

- Vui lòng giúp cơ quan chúng tôi cải thiện chất lượng dịch vụ bằng cách trả lời một số câu hỏi. Các câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật và sẽ không ảnh hưởng đến những dịch vụ hiện tại hoặc trong tương lai mà quý vị nhận được. Với mỗi câu hỏi khảo sát dưới đây, vui lòng tô vào ô tròn tương ứng với lựa chọn của quý vị.
- Vui lòng trả lời các câu hỏi sau dựa trên 6 THÁNG VỪA QUA. Hoặc nếu quý vị chưa sử dụng dịch vụ đủ 6 tháng, hãy trả lời dựa trên khoảng thời gian quý vị đã sử dụng dịch vụ cho đến nay. Vui lòng cho biết quý vị **Hoàn toàn đồng ý, Đồng ý, Trung lập, Không đồng ý hay Hoàn toàn không đồng ý** với từng phát biểu sau đây. Nếu câu hỏi liên quan đến điều mà quý vị chưa từng trải qua, hãy chọn **“Không áp dụng”** để cho biết mục này không phù hợp với quý vị.

• Vui lòng tô kín ô tròn. Đúng ● Sai ⊙ ⊗ ✓

	Hoàn Toàn Đồng Ý	Đồng Ý	Trung Lập	Không Đồng Ý	Hoàn Toàn Không Đồng Ý	Không Áp Dụng
1. Tôi thích các dịch vụ tôi nhận được ở đây.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
2. Nếu có những lựa chọn khác, tôi vẫn sẽ tiếp tục sử dụng dịch vụ tại cơ quan này.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
3. Tôi sẽ giới thiệu cơ quan này cho bạn bè hoặc người thân.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
4. Địa điểm cung cấp dịch vụ tiện lợi. <i>bãi đỗ xe, phương tiện giao thông công cộng, khoảng cách, v.v.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
5. Nhân viên luôn sẵn sàng gặp tôi mỗi khi tôi cảm thấy cần.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
6. Nhân viên gọi lại cho tôi trong vòng 24 giờ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
7. Các dịch vụ được cung cấp vào những thời điểm thuận tiện cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
8. Tôi đã nhận được đầy đủ các dịch vụ mà tôi cho là mình cần.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
9. Tôi có thể gặp bác sĩ tâm thần bất cứ khi nào tôi muốn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
10. Nhân viên ở đây tin rằng tôi có thể phát triển, thay đổi và hồi phục.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
11. Tôi cảm thấy thoải mái khi đặt câu hỏi về việc điều trị và thuốc men của mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
12. Tôi cảm thấy thoải mái khi phàn nàn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
13. Tôi đã được cung cấp thông tin về các quyền của mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
14. Nhân viên khuyến khích tôi chịu trách nhiệm về cách sống cuộc đời mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
15. Nhân viên dặn tôi về các tác dụng phụ cần lưu ý.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
16. Nhân viên tôn trọng nguyện vọng của tôi về việc ai được và ai không được tiếp cận thông tin về quá trình điều trị của tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
17. Tôi, chứ không phải nhân viên, là người quyết định các mục tiêu điều trị của mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
18. Nhân viên tôn trọng và nhạy cảm với nền tảng văn hóa của tôi. <i>chủng tộc, tôn giáo, ngôn ngữ, v.v.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
19. Nhân viên đã giúp tôi có thông tin cần thiết để tôi có thể chủ động quản lý bệnh của mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
20. Tôi được khuyến khích tham gia các chương trình do người sử dụng dịch vụ tự điều hành. <i>các nhóm hỗ trợ, trung tâm tiếp nhận không cần hẹn trước, đường dây nóng hỗ trợ khủng hoảng, v.v.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Kết quả trực tiếp từ các dịch vụ mà tôi nhận được:						
21. Tôi ứng phó hiệu quả hơn với các vấn đề hàng ngày.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
22. Tôi kiểm soát cuộc sống của mình tốt hơn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
23. Tôi ứng phó với khủng hoảng tốt hơn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
24. Tôi hòa thuận với gia đình hơn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
25. Tôi xử lý tốt hơn trong các tình huống xã hội.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
26. Tôi tiến bộ hơn ở trường học và/hoặc nơi làm việc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
27. Tình trạng chỗ ở của tôi được cải thiện.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
28. Các triệu chứng của tôi không còn làm tôi khó chịu nhiều như trước.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
29. Tôi làm được những việc có ý nghĩa hơn với bản thân.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
30. Tôi chăm lo tốt hơn các nhu cầu của bản thân.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
31. Tôi xử lý tốt hơn xảy ra điều không như ý.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
32. Tôi làm thực hiện tốt hơn những điều mình muốn làm.	<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.

40058

* CSI County Client Number

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

DHCS 1744 VI

Must be entered on EVERY page



Đối với các câu hỏi số 33-36, vui lòng trả lời dựa trên các mối quan hệ với những người khác ngoài những người đang cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần cho quý vị.

	Hoàn Toàn Đồng Ý	Đồng Ý	Trung Lập	Không Đồng Ý	Hoàn Toàn Không Đồng Ý	Không Áp Dụng
Kết quả trực tiếp từ các dịch vụ mà tôi nhận được:						
33. Tôi hài lòng với những mối quan hệ bạn bè mà mình có.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
34. Tôi có những người mà tôi có thể cùng làm những việc vui vẻ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
35. Tôi cảm thấy mình thuộc về cộng đồng của mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
36. Khi gặp khủng hoảng, tôi sẽ nhận được sự hỗ trợ cần thiết từ gia đình hoặc bạn bè.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau để chúng tôi biết tình hình hiện tại của quý vị.

1. Ước tính quý vị đã sử dụng dịch vụ tại đây được bao lâu?

- Đây là lần đầu tiên tôi đến đây.
- Tôi đã đến đây nhiều hơn một lần nhưng sử dụng dịch vụ chưa đến một tháng.
- 1-2 Tháng
- 3-5 Tháng
- 6 tháng đến 1 năm
- Hơn 1 năm

Vui lòng trả lời Câu hỏi số 2-4 nếu quý vị đã sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần trong



TỪ MỘT NĂM TRỞ XUỐNG

2. Kể từ khi bắt đầu sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần, quý vị có từng bị bắt giữ không? Có Không
3. Trong 12 tháng trước đó, quý vị có bị bắt giữ không? Có Không
4. Kể từ khi bắt đầu sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần, số lần quý vị phải làm việc với cảnh sát...
 - Đã giảm xuống
Ví dụ: quý vị không bị bắt giữ, không bị cảnh sát gây phiền hà, không bị cảnh sát đưa tới cơ sở tạm lánh hoặc chương trình can thiệp khủng hoảng
 - Giữ nguyên như trước
 - Đã tăng lên
 - Không Áp Dụng
Trong năm nay và năm ngoái, tôi không có lần nào phải làm việc với cảnh sát

Vui lòng trả lời Câu hỏi số 5-7 nếu quý vị đã sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần trong



HƠN MỘT NĂM

5. Trong 12 tháng vừa qua, quý vị có bị bắt giữ không? Có Không
6. Trong 12 tháng trước đó, quý vị có bị bắt giữ không? Có Không
7. Trong năm vừa qua, số lần quý vị phải làm việc với cảnh sát...
 - Đã giảm xuống
Ví dụ: quý vị không bị bắt giữ, không bị cảnh sát gây phiền hà, không bị cảnh sát đưa tới cơ sở tạm lánh hoặc chương trình can thiệp khủng hoảng
 - Giữ nguyên như trước
 - Đã tăng lên
 - Không Áp Dụng
Trong năm nay và năm ngoái, tôi không có lần nào phải làm việc với cảnh sát

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

40058



Vui lòng trả lời các câu hỏi sau để chúng tôi biết thêm về quý vị.

8. Giới tính của quý vị là gì? Nam giới Nữ giới
9. Quý vị có phải là người gốc Mexico/Mỹ La-tinh/La-tinh không? Có Không Không biết
10. Chúng tộc của quý vị là gì? Người Mỹ bản địa/Thổ dân Alaska Da trắng/ Chúng tộc da trắng
Vui lòng chọn tất cả phương án phù hợp Người châu Á Một chủng tộc khác
 Người da đen/người Mỹ gốc Phi Không biết
 Người bản địa Hawaii/các dân tộc đảo khác ở Thái Bình Dương
11. Ngày tháng năm sinh của quý vị là gì?

		-			-				
<i>tháng</i>			<i>ngày</i>			<i>năm</i>			
12. Quý vị có nhận được các tài liệu bằng văn bản và/hoặc dịch vụ bằng ngôn ngữ ưu tiên của quý vị không? Có Không
tờ rơi giới thiệu các dịch vụ hiện có, tài liệu về quyền lợi của người sử dụng dịch vụ, tài liệu giáo dục về sức khỏe tâm thần.

13. Bây giờ, trong các dịch vụ mà quý vị đã nhận được, có bao nhiêu phần được thực hiện qua hình thức thăm khám từ xa?
qua điện thoại hoặc hội nghị qua video
 Không có Rất ít Khoảng một nửa Gần như toàn bộ Toàn bộ
14. Hãy so sánh mức độ hữu ích của các buổi thăm khám từ xa cho quý vị với các buổi khám trực tiếp truyền thống?
 Kém hơn rất nhiều Kém hơn phần nào Tương đương Tốt hơn phần nào Tốt hơn rất nhiều
 Không Áp Dụng
15. Tôi muốn việc điều trị sức khỏe tâm thần của mình tại chương trình này được thực hiện qua hình thức thăm khám từ xa nhiều hơn.
 Hoàn Toàn Không Đồng Ý Không Đồng Ý Trung Lập Đồng Ý Hoàn Toàn Đồng Ý Không Áp Dụng



16. Nếu cần, vui lòng ghi ý kiến của quý vị vào đây và/hoặc ở mặt sau của mẫu đơn này. Chúng tôi quan tâm tới cả những phản hồi tích cực và tiêu cực. Ngoài ra, nếu có nội dung nào mà quý vị cho rằng bằng câu hỏi này chưa đề cập tới nhưng lẽ ra nên có, vui lòng ghi vào đây.

Xin cảm ơn quý vị đã dành thời gian trả lời các câu hỏi này!

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

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

