



ADULT SURVEY Spring 2023

ARMENIAN
Without QOL

Print PDF as needed. Do not photocopy!

Խնդրում ենք օգնել մեր գործակալությանը բարելավել ծառայությունները՝ պատասխանելով մի քանի հարցի: Ձեր պատասխանները գաղտնի են և չեն ազդի Ձեր ստացած ընթացիկ կամ հետագա ծառայությունների վրա:

ՕՐԻՆԱԿ

ՕՐԻՇՏ



ՍԽԱԼ



ՀԱՎՔԾ Սպառողների հետազոտություն*:

Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին՝ հիմնվելով ՎԵՐՁԻՆ 6 ԿԱՄ ծառայությունները 6 ամիս ընթացքում չստանալու դեպքում մինչ այժմ ստացված ծառայությունների վրա: Խնդրում ենք ստորև նշված պնդումներից յուրաքանչյուրի առջև նշել նախընտրելի տարբերակը: լիովին համաձայն եք, համաձայն եք, չեք կողմնորոշվում, համաձայն չեք, բոլորովին համաձայն չեք: Եթե հարցը վերաբերում է մի բանի, որին Դուք չեք առնչվել, ընտրեք Կիրառելի չէ տարբերակը՝ նշելով, որ այն Ձեզ չի վերաբերում:

	Լիովին համաձայն եմ	Համաձայն եմ	Չեմք	Համաձայն չեմ	Բոլորովին համաձայն չեմ	Կիրառելի չէ
1. Ինձ դուր են գալիս այն ծառայությունները, որոնք ստացել եմ այստեղ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Եթե ես այլ ընտրություն ունենայի, ես կօգտվեի այս գործակալության յուրություններից:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ես խորհուրդ կտամ ընկերների կամ ընտանիքի անդամի օգտվել այս գործակալությունից:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ծառայությունների գտնվելու վայրը հարմար էր (ավտոկանգառ, հասարակական տրանսպորտ, հեռավորություն, և այլն):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Անձնակազմը պատրաստ էր ընդունել ինձ այնքան հաճախ, որքան ես կարծում էի, որ անհրաժեշտ էր:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Անձնակազմը հետ զանգ էր կատարում իմ զանգից 24 ժամվա ընթացքում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ծառայությունները հասանելի էին այն ժամանակ, երբ հարմար էր ինձ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ես կարողացել եմ ստանալ այն բոլոր ծառայությունները, որոնք ես կարծում էի, որ ինձ անհրաժեշտ են:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ես կարողացել եմ այցելել հոգեբույժի, երբ ցանկացել եմ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Անձնակազմն այստեղ վստահ է, որ ես կարող եմ աճել, փոխվել և վերականգնվել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ես ինձ հարմարավետ եմ զգացել իմ բուժման և դեղորայքի վերաբերյալ հարցեր տալիս:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ես կարողացել եմ ազատ դժգոհել	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ինձ տրվել են տեղեկություններ իմ իրավունքների մասին:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Անձնակազմը ինձ քաջալերել է պատասխանատվություն ստանձնել իմ ապրելակերպի համար:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Անձնակազմն ինձ ասել է, թե ինչ կողմնակի ազդեցությունների է պետք ուշադրություն դարձնել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Անձնակազմը հարգանքով է մոտեցել իմ ցանկությանը իմ բուժման վերաբերյալ այս կամ այն մարդու տեղեկատվություն տրամադրելու հարցում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ես ինքս, այլ ոչ թե անձնակազմն է որոշել իմ բուժման նպատակները:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Անձնակազմը հարգել է իմ մշակութային ծագումը (ռասան, կրոնը, լեզուն, և այլն):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Անձնակազմն օգնել է ինձ ձեռք բերել ինձ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը, որպեսզի ստանձնեմ իմ հիվանդությունը ղեկավարելու պատասխանատվությունը:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ինձ խրախուսել են օգտվել սպառողների կողմից իրականացվող ծրագրերից (օժանդակ խմբեր, թողարկման կենտրոններ, ճգնաժամային թեժ գիծ և այլն):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ՇԱՐՈՒՆԱԿՎՈՒՄ Ե Գաջորդ Էջում...

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page



Որպես իմ ստացած ծառայությունների ուղղակի արդյունք՝,

21.	Ես ավելի արդյունավետորեն եմ առընչվում առօրյա խնդիրներին:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Ես ավելի լավ եմ կարողանում ղեկավարել իմ կյանքը:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Ես ավելի լավ եմ կարողանում հաղթահարել ճգնաժամը:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Ես ընտանիքի հետ լավ եմ շփվում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Ես ավելի լավ եմ ինձ դրսևորում սոցիալական շփման պայմաններում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Ես ավելի լավ եմ աշխատում դպրոցում և/կամ աշխատանքում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Իմ բնակարանային իրավիճակը բարելավվել է:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Իմ ֆիտանիշներն ինձ այլևս քիչ են անհանգստացնում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Ես զբաղվում եմ այնպիսի բաներով, որոնք ավելի իմաստալից են:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Ես ավելի լավ ունակ եմ հոգալ իմ կարիքները:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Ես ավելի ունակ եմ կարգավորել հարցերը, երբ հանդիպում եմ դժվարությունների:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Ես ավելի լավ եմ անում այն, ինչ ցանկանում եմ անել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Հաջորդող չորս հարցերում խնդրում ենք պատասխանել Ձեր հոգեկան առողջության մատակարար(ներ)ից բացի այլ անձանց հետ հարաբերությունների վերաբերյալ:

33.	Ես գոհ եմ իմ ունեցած ընկերներից:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Ես գոհ եմ իմ ունեցած ընկերներից: Ես ունեմ մարդիկ, որոնց հետ ես կարող եմ հաճելի գործով զբաղվել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Ես զգում եմ, որ պատկանում եմ իմ շրջապատին:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Ճգնաժամի պայմաններում ես կունենամ այն աջակցությունը, որն ինձ անհրաժեշտ է ընտանիքից կամ ընկերներից:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի տեղեկացնեք Ձեր մասին:

1. Մտավորապես, որքա՞ն ժամանակ եք ստացել ծառայություններ այստեղ:

Սա իմ առաջին այցն է այստեղ: 3-5 ամիս
 Ես ունեցել եմ մեկից ավելի այցեր, բայց ծառայություններ եմ ստացել մեկ ամսից պակաս: 6 ամսից 1 տարի
 1-2 ամիս Ավելի քան 1 տարի

Ես այստեղ ծառայություն եմ ստացել 1 տարուց պակաս:

2. Դուք ձերբակալվե՞լ եք այն պահից ի վեր, երբ սկսել եք հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալ: Այո Ոչ

3. Դուք ձերբակալվե՞լ եք դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ

4. Հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալուց ի վեր հանդիպումները ոստիկանների հետ ...

Նվազել են (օրինակ, Դուք չեք ձերբակալվել, ոստիկանության կողմից հետապնդվել, ոստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)
 Նույնն են մնացել
 Ավելացել են
 Կիրառելի չէ (Դուք այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել)

→ Անցեք ներքևում տրված թիվ 8 հարցին

Ես այստեղ ծառայություն եմ ստացել 1 տարի կամ ավելի:

5. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ձերբակալվե՞լ եք: Այո Ոչ

6. Դուք ձերբակալվե՞լ եք դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ

7. Անցած տարվա ընթացքում Դուք ունեցել եք հանդիպումներ ոստիկանության հետ...

Նվազել են (օրինակ, Դուք չեք ձերբակալվել, ոստիկանության կողմից հետապնդվել, ոստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)
 Նույնն են մնացել
 Ավելացել են
 Կիրառելի չէ (Դուք այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի մի փոքր տեղեկացնեք Ձեր մասին:

8. Ո՞րն է Ձեր սեռը: Իգական Արական Այլ

9. Դուք ունե՞ք մեքսիկական/իսպանական/լատինական ծագում: Այո Ոչ Անհայտ

10. Ի՞նչ ռասայի եք պատկանում: (Խնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելի տարբերակները): Անհայտ

Ամերիկյան հնդկացի/ բնիկ այլասկացի Բնիկ ամերիկացի/այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ

Ասիացի Սպիտակամորթ/ կովկասցի

Սևամորթ/աֆրոամերիկացի Այլ

11. Ո՞րն է Ձեր ծննդյան ամսաթիվը: [mm/dd/yyyy]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[ամիս / օր / տարի]

12. Արդյո՞ք Ձեր ստացած ծառայությունները մատուցվել են Ձեր նախընտրած լեզվով: Այո Ոչ

13. Արդյո՞ք գրավոր տեղեկությունները (օրինակ՝ հասանելի ծառայությունները, Ձեր իրավունքները որպես սպառող և հոգեկան առողջության ուսուցման կյուրթերը պարունակող գրքույկները) տրամադրվել են Ձեր նախընտրած լեզվով: Այո Ոչ

14. Ո՞րն էր հիմնական պատճառը, որ Դուք ներգրավվել էք այս ծրագրում:

Ես որոշել եմ այցելել ինքնուրույն: Մեկ ուրիշն է խորհուրդ տվել այցելել: Ես այցելել եմ իմ կամքին հակառակ:

15. Խնդրում ենք նշել, թե ով է օգնել Ձեզ լրացնել այս հարցումը կամ դրա մի մասը (նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները).

- Ես օգնության կարիք չեմ ունեցել:
- Ինձ օգնել է հոգեկան առողջության պաշտպան/կամավոր:
- Հոգեկան առողջության ծառայությունների մեկ այլ սպառող է ինձ օգնել:
- Ինձ օգնել է իմ ընտանիքի անդամը:
- Ինձ օգնել է պրոֆեսիոնալ հարցազրուցավար:
- Ինձ օգնել է իմ բժիշկը/գործի կառավարիչը:
- Ինձ օգնել է իմ կլինիկայից կամ գործի ղեկավարից բացի անձնակազմի այլ անդամ:
- Ինձ օգնել է մեկ ուրիշը: Ո՞վ:

16. Խնդրում ենք տրամադրել մեկնաբանություններն այստեղ: Մեզ հետաքրքրում են ինչպես դրական, այնպես էլ բացասական արձագանքները: Բացի այդ, եթե կան հարցեր, որոնք չեն ընդգրկվել այս հարցաթերթիկում, բայց կարծում եք, որ պետք է ներառվեն, խնդրում ենք գրել այստեղ: Շնորհակալություն այս հարցաթերթիկը լրացնելու Ձեր ժամանակի և համագործակցության համար:

Շնորհակալություն այս հարցերին պատասխանելու ժամանակ տրամադրելու համար:

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

Ref Imp Lan Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Reporting Unit:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

59428

