



- Ինդիվիդուալ ենթ օգնել մեր գործակալությանը բարելավել ծառայությունները՝ պատասխանելով մի քանի հարցի: Ձեր պատասխանները գաղտնի են և չեն ազդի Ձեր ստացած ընթացիկ կամ հետագա ծառայությունների վրա:
- Ինդիվիդուալ ենթ պատասխանել հետևյալ հարցերին՝ հիմնվելով **ՎԵՐՁԻՆ 6 ԱՄՎԱ ԿԱՄ** ծառայությունները 6 ամվա ընթացքում չստանալու դեպքում՝ մինչ այժմ ստացված ծառայությունների վրա: Ինդիվիդուալ ենթ ստորև նշված պնդումներից յուրաքանչյուրի առջև նշել նախընտրելի տարբերակը: **Լիովին համաձայն եմ, Համաձայն եմ, Չեզոք, Համաձայն չեմ կամ Բոլորովին համաձայն չեմ:** Եթե հարցը վերաբերում է մի բանի, որին Դուք չեք առնչվել, ընտրեք **Կիրառելի չէ** տարբերակը՝ նշելով, որ այն Ձեզ չի վերաբերում:

Ինդիվիդուալ ենթ ամբողջովին ներկել շրջանակը:	Իշտ է Մխայ է	●	⊙	⊗	✓	Լիովին համաձայն եմ	Համաձայն եմ	Չեզոք	Համաձայն չեմ	Բոլորովին համաձայն չեմ	Կիրառելի չէ
1. Ինձ դուր են գալիս այն ծառայությունները, որոնք ստացել եմ այստեղ:						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
2. Եթե ես այլ ընտրություն ունենայի, ես կօգտվեի այս գործակալության յուրություններից:						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
3. Ես խորհուրդ կտամ ընկերների կամ ընտանիքի անդամի օգտվել այս գործակալությունից:						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
4. Ծառայությունների գտնվելու վայրը հարմար էր: <i>սախտկանգառ, հասարակական տրանսպորտ, հեռավորություն, և այլն</i>						<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"/>				
6. Անձնակազմը հետ զանգ էր կատարում իմ զանգից 24 ժամվա ընթացքում:						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
7. Ծառայությունները հասանելի էին այն ժամանակ, երբ հարմար էր ինձ:						<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"/>				
9. Ես կարողացել եմ այցելել հոգեբույժի, երբ ցանկացել եմ:						<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"/>				
11. Ես ինձ հարմարավետ եմ զգացել իմ բուժման և դեղորայքի վերաբերյալ հարցեր տալիս:						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
12. Ես կարողացել եմ ազատ դժգոհել						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
13. Ինձ տրվել են տեղեկություններ իմ իրավունքների մասին:						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
14. Անձնակազմը ինձ քաջալերել է պատասխանատվություն ստանձնել իմ ապրելակերպի համար:						<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"/>				
16. Անձնակազմը հարգանքով է մոտեցել իմ ցանկությանը իմ բուժման վերաբերյալ այս կամ այն մարդու տեղեկատվություն տրամադրելու հարցում:						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
17. Ես ինքս, այլ ոչ թե անձնակազմն է որոշել իմ բուժման նպատակները:						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
18. Անձնակազմը հարգել է իմ մշակութային ծագումը: <i>ռասան, կրոնը, լեզուն, և այլն</i>						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
19. Անձնակազմն օգնել է ինձ ձեռք բերել ինձ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը, որպեսզի ստանձնեմ իմ հիվանդությունը դեկավարելու պատասխանատվությունը:						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
20. Ինձ խրախուսել են օգտվել սպառողների կողմից իրականացվող ծրագրերից: <i>օժանդակ խմբեր, թողարկման կենտրոններ, ճգնաժամային թեժ գիծ և այլն</i>						<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

56268

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

DHCS 1744 AR

Must be entered on EVERY page





	Լիովին համաձայն եմ	Համաձայն եմ	Չեզոք	Համաձայն չեմ	Բոլորովին համաձայն չեմ	Կիրառելի չէ
Որպես իմ ստացած ծառայությունների ուղղակի արդյունք՝						
21. Ես ավելի արդյունավետորեն եմ առընչվում առօրյա խնդիրներին:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
22. Ես ավելի լավ եմ կարողանում ղեկավարել իմ կյանքը:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
23. Ես ավելի լավ եմ կարողանում հարթահարել ճգնաժամը:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
24. Ես ընտանիքի հետ լավ եմ շփվում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
25. Ես ավելի լավ եմ ինձ դրսևորում սոցիալական շփման պայմաններում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
26. Ես ավելի լավ եմ աշխատում դպրոցում և/կամ աշխատանքում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
27. Իմ բնակարանային իրավիճակը բարելավվել է:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
28. Իմ ախտանիշներն ինձ այլևս քիչ են անհանգստացնում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
29. Ես զբաղվում եմ այնպիսի բաներով, որոնք ավելի իմաստալից են:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
30. Ես ավելի լավ ունակ եմ հոգալ իմ կարիքները:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
31. Ես ավելի ունակ եմ կարգավորել հարցերը, երբ հանդիպում եմ դժվարությունների:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
32. Ես ավելի լավ եմ անում այն, ինչ ցանկանում եմ անել:	<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՝						
33. Ես գոհ եմ իմ ունեցած ընկերներից:	<input type="radio"/>					
34. Ես գոհ եմ իմ ունեցած ընկերներից: Ես ունեմ մարդիկ, որոնց հետ ես կարող եմ հաճելի գործով զբաղվել:	<input type="radio"/>					
35. Ես զգում եմ, որ պատկանում եմ իմ շրջապատին:	<input type="radio"/>					
36. Ճգնաժամի պայմաններում ես կունենամ այն աջակցությունը, որն ինձ անհրաժեշտ է ընտանիքից կամ ընկերներից:	<input type="radio"/>					

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի տեղեկացնեք Ձեր մասին:

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

- Մա 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

Խնդրում ենք պատասխանել #2 - 4 հարցերին, եթե ստացել եք հոգեկան առողջության ծառայություններ  ՄԵԿ ՏԱՐԻ ԿԱՄ ՊԱԿԱՍ	Խնդրում ենք պատասխանել #5 - 7 հարցերին, եթե ստացել եք հոգեկան առողջության ծառայություններ  ՄԵԿ ՏԱՐՈՒՑ ԱՎԵԼԻ
2. Դուք ձերբակալվել՞ եք այն պահից ի վեր, երբ սկսել եք հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալ: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ 3. Դուք ձերբակալվել՞ եք դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ 4. Հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալուց ի վեր հանդիպումները ոստիկանների հետ ... <input type="radio"/> նվազել են <i>օրինակ, Դուք չեք ձերբակալվել, ոստիկանության կողմից հետապնդվել, ոստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն</i> <input type="radio"/> Նույնն են մնացել <input type="radio"/> Ավելացել են <input type="radio"/> Կիրառելի չէ <i>Դուք այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել</i>	5. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ձերբակալվել՞ եք: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ 6. Դուք ձերբակալվել՞ եք դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ 7. Անցած տարվա ընթացքում Դուք ունեցել եք հանդիպումներ ոստիկանության հետ... <input type="radio"/> նվազել են <i>օրինակ, Դուք չեք ձերբակալվել, ոստիկանության կողմից հետապնդվել, ոստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն</i> <input type="radio"/> Նույնն են մնացել <input type="radio"/> Ավելացել են <input type="radio"/> Կիրառելի չէ <i>Դուք այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել</i>

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

8. Որն է ձեր սեռը? Արական Իգական
9. Դուք ունե՞ք մեքսիկական/իսպանական/լատինական ծագում: Այո Ոչ Հայտնի չէ
10. Ի՞նչ ռասայի եք պատկանում: Ամերիկյան հնդկացի/ բնիկ ալյասկացի Սպիտակամորթ/ կովկասցի
Խնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելի տարբերակները Ասիացի Այլ ռասա
 Սևամորթ/աֆրոամերիկացի Հայտնի չէ
 Բնիկ ամերիկացի/այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



11. Ո՞րն է Ձեր ծննդյան ամսաթիվը:

<i>ամիս</i>	-	<i>օր</i>	-	<i>տարին</i>

12. 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

13. 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

14. Ինչքանո՞վ էք 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

15. 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

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 ներառվեին, խնդրում ենք գրել այստեղ: Ծնորհակալություն այս հարցաթերթիկը լրացնելու Ձեր ժամանակի և համագործակցության համար:



Ծնորհակալություն 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 (optional):

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

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

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

56268



Must be entered on EVERY page