպոիդ
- ☐ Այլ ռասա
- ☐ Անտեղյակ

34. Հաշմանդամության կարգավիճակ (խնդրում ենք նշել այն ամենը, ինչ կիրառելի է).

- ☐ Ֆիզիկապես հաշմանդամ
- ☐ Տեսողության խանգարում/կույր
- ☐ Լսողության խանգարում/խուլ
- ☐ Հոգեկան առողջության համընկնող վիճակ
- ☐ Այլ կարգացման կամ մտավոր հաշմանդամություն ունեցող անձինք
- ☐ Այլ (նշեք).
- ☐ Ոչ ոք

35. Ի՞նչ կարգավիճակ ունեք քրեական արդարադատության ոլորտում:

- ☐ Համայնքի վերահսկողությունից հետո (AB109) կամ պայմանական ազատազրկում ցանկացած դաշնային, նահանգային կամ տեղական իրավասությունից
- ☐ Սպասում է դատավարության, մեղադրանքի կամ դատավճռի
- ☐ Ցանկացած այլ իրավասությունից պայմանական վաղաժամկետ ազատում
- ☐ Քրեական արդարադատության ցանկացած այլ ներգրավվածություն
- ☐ Ոչ մի քրեական արդարադատության ներգրավում