

वयस्क सन्तुष्टि सर्वेक्षण

(ADULT SATISFACTION SURVEY)

हामीलाई तपाईंले विगत 6 महिनामा प्राप्त गर्नुभएको मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग सेवाहरूका बारेमा तपाईंको धारणा थाहा पाउन चाहन्छौं जसकारण हामी उत्कृष्ट सम्भावित सेवाहरू प्रदान गर्न सकौं। यो सर्वेक्षणमा आफ्नो नाम नलेख्नुहोस्। तपाईंका उत्तरहरू गोप्य रूपमा ह्याण्डल गरिने छन्। तपाईंले प्रतिक्रिया दिनुभयो भने हामीलाई थाहा हुने छैन, तर हामी हाम्रा सेवाहरू सुधार गर्नका लागि तपाईंको प्रतिक्रियाहरूको समीक्षा गर्ने छौं।

खण्ड 1: कृपया तपाईंले पछिल्लो 6 महिनामा प्राप्त गर्नुभएको मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थको प्रयोग सेवाहरूका बारेमा निम्न प्रत्येक कथनसँग कतिको सहमत वा असहमत हुनुहुन्छ भनी तपाईंको धारणालाई राम्रोसँग प्रतिनिधित्व गर्ने नम्बरलाई घेरा हालेर सङ्केत गर्नुहोस्। यदि विवरण तपाईंले अनुभव गर्नुभएको कुरा हो भने, "लागू हुँदैन" उत्तर दिनुहोस् जसले यो तपाईंका लागि लागू नहुने कुरा जनाउँछ।

	पूर्ण रूपमा असहमत		अनिर्णित	पूर्ण रूपमा सहमत		लागू हुँदैन
	असहमत	सहमत		असहमत	सहमत	
1. मलाई मैले प्राप्त गरेको सेवाहरू मनपर्छ।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
2. यदि मेरो अरू विकल्प भए पनि, तब पनि म यही संस्थाबाट सेवाहरू लिने थिएँ।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
3. म त्यही एजेन्सीलाई साथी वा परिवारको सदस्यलाई सिफारिस गर्ने छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
4. सेवाहरूको स्थान सुविधाजनक थियो (पार्किङ, सार्वजनिक यातायात, दूरी, आदि)।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
5. कर्मचारीहरू मलाई आवश्यकताअनुसार बारम्बार देख्न इच्छुक थिए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
6. कर्मचारीहरूले मेरो फोन कल 24 घण्टाभित्र फर्काए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
7. सेवाहरू मेरो लागि उपयुक्त समयमा उपलब्ध थिए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
8. मलाई आवश्यक पर्ने सबै सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्षम थिएँ।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
9. मलाई चाहिएको समयमा मनोचिकित्सकलाई भेट गर्न सक्षम थिएँ।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
10. कर्मचारीहरूले म वृद्धि, परिवर्तन, र सुधार गर्न सक्षम हुन सक्ने विश्वास गरे।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
11. मैले मेरो उपचार र औषधिहरूको बारेमा प्रश्न सोध्न सहज महसुस गरे।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
12. मैले गुनासो गर्न स्वतन्त्र महसुस गरें।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
13. मलाई मेरो अधिकारहरूका बारेमा जानकारी दिइएको थियो।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
14. कर्मचारीहरूले मलाई मेरो जीवनको तरिकामा जिम्मेदारी लिन प्रोत्साहन गरे।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
15. कर्मचारीहरूले मलाई कुन-कुन साइड इफेक्टहरूमा ध्यान दिनु पर्ने बताए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
16. कर्मचारीहरूले मेरो उपचारका बारेमा जानकारी दिने र नगर्ने व्यक्तिहरूका बारेमा मेरो इच्छाको सम्मान गरे।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन

खण्ड 1 (पहिलो पृष्ठबाट जारी)...

	पूर्ण रूपमा		अनिर्णित	सहमत	पूर्ण रूपमा	
	असहमत	असहमत			सहमत	सहमत
17. मैले, कर्मचारी नभएको, मेरो उपचार लक्ष्यहरू निर्णय गरें।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
18. कर्मचारीहरू मेरो सांस्कृतिक पृष्ठभूमि (जाति, धर्म, भाषा, आदि) प्रति संवेदनशील थिए।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
19. कर्मचारीहरूले मलाई मेरो मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग अवस्थाको व्यवस्थापन गर्न जिम्मा लिनका लागि आवश्यक जानकारी प्राप्त गर्न मद्दत गरे।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
20. मलाई उपभोक्ता-चालित कार्यक्रमहरू (समर्थन समूहहरू, डूप-इन केन्द्रहरू, गर्म लाइनहरू, आदि) प्रयोग गर्न प्रोत्साहित गरियो।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन

खण्ड 2: पछिल्लो 6 महिनामा प्राप्त गरेको मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग सेवाहरूको प्रत्यक्ष परिणामको रूपमा.....

	पूर्ण रूपमा		अनिर्णित	सहमत	पूर्ण रूपमा	
	असहमत	असहमत			सहमत	सहमत
21. म दैनिक समस्याहरूलाई बढी प्रभावकारी तरिकाले समाधान गर्न सक्षम छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
22. म आफ्नो जीवनलाई राम्रोसँग नियन्त्रण गर्न सक्षम छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
23. म संकटसँग राम्रोसँग सामना गर्न सक्षम छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
24. म आफ्ना परिवारसँग राम्रोसँग मिलेर बस्न सकिरहेको छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
25. म सामाजिक परिस्थितिहरूमा राम्रोसँग प्रदर्शन गर्दै छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
26. म विद्यालय र/वा काममा राम्रो गर्छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
27. मेरो आवासको स्थिति सुधारिएको छ।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
28. मेरो लक्षणहरूले मलाई धेरै प्रभावित गरिरहेको छैन।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
29. म यस्ता चीजहरू गर्छु जुन मेरो लागि बढी अर्थपूर्ण छन्।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
30. म आफ्ना आवश्यकताहरूको हेरचाह गर्न सक्षम छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
31. जब चीजहरू गलत हुन्छन्, म तिनीहरूलाई सम्हाल्नमा अझ राम्रो सक्षम छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
32. म आफूले गर्न चाहने कामहरू गर्न सक्षम छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन

खण्ड 3: कृपया आफ्नो मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग प्रदायकहरू बाहेकका व्यक्तिहरूसँगको हालको सम्बन्धका बारेमा उत्तर दिनुहोस्।

	पूर्ण रूपमा असहमत	असहमत	अनिर्णित	सहमत	पूर्ण रूपमा सहमत	लागू हुँदैन
33. मसँग भएका मित्रताहरूमा म खुसी छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
34. मसँग रमाइलो चीजहरू गर्न सक्ने मानिसहरू छन्।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
35. मलाई लाग्छ कि म मेरो समुदायमा समावेश छु।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन
36. संकटको अवस्थामा, मेरो परिवार वा साथीहरूले मलाई आवश्यक समर्थन दिनेछन्।	1	2	3	4	5	लागू हुँदैन

खण्ड 4: कृपया हामीलाई तपाईंका बारेमा थोरै थाहा दिन निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

37. के तपाईं हाल मानसिक स्वास्थ्य र/वा पदार्थ प्रयोग सेवाहरू प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ?

- 1 = मानसिक स्वास्थ्य मात्र 3 = मानसिक स्वास्थ्य र पदार्थ प्रयोग
2 = पदार्थ प्रयोग मात्र 4 = अज्ञात

38. तपाईंले यी सेवाहरू कति समयदेखि प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ?

- 1 = 6 महिनाभन्दा कम 3 = 1 वर्षदेखि 2 वर्ष 5 = अज्ञात
2 = 6 महिनादेखि 1 वर्ष 4 = 2 वर्षभन्दा धेरै

39. तपाईंको लिङ्ग के हो?

- 1 = महिला 3 = तेस्रो लिङ्गी महिला 5 = अज्ञात
2 = पुरुष 4 = तेस्रो लिङ्गी पुरुष 6 = अन्य (कृपया निम्न कुरा व्याख्या गर्नुहोस्: _____)

40. तपाईंको उमेर कति हो? _____ वर्ष

41. तपाईंको जातीय पृष्ठभूमि के हो? (कृपया लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्)

- 1 = अमेरिकी भारतीय/अलास्का निवासी 5 = श्वेत/कौकेसियन
2 = एसियाली 6 = अज्ञात
3 = अश्वेत/अफ्रिकी अमेरिकी 7 = अन्य (कृपया निम्न कुरा व्याख्या गर्नुहोस्: _____)
4 = मूल निवासी हवाईयन/प्रशान्त द्वीपवासी

42. तपाईं मेक्सिकन, हिस्पैनिक वा ल्याटिनो मूल हुनुहुन्छ?

- 1 = हो 2 = होइन 3 = अज्ञात

43. तपाईं अहिले कुन देशमा बस्नुहुन्छ? _____

44. तपाईंले पछिल्लो 6 महिनामा प्राप्त गर्नुभएको सेवाहरूका बारेमा कुनै अन्य टिप्पणीहरू छन्?

यो सर्वेक्षण पूरा गर्नका लागि तपाईंको समय र सहकार्यका लागि धन्यवाद!

Office Use Only: Survey ID: _____ Date Survey Received: ____/____/_____
Program Enrollment Status: *(select all that apply)* CCS CSP FEP