OLDER ADULT SURVEY
Spring 2020

VIETNAMESE
Without QOL

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 quý vị sẽ được giữ kín và sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ mà quý vị 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 quý vị.
Xin tô đầy ô tròn. ***Thí dụ:*** Đúng ● Không đúng ✖ ✔

Khảo Sát Người Dùng Các Dịch Vụ Sức Khoẻ Tâm Trí (MHSIP)*:

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

	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không có ý kiến	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không áp dụng
1. Tôi thích các dịch vụ tôi nhận tại đây.	○	○	○	○	○	○
2. Nếu được lựa chọn, tôi vẫn tiếp tục nhận dịch vụ tại cơ quan này.	○	○	○	○	○	○
3. Tôi sẽ giới thiệu cơ quan này đến bạn hữu và thân nhân.	○	○	○	○	○	○
4. Địa điểm nhận dịch vụ thuận tiện cho tôi (đậu xe, chuyên chở công cộng, khoảng cách đường đi, v.v...).	○	○	○	○	○	○
5. Các nhân viên sẵn sàng gặp tôi thường xuyên nếu tôi thấy cần thiết.	○	○	○	○	○	○
6. Các nhân viên hồi đáp điện thoại của tôi trong vòng 24 giờ.	○	○	○	○	○	○
7. Các dịch vụ được cung ứng ở những thời điểm thuận tiện cho tôi.	○	○	○	○	○	○
8. Tôi đã nhận được đầy đủ các dịch vụ tôi cần.	○	○	○	○	○	○
9. Tôi có thể gặp bác sĩ tâm thần khi tôi muốn.	○	○	○	○	○	○
10. Các nhân viên tại đây tin rằng tôi có thể phát triển, thay đổi, và phục hồi.	○	○	○	○	○	○
11. Tôi cảm thấy thoải mái khi nêu lên thắc mắc về việc chữa trị và thuốc men của tôi.	○	○	○	○	○	○
12. Tôi cảm thấy được tự do than phiền.	○	○	○	○	○	○
13. Tôi được báo cho biết về quyền hạn của tôi.	○	○	○	○	○	○
14. Các nhân viên khuyến khích tôi có trách nhiệm với lối sống của tôi.	○	○	○	○	○	○
15. Các nhân viên cho tôi biết cần phải chú ý đến các phản ứng thuốc.	○	○	○	○	○	○
16. Các nhân viên tôn trọng ý muốn của tôi về việc ai được biết và không được biết về sự chữa trị của tôi.	○	○	○	○	○	○
17. Tôi là người quyết định các mục tiêu chữa trị chứ không phải các nhân viên.	○	○	○	○	○	○
18. Các nhân viên tế nhị đối với nguồn gốc văn hóa của tôi (chủng tộc, tôn giáo, ngôn ngữ, v.v...).	○	○	○	○	○	○
19. Các nhân viên giúp tôi thu thập thông tin cần thiết để tôi chủ động trong việc chữa trị của tôi.	○	○	○	○	○	○

* Bản khảo sát được phát triển qua nỗ lực cộng tác của người tiêu dùng, cộng đồng Chương Trình Cải Tiến Thống Kê Bệnh Tâm Thần (MHSIP), và Trung Tâm cho Các Dịch Vụ Bệnh Tâm Thần.

TIẾP TỤC TRANG SAU...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không có ý kiến	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không áp dụng
20. Tôi được khuyến khích sử dụng các chương trình do những người cùng hưởng dịch vụ điều hành (như nhóm hỗ trợ [support group], trung tâm đến trực tiếp [drop-in centers], đường dây điện thoại khủng hoảng [crisis phone line], v.v...)	○	○	○	○	○	○
Kết quả trực tiếp của dịch vụ tôi đã nhận là:						
21. Tôi đối phó với các trở ngại hàng ngày được hiệu quả hơn.	○	○	○	○	○	○
22. Tôi có thêm khả năng làm chủ cuộc sống của tôi.	○	○	○	○	○	○
23. Tôi có thêm khả năng đối phó với những khủng hoảng.	○	○	○	○	○	○
24. Tôi hòa thuận với gia đình hơn.	○	○	○	○	○	○
25. Tôi tiến bộ hơn trong các vấn đề xã giao.	○	○	○	○	○	○
26. Tôi tiến bộ hơn trong trường học và (hoặc) trong công việc.	○	○	○	○	○	○
27. Tình trạng gia cư của tôi được tốt hơn.	○	○	○	○	○	○
28. Các triệu chứng không làm phiền tôi nhiều như trước đây.	○	○	○	○	○	○
29. Tôi làm những điều nào có ý nghĩa nhiều hơn đối với tôi.	○	○	○	○	○	○
30. Tôi có thể lo tốt hơn cho các nhu cầu của mình.	○	○	○	○	○	○
31. Tôi có thể giải quyết các vấn đề tốt hơn.	○	○	○	○	○	○
32. Tôi có thể làm tốt hơn những điều mà tôi muốn làm.	○	○	○	○	○	○

Đối với các câu hỏi từ 33-36, 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 **Kết quả trực tiếp của dịch vụ tôi đã nhận là:**	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không có ý kiến	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không áp dụng
33. Tôi hài lòng về tình bạn hữu mà tôi hiện có.	○	○	○	○	○	○
34. Tôi có những người mà tôi có thể cùng làm những việc vui thích.	○	○	○	○	○	○
35. Tôi cảm thấy tôi là thành viên trong cộng đồng của mình.	○	○	○	○	○	○
36. Trong một cuộc khủng hoảng, tôi sẽ có sự hỗ trợ mà tôi cần từ gia đình hoặc bạn bè.	○	○	○	○	○	○

TIẾP TỤC TRANG SAU...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

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

1. Quý vị tiếp nhận dịch vụ tại đây phỏng chừng được bao lâu?

- ○ Đây là lần đầu tiên tôi nhận dịch vụ tại đây
- ○ Tôi có đến đây vài lần nhưng nhận dịch vụ chưa đầy một tháng.
- ○ 1 - 2 Tháng
- ○ 3 - 5 Tháng
- ○ 6 tháng - 1 năm
- ○ Trên 1 năm

Xin trả lời cho các câu hỏi từ #2-4. dưới đây, nếu quý vị đã nhận các dịch vụ từ MỘT NĂM TRỞ XUỐNG. Nếu quý vị đã nhận các dịch vụ 'HƠN MỘT NĂM,' xin BỎ QUA tới câu hỏi #5.

2. Quý vị có bị bắt kể từ khi bắt đầu nhận các dịch vụ về sức khỏe tâm thần hay không? ○ Có ○ Không

3. Quý vị có bị bắt trong thời kỳ 12 tháng trước đó không? ○ Có ○ Không

4. Kể từ khi quý vị bắt đầu nhận các dịch vụ, 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 (Tôi không chạm trán với cảnh sát trong năm nay hoặc năm ngoái)

BỎ QUA tới câu hỏi #8, dưới đây ⬇

Xin trả lời cho các câu hỏi từ #5-7 CHỈ KHI NÀO quý vị đã nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần từ "MỘT NĂM TRỞ LÊN."

5. Quý vị có bị bắt trong 12 tháng qua không? ○ Có ○ Không

6. Quý vị có bị bắt trong thời kỳ 12 tháng trước khi bắt đầu các dịch vụ sức khỏe tâm thần không? ○ Có ○ Không

7. 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 (Tôi không chạm trán với cảnh sát trong năm nay hoặc năm ngoái)

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

8. Giới tính của quý vị? ○ Nữ ○ Nam ○ Giới tính khác

9. Quý vị có nguồn gốc Mễ Tây Cơ /Tây Ban Nha/La Tinh? ○ Có ○ Không ○ Không biết

10. Chủng tộc của quý vị? (**Đánh dấu tất cả những chủng tộc áp dụng cho quý vị**).

- ○ Mỹ da đỏ (American Indian) / Bản xứ Alaska
- ○ Á đông
- ○ Da đen / Mỹ gốc Phi Châu
- ○ Bản xứ Hawaii / Bán đảo Thái Bình Dương khác
- ○ Da trắng / Chủng tộc da trắng
- ○ Chủng tộc khác
- ○ Không biết

TIẾP TỤC TRANG SAU...

11. Ngày sanh của quý vị? (**Viết vào các ô vuông VÀ tô đầy ô tròn tương ứng. Xem thí dụ.**)

Ngày sanh (tháng-ngày-năm)

	☐☐	-	☐☐	-	☐☐☐☐				
0	⓪⓪		⓪⓪		⓪⓪⓪⓪				
1	①①		①①		①①①①				
2	②②		②②		②②②②				
3	③③		③③		③③③③				
4	④④		④④		④④④④				
5	⑤⑤		⑤⑤		⑤⑤⑤⑤				
6	⑥⑥		⑥⑥		⑥⑥⑥⑥				
7	⑦⑦		⑦⑦		⑦⑦⑦⑦				
8	⑧⑧		⑧⑧		⑧⑧⑧⑧				
9	⑨⑨		⑨⑨		⑨⑨⑨⑨				

THÍ DỤ: Ngày sanh là 30 tháng Tư, 1937:

Ngày sanh (tháng-ngày-năm)

1. Viết vào ngày sanh của quí vị → **0 4 - 3 0 - 1 9 3 7**

2. Tô đầy ô tròn tương ứng

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

12. Các dịch vụ mà quý vị nhận đã được cung cấp bằng ngôn ngữ quý vị muốn không? ○ Có ○ Không

13. Các thông tin bằng văn bản (như tập sách mô tả các dịch vụ có sẵn, quyền hạn của quý vị là người dùng dịch vụ, và các tài liệu giáo dục về sức khỏe tâm trí) có viết bằng ngôn ngữ quý vị muốn không? ○ Có ○ Không

14. Nguyên nhân chánh làm cho quý vị gia nhập chương trình này? (**Chọn một**):

- ○ Tôi tự quyết định gia nhập.
- ○ Một người khác đề nghị tôi gia nhập.
- ○ Tôi gia nhập ngoài ý muốn.

15. Xin cho biết ai giúp quý vị hoàn tất bất cứ phần nào của bản thăm dò ý kiến này (**Đánh dấu tất cả những trường hợp áp dụng cho quý vị**):

- ○ Tôi không cần giúp đỡ.
- ○ Người ủng hộ sức khoẻ tâm trí (mental health advocate)/nhân viên tình nguyện (volunteer) giúp tôi.
- ○ Một người dùng dịch vụ sức khoẻ tâm trí khác giúp tôi.
- ○ Thân nhân trong gia đình giúp tôi.
- ○ Chuyên viên phỏng vấn giúp tôi.
- ○ Chuyên viên điều trị (clinician)/người phụ trách ca bệnh lý (case manager) giúp tôi.
- ○ Một nhân viên khác của cơ quan giúp tôi.
- ○ Một người khác giúp tôi. Là ai?:_____

16. Xin cho ý kiến ở đây và/hoặc ở phía sau của mẫu này, nếu cần. Chúng tôi quan tâm đến mọi ý kiến cả xấu lẫn tốt. Ngoài ra, nếu có các lãnh vực nào không được bàn đến trong bản câu hỏi này mà quý vị cảm thấy đáng lẽ phải nêu ra, xin viết chúng vào đây. Xin cám ơn quý vị đã dành thì giờ và hợp tác trong việc điền vào bản hỏi đáp này.

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

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code: 3 8

Date of Survey Administration:

0 6 - ☐☐ - 2 0 2 0

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: ☐☐☐☐☐☐☐☐

9256