



- Помогите, пожалуйста, нашей организации улучшить качество услуг, ответив на некоторые вопросы. Ваши ответы будут сохранены в конфиденциальности и не повлияют на нынешние или будущие услуги, которые вы. Для каждого элемента опроса ниже, пожалуйста, заполните кружок, который соответствует вашему выбору.
- Пожалуйста, отвечайте на следующие вопросы на основании ПОСЛЕДНИХ 6 МЕСЯЦЕВ или если вы не получали услуг в течение 6 месяцев, просто отвечайте на основании тех услуг, которые вы получали до сих пор. Укажите свой выбор: **Полностью согласны**, **Согласны**, **Отношусь нейтрально**, **Не согласны** или **Категорически не согласны** для каждого из утверждений внизу. Выберите «Неприменимо», если вопрос касается чего-то, с чем вы не сталкивались.
- Пожалуйста, закрашивайте кружок полностью.

Верный ●
Неверно ○ ⊗ ⊙

	Полностью согласны	Согласны	Отношусь нейтрально	Не согласны	Категорически не согласны	Неприменимо
1. Мне нравятся услуги, которые я здесь получил(а).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
2. Если бы у меня был другой выбор, я бы все равно получал(а) услуги в этой организации.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
3. Я бы рекомендовал(а) эту организацию другу или родственнику.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
4. Местоположение услуг было удобным. <i>стоянка автомашин, общественный транспорт, расстояние и т.д.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
5. Работники были согласны принимать меня на прием так часто, как я считал(а) это нужным.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
6. Работники перезванивали мне в течение 24 часов.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
7. Услуги предоставлялись в удобное для меня время.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
8. Я мог(ла) получить все услуги, которые считал(а) для себя необходимыми	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
9. Я мог(ла) попасть на прием к психиатру, когда хотел(а).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
10. Работающий здесь персонал считает, что я могу внутренне расти, измениться и вернуться к норме.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
11. Мне было удобно задавать вопросы о моем лечении и лекарствах.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
12. Я мог(ла) жаловаться, не стесняясь.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
13. Мне предоставили информацию о моих правах.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
14. Работники поощряли меня брать на себя ответственность за то, какой жизнью я живу.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
15. Работники рассказали мне, за появлением каких побочных эффектов нужно следить.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
16. Работники уважали мои желания по поводу того, кому давать информацию о моем лечении, а кому ее не давать.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
17. Я, а не работники, принимал(а) решение насчет целей моего лечения.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
18. Работники проявляли деликатность к моему культурному происхождению. <i>расе, религии, языку и т.д.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
19. Работники помогали мне получить необходимую мне информацию, чтобы я мог(ла) взять на себя контроль над своей болезнью.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
20. Меня поощряли использовать программы, которые проводились потребителями. <i>группы поддержки, постоянно открытые центры, линию для кризисных ситуаций и т.д.</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

47231

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

DHCS 1744 RU

Must be entered on EVERY page



Непосредственно в результате полученных мной услуг:

- 21. Я более эффективно справляюсь с ежедневными проблемами.
- 22. Я могу лучше контролировать свою жизнь.
- 23. Я могу лучше справляться с кризисной ситуацией.
- 24. Я нахожусь в более хороших отношениях со своими родственниками.

Полностью согласны	Согласны	Отношусь нейтрально	Не согласны	Категорически не согласны	Неприменимо
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

- 25. Я лучше справляюсь с социальными ситуациями.
- 26. Мои успехи в школе и/или на работе стали лучше.
- 27. У меня улучшилась ситуация с жильем.
- 28. Мои симптомы уже не беспокоят меня так сильно.

- 29. Я делаю то, что имеет для меня более глубокий смысл.
- 30. У меня лучше получается заботиться о своих потребностях.
- 31. Я умею лучше справляться с ситуациями, когда все идет не так, как нужно.
- 32. У меня лучше получается делать то, что мне хочется делать.

На вопросы с 33 по 36 просьба отвечать касательно отношений с другими лицами, кроме вашего психолога

Непосредственно в результате полученных мной услуг:

- 33. Я доволен (довольна) имеющимися у меня отношениями с друзьями.
- 34. У меня есть знакомые люди, с которыми я занимаюсь приятными делами.
- 35. Я считаю, что являюсь частью моей общины.
- 36. В кризисной ситуации я получу помощь родных и друзей.

<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, чтобы сообщить нам, как обстоят ваши дела.

1. Примерно сколько времени вы получали здесь услуги?
 - Это мой первый визит сюда
 - У меня было больше одного посещения, но я получал(а) услуги менее одного месяца
 - 1-2 месяцев
 - 3-5 месяцев
 - От 6 мес. до 1 года
 - Более 1 года

Пожалуйста, ответьте на вопросы с 2 по 4, если вы проходили лечение психического здоровья в течение **ОДИН ГОД ИЛИ МЕНЕЕ**

- 2. Вас арестовывали с тех пор, как вы начали получать услуги по охране психического здоровья? Да Нет
- 3. Были ли вы арестованы на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? Да Нет
- 4. С тех пор как вы начали получать услуги, ваши столкновения с полицией...
 - Стали более редкими *например, вас не арестовывали, полиция вас не беспокоила, полиция не отводила вас в приют или программу помощи в кризисной ситуации*
 - Остались на прежнем уровне
 - Участились
 - Неприменимо *У меня не было столкновений с полицией в этом или прошлом году*

Пожалуйста, ответьте на вопросы с 5 по 7, если вы проходили лечение психического здоровья в течение **БОЛЕЕ ОДНОГО ГОДА**

- 5. Были ли вы арестованы на протяжении последних 12 месяцев? Да Нет
- 6. Были ли вы арестованы на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? Да Нет
- 7. В течение прошлого года стали ли ваши столкновения с полицией...
 - Стали более редкими *например, вас не арестовывали, полиция вас не беспокоила, полиция не отводила вас в приют или программу помощи в кризисной ситуации*
 - Остались на прежнем уровне
 - Участились
 - Неприменимо *У меня не было столкновений с полицией в этом или прошлом году*

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



**Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, чтобы дать нам
возможность немного вас узнать.**

8. Каков ваш пол? Мужской Женский
9. Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения? Да Нет Неизвестно
10. Какой вы расы? Американский индеец / Уроженец Аляски Белый(ая)
просьба отметить все, что к вам относится Азиат Другая раса
 Африканского происхождения / американец африканского происхождения Неизвестно
 Уроженец Гавайев / других островов Тихого Океана
11. Какая у вас дата рождения?

--	--

^{месяц} -

--	--

^{день} -

--	--	--	--

^{год}
12. Были ли полученные вами письменные документы и/или услуги предоставлены на предпочтительном для вас языке? Да Нет
например, брошюры, описывающие имеющиеся услуги, ваши права как потребителя и материалы по просвещению о психическом здоровье

13. Вспомните о полученных услугах, какая часть из них была через telehealth?
по телефону или через видео-конференцию
 Нисколько Очень мало Примерно половина Почти все Все
14. Насколько полезными были ваши телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными визитами?
 Намного хуже Несколько хуже Примерно такой же Несколько лучше Намного лучше Не применимо
15. Я бы предпочел(-ла) получать лечение психического здоровья в большем объеме в рамках этой программы с помощью телемедицины.
 Категорически не согласны Не согласен Отношусь нейтрально Согласен Полностью согласны
 Не применимо



16. Если необходимо, предоставьте, пожалуйста, комментарии здесь и/или на обратной стороне этой формы. Нас интересуют как положительные, так и отрицательные отзывы. Кроме того, если есть темы, не охваченные этим опросом, которые, по вашему мнению, должны были быть сюда включены, просьба записать их здесь.

Спасибо, что нашли время ответить на эти вопросы!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code: Date of Survey Administration: County Reporting Unit (optional):

		0	5	/			/	2	0	2	6							
--	--	---	---	---	--	--	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

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

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



Must be entered on EVERY page