

Home Unit

CalOMS

Provider ID

Исследование субъективных оценок лечения (молодежь)

Program Reporting Unit (address)

Setting:

Early Intervention

OP/IOP

Residential

Recovery Services

Field Based Services: Agency

Address

Пожалуйста, ответьте на эти вопросы о своем опыте участия в этой программе, чтобы помочь улучшить обслуживание. Используйте ответ «Неприменимо», если вопрос касается чего-то, с чем вы не сталкивались. Ваши ответы конфиденциальны и не повлияют на ваше теку. Не пишите свое имя в этой форме.

Пожалуйста, поставьте крестик «X» в квадратики чёрной ручкой. Выберите только один ответ на каждый вопрос.

Сегодняшняя дата (месяц / день / год)

/

/

Верный Неверно

Полностью согласен

Согласен

Отношусь нейтрально

Не согласен

Совсем не согласен

Не применимо

1. Место, где оказывались услуги, было удобным для меня. (общественный транспорт, расстояние, парковка и т.д.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Услуги были доступны в удобное для меня время.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. У меня были хорошие впечатления о процедуре записи на раннего вмешательства/лечения / восстановления.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Мой консультант и я вместе работали над целями раннего вмешательства/лечения / восстановления.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Я получал услуги, подходящие для меня.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Персонал относился ко мне с уважением.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Мне кажется, что мой консультант не торопясь выслушивал все, что я хотел сказать.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. У меня сложились позитивные, доверительные отношения с моим консультантом.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Персонал относился с уважением к моим культурологическим особенностям (раса, религия, язык и т.д.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Я чувствую, что мой консультант был искренне заинтересован во мне и понимал меня.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Мне понравился мой консультант здесь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Мой консультант в состоянии мне помочь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Здешние сотрудники заботятся о том, чтобы удовлетворять требования моего здоровья и моего эмоционального здоровья (физические осмотры, депрессивное настроение и т.д.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Здешние сотрудники помогали мне с другими вопросами и проблемами, связанными с юридической системой/испытательным сроком, семьей и системой образования.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Мой консультант оказывал необходимые услуги моей семье.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. В результате полученных мной услуг я лучше могу делать то, что хочу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Благодаря услугам, которые я получаю, я чувствую меньшую тягу к наркотикам и алкоголю.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. В целом я удовлетворен оказанными мне услугами.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Я бы рекомендовал эти услуги другу, которому понадобилась бы подобная помощь.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Я чувствую себя комфортно обсуждать любые срывы или возврат к употреблению психоактивных веществ с моим лечащим врачом.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Я начал лечение наркозависимости с целью достижения либо полное воздержание или сокращение употребления	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Вспомните о полученных услугах, какая часть из них была через telehealth (по телефону или через видео-конференцию)?	<input type="checkbox"/> Нисколько	<input type="checkbox"/> Очень мало	<input type="checkbox"/> Примерно половина	<input type="checkbox"/> Почти все	<input type="checkbox"/> Все	
23. Насколько полезными были ваши телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными визитами?	<input type="checkbox"/> Намного лучше	<input type="checkbox"/> Несколько лучше	<input type="checkbox"/> Примерно такой же	<input type="checkbox"/> Несколько хуже	<input type="checkbox"/> Не применимо	

Revised 10/06/2025

Treatment Perceptions Survey – Youth Russian

24. Когда вы поступили на программу лечения, персонал программы предложил вам копию справочника пациента или показал, где его можно найти?: ☐ Да ☐ Нет

25. Показывали ли вам сотрудники программы ознакомительный видеоролик для пациентов?: ☐ Да ☐ Нет

26. Просмотр обучающего видео для пациентов помог мне получить информацию, которую я могу использовать для доступа ко всем доступным услугам по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.. ☐ Полностью согласен ☐ Соглашаться ☐ Я нейтральный ☐ Не согласен ☐ Категорически не согласен ☐ Непригодный

27. Пожалуйста, сообщите нам свои замечания. Что было самым полезным в этой программе? Что бы вы поменяли в этой программе? Пожалуйста, не пишите никакой идентифицирующей вас информации. Например, НЕ ПИШИТЕ свое имя или номер телефона.

теперь расскажи немного о себе.

28. Как давно вы получаете здесь услуги?

- ☐ Менее 1 месяца
☐ 1-5 месяцев
☐ 6 месяцев и более

29. Возраст:

30. Вы бездомный?

- ☐ Да ☐ Нет

31. Вы когда-нибудь пользовались услугами по управлению непредвиденными обстоятельствами?

- ☐ Да, в настоящее время я получаю услуги по управлению непредвиденными обстоятельствами.
☐ Да, в прошлом я пользовался услугами по управлению непредвиденными обстоятельствами
☐ Нет, я никогда не пользовался услугами по управлению непредвиденными обстоятельствами.

32. Какова ваша нынешняя гендерная идентичность (Примечание: именно так вы идентифицируете себя, что может не совпадать с полом, присвоенным вам при рождении)?

- ☐ Мужской
☐ Женский
☐ Женщина-мужчина (FTM) / трансгендерный мужчина / транс-мужчина
☐ Мужчина-женщина (MTF) / трансгендерная женщина / транс-женщина
☐ Странно
☐ Дополнительная гендерная категория или другое: _____
☐ предпочитаю не указывать

33. Какой у вас был пол при рождении

- ☐ женский ☐ Мужской ☐ Другая гендерная идентичность _____
☐ Отказаться от ответа

34. Какова ваша сексуальная ориентация

- ☐ Натуралы или гетеросексуалы ☐ Асексуальный
☐ Лесбиянка, гей или гомосексу ☐ Что-то еще: (пожалуйста, опишите) _____
☐ Гей (Мужчина) ☐ Квир
☐ Бисексуал ☐ предпочитаю не указывать
☐ не знаю
☐ Пансексуал

35. Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?

- ☐ да
☐ Нет
☐ Неизвестно

36. Расовая/этническая принадлежность (Пожалуйста, выберите все относящиеся):

- ☐ Американский индеец/происхождением из Аляски
☐ Азиат
☐ Темнокожий/афроамериканец
☐ Гаваец/регион тихоокеанских островов
☐ Белый / европеоидная раса
☐ Другая раса _____
☐ Неизвестно

37. Статус инвалидности (отметьте все подходящие варианты):

- ☐ Инвалид
☐ Слабовидящие / слепые
☐ С нарушениями слуха / глухота
☐ Сопутствующее состояние психического здоровья
☐ С отклонениями в развитии или интеллектуальными нарушениями
☐ Другое (указать): _____
☐ Нисколько

38. Каков ваш статус участия в уголовном правосудии?

- ☐ Общественный надзор после освобождения (AB109) или испытательный срок в любой федеральной, государственной или местной юрисдикции.
☐ В ожидании суда, обвинений или приговора
☐ Условно-досрочное освобождение из любой другой юрисдикции
☐ Любое другое участие в уголовном правосудии
☐ Без участия уголовного правосудия

