

BẢN THĂM DÒ Ý KIẾN THANH THIẾU NIÊN* (YSS)

Xin vui lòng giúp cơ quan chúng tôi cung ứng dịch vụ tốt hơn bằng cách trả lời một số các câu hỏi. Câu trả lời của em sẽ được giữ kín và sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ mà em đang nhận hoặc sẽ nhận trong tương lai. Xin trả lời các câu hỏi sau đây bằng cách tô vào ô tròn tương ứng với chọn lựa của em. Xin tô đầy ô tròn.

Thí dụ: Đúng Không đúng

Xin trả lời các câu hỏi sau đây dựa trên dịch vụ em nhận được trong 6 tháng qua. Nếu em nhận dịch vụ dưới 6 tháng, xin trả lời dựa trên dịch vụ nhận được cho đến nay. Cho biết là em Hoàn toàn không đồng ý, Không đồng ý, Không có ý kiến, Đồng ý hay Hoàn toàn đồng ý với mỗi câu hỏi dưới đây. Nếu có câu hỏi về những gì em không trải qua, tô vào ô tròn Không áp dụng để cho biết câu hỏi đó không áp dụng cho em.

	Hoàn toàn không đồng ý	Không đồng ý	Không có ý kiến	Đồng ý	Hoàn toàn Đồng ý	Không áp dụng
1. Nói chung, tôi hài lòng với các dịch vụ tôi đã nhận tại đây.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tôi đã giúp chọn các dịch vụ cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tôi đã giúp chọn các mục tiêu chữa trị cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Những người giúp đỡ tôi đã kiên nhẫn với tôi trong mọi vấn đề.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tôi cảm thấy tôi đã có người để nói chuyện khi gặp trở ngại.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tôi đã tham gia vào việc chữa trị của tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Các dịch vụ tôi nhận đã thích hợp cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Địa điểm nhận dịch vụ thuận tiện cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Các dịch vụ được cung ứng ở những thời điểm thuận tiện cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tôi đã nhận được sự giúp đỡ mà tôi mong muốn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tôi đã nhận được đầy đủ sự giúp đỡ cần thiết cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Các nhân viên tôn trọng tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Các nhân viên tôn trọng tôn giáo/tín ngưỡng của gia đình tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Các nhân viên nói chuyện với tôi một cách rất dễ hiểu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Các nhân viên tế nhị đối với văn hóa/nguồn gốc sắc tộc của tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hoàn toàn không đồng ý	Không đồng ý	Không có ý kiến	Đồng ý	Hoàn toàn Đồng ý	Không áp dụng
Kết quả của dịch vụ tôi đã nhận là:						
16. Tôi có tiến bộ trong sinh hoạt hàng ngày.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tôi hòa đồng tốt hơn với thân nhân trong gia đình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tôi hòa đồng tốt hơn với bạn hữu và các người khác.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tôi tiến bộ hơn trong trường và (hoặc) trong công việc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tôi có tiến bộ trong khả năng đối phó với các khó khăn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tôi hài lòng với cuộc sống gia đình hiện tại.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Tôi có thể làm tốt hơn những điều mà tôi muốn làm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TIẾP TỤC TRANG SAU...

48799

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Đối với các câu hỏi từ #23-26, xin trả lời cho các quan hệ với những người không phải là (những) người cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần của quý vị.

Do kết quả của các dịch vụ mà tôi đã nhận được:	Hoàn toàn không đồng ý	Không đồng ý	Không có ý kiến	Đồng ý	Hoàn toàn Đồng ý	Không áp dụng
23. Tôi biết những người sẽ lắng nghe và hiểu tôi khi tôi cần nói chuyện.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tôi có những người mà tôi cảm thấy thoải mái để bàn về (các) vấn đề của mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Trong một cuộc khủng hoảng, tôi sẽ có sự hỗ trợ mà tôi cần từ gia đình hoặc bạn bè.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tôi có những người mà tôi có thể cùng làm những việc vui thích.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Điều nào hữu ích nhất về các dịch vụ mà quý vị nhận được trong 6 tháng qua?						

28. Điều gì sẽ cải tiến được các dịch vụ tại đây?

29. Xin cho biết ý kiến ở dưới đây hay ở mặt sau của mẫu này. Cơ quan chúng tôi muốn biết tất cả ý kiến, tốt hay xấu.

Xin trả lời các câu hỏi sau đây để cho chúng tôi biết quý vị như thế nào.

1. Quý vị có từng sống tại bất cứ nơi nào sau đây trong 6 tháng qua hay không? (ĐÁNH DẤU VÀO TẤT CẢ NHỮNG ĐIỀU ÁP DỤNG)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Với một trong hai hoặc cả cha lẫn mẹ | <input type="radio"/> Nơi tạm trú cho người vô gia cư | <input type="radio"/> Trại cải huấn của tiểu bang |
| <input type="radio"/> Với một người thân khác trong gia đình | <input type="radio"/> Nhà tập thể | <input type="radio"/> Bỏ nhà đi hoang/vô gia cư/ngoài đường phố |
| <input type="radio"/> Nhà cha mẹ nuôi | <input type="radio"/> Trung tâm điều trị nội trú | <input type="radio"/> Nơi khác (mô tả): _____ |
| <input type="radio"/> Nhà cha mẹ nuôi có làm liệu pháp | <input type="radio"/> Bệnh viện | |
| <input type="radio"/> Nhà tạm trú lúc khủng hoảng | <input type="radio"/> Nhà tù địa phương hoặc trại giam | |

2. Năm ngoái, quý vị có đi gặp bác sĩ (hoặc y tá) để khám sức khỏe hoặc vì em bị bệnh hay không? (đánh dấu vào một)

- Có, tại một y viện hoặc phòng mạch Có, nhưng chỉ ở trong một phòng cấp cứu Không Không nhớ của bệnh viện

3. Quý vị có dùng thuốc cho các vấn đề về xúc cảm/hành vi không? Có Không

3a. Nếu có, bác sĩ hoặc y tá có cho quý vị biết về các phản ứng phụ nào phải theo dõi hay không? Có Không

4. Quý vị đã nhận dịch vụ tại đây khoảng bao lâu rồi?

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Đây là lần đầu tiên tôi đến khám ở đây. | <input type="radio"/> 1 -2 Tháng | <input type="radio"/> Hơn 1 năm |
| <input type="radio"/> Tôi đã đến khám vài lần nhưng mới nhận các dịch vụ không đầy một tháng nay. | <input type="radio"/> 3 -5 Tháng | |
| | <input type="radio"/> 6 tháng tới 1 năm | |

TIẾP TỤC TRANG SAU...


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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



*Xin trả lời cho các câu hỏi từ #5-10 nếu quý vị đã nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần từ MỘT NĂM TRỞ XUỐNG.
Nếu quý vị đã nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần 'HƠN MỘT NĂM,' bỏ qua tới câu hỏi 11.*

5. Quý vị có bị bắt kể từ khi bắt đầu nhận các dịch vụ về sức khỏe tâm thần hay không? Có Không
6. Quý vị có bị bắt trong thời kỳ 12 tháng trước đó không? Có Không
7. Kể từ khi quý vị bắt đầu nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần, việc quý vị chạm trán với cảnh sát ...
 Có giảm bớt (thí dụ, quý vị không bị bắt, gặp rắc rối với cảnh sát, bị cảnh sát đưa tới một nơi tạm trú hoặc vào một chương trình khủng hoảng)
 Vẫn như cũ
 Gia tăng
 Không áp dụng (không chạm trán với cảnh sát trong năm nay hoặc năm ngoái)
8. Quý vị có bị đuổi khỏi trường hoặc bị đuổi học ngắn hạn kể từ khi bắt đầu các dịch vụ không? Có Không
9. Quý vị có bị đuổi khỏi trường hoặc bị đuổi học ngắn hạn trong thời kỳ 12 tháng trước đó không? Có Không
10. Kể từ khi bắt đầu nhận các dịch vụ, số ngày đi học của quý vị:
 Nhiều hơn Khoảng như cũ Ít hơn Không áp dụng (xin nêu lý do tại sao điều này không áp dụng)
 Không có vấn đề gì về việc đi học trước khi bắt đầu dịch vụ (xin chọn lý do tại sao điều này không áp dụng)
 Bị đuổi ra khỏi trường
 Học ở nhà
 Bỏ học
 Điều khác: _____

BỎ QUA tới câu hỏi #17 

*Xin trả lời cho các câu hỏi từ 11-16 **chỉ khi nào** quý vị đã nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần từ MỘT NĂM TRỞ LÊN:*

11. Quý vị có bị bắt trong 12 tháng qua không? Có Không
12. Quý vị có bị bắt trong thời kỳ 12 tháng trước đó không? Có Không
13. Trong năm qua, việc quý vị chạm trán với cảnh sát ...
 Có giảm bớt (thí dụ, quý vị không bị bắt, gặp rắc rối với cảnh sát, bị cảnh sát đưa tới một nơi tạm trú hoặc vào một chương trình khủng hoảng)
 Vẫn như cũ
 Gia tăng
 Không áp dụng (không chạm trán với cảnh sát trong năm nay hoặc năm ngoái)
14. Quý vị có bị đuổi khỏi trường hoặc bị đuổi học ngắn hạn trong 12 tháng qua không? Có Không
15. Quý vị có bị đuổi khỏi trường hoặc bị đuổi học ngắn hạn trong thời kỳ 12 tháng trước đó không? Có Không
16. Trong năm qua, số ngày đi học của quý vị là:
 Nhiều hơn Khoảng như cũ Ít hơn Không áp dụng (xin nêu lý do tại sao điều này không áp dụng)
 Không có vấn đề gì về việc đi học trước khi bắt đầu dịch vụ
 Bị đuổi ra khỏi trường
 Học ở nhà
 Bỏ học
 Điều khác: _____

TIẾP TỤC TRANG SAU...

48799

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Xin trả lời các câu hỏi sau đây để cho chúng tôi biết sơ lược về em.

17. Giới tính của em? Nữ Nam Giới tính khác
18. Em có nguồn gốc Mỹ Tây Cơ /Tây Ban Nha/La Tinh? Có Không Không biết
19. **Chủng tộc của em? (Đánh dấu tất cả những chủng tộc áp dụng cho em.)**
 Mỹ da đỏ (American Indian) / Bản xứ Alaska Bản xứ Hawaii / Bán đảo Thái Bình Dương khác Không biết
 Á đông Da trắng / Chủng tộc da trắng
 Da đen / Mỹ gốc Phi Châu Chủng tộc khác
20. Ngày sinh của em? (Viết vào các ô vuông VÀ tô đầy ô tròn tương ứng. Xem thí dụ.)

Ngày sinh (tháng-ngày-năm)

		-					
0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

THÍ DỤ: Ngày sinh là 30 tháng Tư, 1987:
 Ngày sinh (tháng-ngày-năm)

1. Viết vào ngày sinh của em → **04 - 30 - 1987**

2. Tô đầy ô tròn tương ứng

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	●	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

21. Quý vị có bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal không? Có Không
22. Các dịch vụ mà em nhận có đã được cung cấp bằng ngôn ngữ em muốn không? Có Không
23. Các thông tin bằng văn bản (như tập sách mô tả các dịch vụ, quyền hạn của em là người dùng dịch vụ, và các tài liệu giáo dục về sức khỏe tâm trí) có viết bằng ngôn ngữ em muốn không? Có Không
24. Xin cho biết ai giúp em hoàn tất bất cứ phần nào của bản thăm dò ý kiến này (Đánh dấu tất cả những trường hợp áp dụng cho em):
- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Tôi không cần giúp đỡ. | <input type="radio"/> Chuyên viên phỏng vấn giúp tôi. |
| <input type="radio"/> Người ủng hộ sức khỏe tâm trí (mental health advocate)/nhân viên tình nguyện (volunteer) giúp tôi. | <input type="radio"/> Chuyên viên điều trị (clinician)/người phụ trách ca bệnh lý (case manager) giúp tôi. |
| <input type="radio"/> Một người dùng dịch vụ sức khỏe tâm trí khác giúp tôi. | <input type="radio"/> Một nhân viên khác của cơ quan giúp tôi. |
| <input type="radio"/> Thân nhân trong gia đình giúp tôi. | <input type="radio"/> Một người khác giúp tôi. Là ai?: _____ |

Cám ơn em dành thời giờ trả lời các câu hỏi này!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

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

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:

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

48799

