



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

Խնդրում ենք ամբողջովին ներկել շրջանակը:	Իշտ է Սխալ է	Բոլորովին համաձայն չեմ	Համաձայն չեմ	Չեզոք	Համաձայն եմ	Լիովին համաձայն եմ	Կիրառելի չէ
1. Ընդհանուր առմամբ, ես գոհ եմ իմ ստացած ծառայություններից:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ես օգնել եմ ընտրել իմ ծառայությունները:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ես օգնել եմ ընտրել իմ բուժման նպատակները:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Մարդիկ, ովքեր ինձ օգնում են, անկախ ամեն ինչից շփվում են ինձ հետ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ես զգում էի, որ ինչ-որ մեկի հետ կարող եմ խոսել, երբ ինձ ինչ-որ բան անհանգստացնում է:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ես մասնակցել եմ իմ բուժմանը:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ես ստացել եմ ծառայություններ, որոնք տեղին էին ինձ համար:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ծառայությունների մատուցման վայրը ինձ հարմար էր:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ծառայությունները հասանելի են եղել այն ժամանակ, երբ ինձ հարմար է եղել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ես ստացել եմ այն օգնությունը, որը ցանկանում էի:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ես ստացել եմ այնքան օգնություն, որքան անհրաժեշտ էր:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Անձնակազմն ինձ հարգանքով է վերաբերվել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Անձնակազմը հարգել է իմ ընտանիքի կրոնական/հոգևոր համոզմունքները:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Անձնակազմը ինձ հետ խոսել է հասկանալի ձևով:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Անձնակազմը հարգանքով է մոտեցել իմ մշակութային/էթնիկական ծագմանը:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Որպես իմ ստացած ծառայությունների ուղղակի արդյունք՝ ,							
16. Ես ավելի լավ եմ վարում առօրյա կյանքս:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ես ավելի լավ եմ շփվում ընտանիքի անդամների հետ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ես ավելի լավ եմ շփվում ընկերների և այլ մարդկանց հետ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 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"/>	<input type="radio"/>
20. Ես ավելի լավ եմ կարգավորում հարցերը, երբ հանդիպում եմ դժվարությունների:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ես գոհ եմ մեր ընտանեկան կյանքից ներկա պահին:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. 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"/>	<input type="radio"/>

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

Որպես իմ ստացած ծառայությունների ուղղակի արդյունք՝ ,	Բոլորովին համաձայն չեմ	Համաձայն չեմ	Չեզոք	Համաձայն եմ	Լիովին համաձայն եմ	Կիրառելի չէ
23. Ես գիտեմ մարդկանց, ովքեր կլսեն և կհասկանան ինձ, երբ ես խոսելու կարիք ունենամ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Կան մարդիկ, ում հետ ես հաճելիորեն խոսում եմ իմ խնդրի(խնդիրների) մասին:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ճզնաժամի պայմաններում ես կուներեմ 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"/>
26. 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"/>

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

33927

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

DHCS 1744 AR

Must be entered on EVERY page



27. Ո՞րն է եղել վերջին 6 ամիսների ընթացքում Ձեր ստացած ծառայությունների հետ կապված ամենաօգտակար բանը: Ի՞նչը կրարելավեր ծառայություններն այստեղ: Իսնդրում ենք տրամադրել մեկնաբանություններն այստեղ: Մեզ հետաքրքրում են ինչպես դրական, այնպես էլ բացասական արձագանքները:

Իսնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի տեղեկացնեք Ձեր մասին:

1. Վերջին 6 ամիսների ընթացքում ապրել եք հետևյալ վայրերից որևէ մեկում:

Իսնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելի տարբերակները

<input type="radio"/> Մեկ կամ երկու ծնողների հետ	<input type="radio"/> Բնակելի բուժման կենտրոնում
<input type="radio"/> Ընտանիքի մեկ այլ անդամի հետ	<input type="radio"/> Հիվանդանոցում
<input type="radio"/> Ինամատար ընտանիքում	<input type="radio"/> Տեղական բանտում կամ կալանավայրում
<input type="radio"/> Թերապևտիկ խնամատար ընտանիքում	<input type="radio"/> Պետական ուղղիչ հիմնարկում
<input type="radio"/> Ճգնաժամային ապաստանում	<input type="radio"/> Փախել եք/անօթևան եք եղել/ապրել եք փողոցում
<input type="radio"/> Անօթևանների կացարանում	<input type="radio"/> Այլ
<input type="radio"/> Իմբային տանը	

2. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում այցելել եք բժշկի (կամ բուժքրոջ) բուժզննում անցնելու համար կամ հիվանդ լինելու պատճառով:

<input type="radio"/> Այո, կլինիկայում կամ գրասենյակում
<input type="radio"/> Այո, բայց միայն հիվանդանոցում կամ շտապ օգնության ընդունարանում
<input type="radio"/> Ոչ
<input type="radio"/> Չեմ հիշում

3. Ընդունո՞ւմ եք դեղեր գգայական/վարքային խնդիրներ ունենալու համար: Այո Ոչ

- 3a. *Եթե այո, բժիշկն ու բուժքույրը Ձեզ սասել են, թե ի՞նչ կողմնակի ազդեցությունների է պետք ուշադրություն դարձնել:* Այո Ոչ

* CSI County Client Number

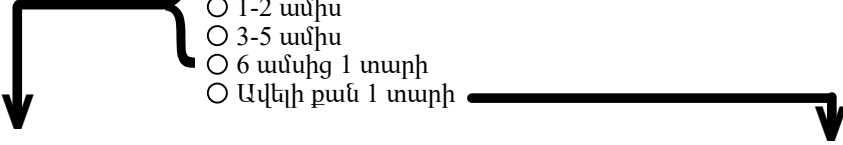
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page



4. Մոտավորապես, որքա՞ն ժամանակ եք ստացել ծառայություններ այստեղ:

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



<p>Խնդրում ենք պատասխանել #5-10 հարցերին, եթե ստացել եք հոգեկան առողջության ծառայություններ</p> <p>ՄԵԿ ՏԱՐԻ ԿԱՍ ՊԱԿԱՍ</p>	<p>Խնդրում ենք պատասխանել #11-16 հարցերին, եթե ստացել եք հոգեկան առողջության ծառայություններ</p> <p>ՄԵԿ ՏԱՐՈՒՑ ԱՎԵԼԻ</p>
<p>5. Դուք ձերբակալվել՞ եք այն պահից ի վեր, երբ սկսել եք հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալ: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>6. Դուք ձերբակալվել՞ եք դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>7. Հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալուց ի վեր հանդիպումները ուստիկանների հետ ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> նվազել են <i>օրինակ, չեք ձերբակալվել, ուստիկանության կողմից հետապնդվել, ուստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն</i> <input type="radio"/> Նույնն են մնացել <input type="radio"/> Ավելացել են <input type="radio"/> Կիրառելի չէ <i>այս կամ անցյալ տարի ուստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել</i> <p>8. Դուք արտաքսվել կամ խափանվել՞ եք ծառայությունների ստացման պահից ի վեր: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>9. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Դուք արտաքսվել կամ խափանվել՞ էիք: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>10. Ծառայություններ ստանալուց ի վեր, Դուք դպրոցում եղել եք մի քանի օր.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ավելի շատ <input type="radio"/> Մոտավորապես նույնը <input type="radio"/> Ավելի քիչ <input type="radio"/> Չի վերաբերվում → <i>Խնդրում ենք նշել, թե ինչու տվյալ կետը կիրառելի չէ</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ծառայությունները սկսելուց ի վեր ես հաճախելու խնդիր չեմ ունեցել <input type="radio"/> Ինձ վտարել են դպրոցից <input type="radio"/> Ես կրթություն եմ ստանում տանը <input type="radio"/> Ես դուրս եմ եկել դպրոցից <input type="radio"/> Այլ 	<p>11. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ձերբակալվել՞ եք: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>12. Դուք ձերբակալվել՞ եք դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>13. Անցած տարվա ընթացքում Դուք ունեցել եք հանդիպումներ ուստիկանության հետ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> նվազել են <i>օրինակ, չեք ձերբակալվել, ուստիկանության կողմից հետապնդվել, ուստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն</i> <input type="radio"/> Նույնն են մնացել <input type="radio"/> Ավելացել են <input type="radio"/> Կիրառելի չէ <i>այս կամ անցյալ տարի ուստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել</i> <p>14. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում արտաքսվել՞ կամ խափանվել՞ եք: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>15. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Դուք արտաքսվել կամ խափանվել՞ էիք: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>16. Անցած մեկ տարվա ընթացքում դուք դպրոցում եք եղել մի քանի օր.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ավելի շատ <input type="radio"/> Մոտավորապես նույնը <input type="radio"/> Ավելի քիչ <input type="radio"/> Չի վերաբերվում → <i>Խնդրում ենք նշել, թե ինչու տվյալ կետը կիրառելի չէ</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ծառայությունները սկսելուց ի վեր ես հաճախելու խնդիր չեմ ունեցել <input type="radio"/> Ինձ վտարել են դպրոցից <input type="radio"/> Ես կրթություն եմ ստանում տանը <input type="radio"/> Ես դուրս եմ եկել դպրոցից <input type="radio"/> Այլ

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



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

17. Որն է ձեր սեռը? Արական Իգական
18. Դուք ունե՞ք մեքսիկական/իսպանական/լատինական ծագում: Այո Ոչ Հայտնի չէ
19. Ի՞նչ ռասայի եք պատկանում: Ամերիկյան հնդկացի/ բնիկ այասկացի Սպիտակամորթ/ կովկասցի
Խնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելի տարբերակները Ասիացի Այլ ռասա
 Սևամորթ/աֆրոամերիկացի Հայտնի չէ
 Բնիկ ամերիկացի/այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ
20. Ո՞րն է Ձեր ծննդյան ամսաթիվը:

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--
21. Դուք Medi-Cal (Medicaid) ապահովագրություն ունե՞ք: Այո Ոչ
22. Արդյո՞ք գրավոր փաստաթղթերը և/կամ ծառայությունները Ձեզ տրամադրվել են Ձեր նախընտրած լեզվով: Այո Ոչ
օրինակ՝ հասանելի ծառայությունները, Ձեր իրավունքները որպես սպառող և հոգեկան առողջության ուսուցման նյութերը պարունակող գրքույկները

23. Դիտարկելով նախկինում Ձեզ մատուցված ծառայությունները, դրանց ո՞ր մասն էք ստացել հեռահար առողջապահական կապի միջոցով: *հեռախոսով կամ տեսազանգով*

Ոչ մեկը Շատ քիչ Մոտավորապես կեսը Գրեթե բոլորը Բոլորը

24. Ինչքանո՞վ եք արդյունավետ համարում Ձեր հեռահար առողջապահական այցելությունները անմիջական այցելությունների համեմատ:

Շատ ավելի վատ Ավելի շուտ վատ Մոտավորապես նույնը Ավելի շուտ լավ Շատ ավելի լավ

Կիրառելի չէ

25. Ես կցանկանայի այս ծրագրի շրջանակներում ստանալ հոգեկան առողջության ավելի շատ ծառայություններ հեռահար առողջապահական կապի միջոցով:

Բոլորովին համաձայն չեմ Համաձայն չեմ Չեզոք Համաձայն եմ Լիովին համաձայն եմ

Կիրառելի չէ

Ճնորհակալություն այս հարցին պատասխանելու համար ժամանակ տրամադրելու համար:

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

 Date of Survey Administration:

0	5
---	---

 /

--	--

 /

2	0	2	6
---	---	---	---

 County Reporting Unit:

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

Code for not completing the survey (if applicable):
 Refused Impaired Language Other

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

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

33927