

**ՏՆԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՍՔԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ  
CAHPS® ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ**

**2018**

**ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻՎԸ ԼՐԱՑՆԵԼՈՒ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ**

- Պատասխանեք բոլոր հարցերին՝ նշելով Ձեր պատասխանի ձախ կողմում գտնվող համապատասխան վանդակը:
- Երբեմն Ձեզ կխնդրենք որոշ հարցեր քաց թողնել: Նման դեպքում կտեսնեք սլաք, որը կուղղորդի Ձեզ հաջորդ հարցին, օրինակ.

Այո → Եթե «Այո», անցեք էջ 1, Հ1:  
 Ոչ

**ՁԵՐ ՏՆԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՍՔԸ**

1. Ըստ մեր տվյալների, Դուք օգտվում եք [ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆԸ] տնային առողջական խնամքի գործակալությունից: Ճի՞շտ է:

Թերթիկի հարցերին պատասխանելիս հենվեք միայն այդ գործակալության հետ Ձեր անձնական փորձի վրա:

Այո  
 Ոչ → Եթե «Ոչ», խնդրում ենք դադարեցնել հարցաթերթիկի լրացումն ու տրամադրված ծրարով այն վերադարձնել:

2. Երբ այս գործակալությունից սկսեցիք տնային առողջական խնամք ստանալ, արդյո՞ք գործակալությունից որևէ մեկն ասաց Ձեզ՝ ինչ խնամք ու ծառայություններ կարող եք ստանալ:

Այո  
 Ոչ  
 Չեմ հիշում

3. Երբ այս գործակալությունից սկսեցիք տնային առողջական խնամք ստանալ, արդյո՞ք գործակալությունից որևէ մեկն ասաց Ձեզ՝ ինչպես կահավորել տունը, որպեսզի ապահով տեղաշարժվեք:

Այո  
 Ոչ  
 Չեմ հիշում

4. Երբ այս գործակալությունից սկսեցիք տնային առողջական խնամք ստանալ, արդյո՞ք գործակալությունից որևէ մեկը խոսեց Ձեզ հետ դեղատոմսային և ընդհանուր վաճառքում գտնվող այն բոլոր դեղամիջոցների մասին, որոնք ընդունում էիք:

Այո  
 Ոչ  
 Չեմ հիշում

5. Երբ այս գործակալությունից սկսեցիք տնային առողջական խնամք ստանալ, արդյո՞ք գործակալությունից որևէ մեկը խնդրեց **տեսնել** դեղատոմսային և ընդհանուր վաճառքում գտնվող այն բոլոր դեղամիջոցները, որոնք ընդունում էիք:

<sup>1</sup>  Այո

<sup>2</sup>  Ոչ

<sup>3</sup>  Չեմ հիշում

**ՏՆԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՄԱՍԱԿԱՐԱՐՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ՎԵՐՋԻՆ 2 ԱՄՍՈՒՄ ՁԵՁ ՏՐԱՄԱԴՐՎԱԾ ԽՆԱՄՔԸ**

Հետևյալ հարցերը վերաբերում են **[ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆԸ]**-ի այն բոլոր աշխատակիցներին, ովքեր վերջին 2 ամսում Ձեզ խնամել են: Մի՛ ներառեք տնային առողջական խնամքի մեկ այլ գործակալության աշխատակիցներից ստացած խնամքը: Մի՛ ներառեք նաև ազգականներից կամ ընկերներից ստացած խնամքը:

6. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալությունից Ձեզ տնային առողջական խնամք տրամադրողների թվում բուժակ եղե՞լ է:

<sup>1</sup>  Այո

<sup>2</sup>  Ոչ

7. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալությունից Ձեզ տնային առողջական խնամք տրամադրողների թվում ֆիզիկական, մասնագիտական, կամ խոսակցական թերապևտ եղե՞լ է:

<sup>1</sup>  Այո

<sup>2</sup>  Ոչ

8. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալությունից Ձեզ տնային առողջական խնամք տրամադրողների թվում տնային առողջական կամ անձնական խնամքի օգնական եղե՞լ է:

<sup>1</sup>  Այո

<sup>2</sup>  Ոչ

9. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալության տնային առողջության մատակարարները որքա՞ն հաճախ են քաջատեղյակ եղել Ձեր տնային խնամքի կամ բուժման ողջ ընթացքի մասին:

<sup>1</sup>  Երբեք

<sup>2</sup>  Երբեմն

<sup>3</sup>  Մովորաբար

<sup>4</sup>  Միշտ

<sup>5</sup>  Խնամքի վերջին 2 ամսում ես միայն մեկ մատակարար եմ ունեցել:

10. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի որևէ մատակարարի հետ խոսե՞լ եք ցավի մասին:

<sup>1</sup>  Այո

<sup>2</sup>  Ոչ

11. Խնամքի վերջին 2 ամսում դեղատոմսային որևէ նոր դեղամիջոց ընդունե՞լ եք, կամ փոխե՞լ եք, արդյոք, մինչ այդ ընդունած որևէ դեղամիջոց:

<sup>1</sup>  Այո

<sup>2</sup>  Ոչ → Եթե «Ոչ», անցեք Հ15:

12. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալության տնային խնամքի որևէ մատակարար խոսե՞լ է Ձեզ հետ Ձեր նոր կամ փոփոխված դեղատոմսային դեղամիջոցի ընդունման **անհրաժեշտության** մասին:

<sup>1</sup>  Այո

<sup>2</sup>  Ոչ

<sup>3</sup>  Ես դեղատոմսային նոր դեղամիջոց չեմ ընդունել և դեղամիջոցներս չեմ փոխել

13. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալության տնային խնամքի մատակարարները խոսե՞լ են Ձեզ հետ այն մասին, թե **երբ** պետք է սկսել այդ դեղամիջոցների ընդունումը:

<sup>1</sup>  Այո

<sup>2</sup>  Ոչ

<sup>3</sup>  Ես դեղատոմսային նոր դեղամիջոց չեմ ընդունել և դեղամիջոցներս չեմ փոխել

14. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալության տնային խնամքի մատակարարները խոսե՞լ են Ձեզ հետ այդ դեղամիջոցների **կողմնակի ազդեցությունների** մասին:

<sup>1</sup>  Այո

<sup>2</sup>  Ոչ

<sup>3</sup>  Ես դեղատոմսային նոր դեղամիջոց չեմ ընդունել և դեղամիջոցներս չեմ փոխել

15. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալության տնային խնամքի մատակարարները որքա՞ն հաճախ են Ձեզ տեղեկացրել՝ երբ են ժամանելու Ձեզ այցելության:

<sup>1</sup>  Երբեք

<sup>2</sup>  Երբեմն

<sup>3</sup>  Սովորաբար

<sup>4</sup>  Միշտ

16. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալության տնային խնամքի մատակարարները որքա՞ն հաճախ են Ձեզ հնարավորինս սիրալիք վերաբերվել:

- 1 Երբեք
- 2 Երբեմն
- 3 Սովորաբար
- 4 Միշտ

17. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալության տնային խնամքի մատակարարները որքա՞ն հաճախ են Ձեզ մատչելի ձևով բացատրել իրողությունը:

- 1 Երբեք
- 2 Երբեմն
- 3 Սովորաբար
- 4 Միշտ

18. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալության տնային խնամքի մատակարարները որքա՞ն հաճախ են ուշադիր լսել Ձեզ:

- 1 Երբեք
- 2 Երբեմն
- 3 Սովորաբար
- 4 Միշտ

19. Խնամքի վերջին 2 ամսում այս գործակալության տնային խնամքի մատակարարները որքա՞ն հաճախ են Ձեզ հետ կիրթ ու հարգալիք վերաբերվել:

- 1 Երբեք
- 2 Երբեմն
- 3 Սովորաբար
- 4 Միշտ

20. Ինչպիսի՞ն է այս գործակալության տնային առողջության մատակարարների կողմից Ձեզ տրամադրված խնամքի՝ Ձեր գնահատականը:

0-10 սանդղակով, որտեղ 0-ն տնային առողջական խնամքի հնարավոր վատթարագույն ցուցանիշն է, իսկ 10-ը՝ լավագույնը, ինչպե՞ս կգնահատեիք այս գործակալության տնային առողջական խնամքի մատակարարների կողմից Ձեզ տրամադրված խնամքը:

- 0 Հնարավոր վատթարագույն տնային առողջական խնամք
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Հնարավոր լավագույն տնային առողջական խնամք

**ՁԵՐ ՏՆԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ  
ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Հետևյալ հարցերը վերաբերում են  
[ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆԸ]-ի  
գրասենյակին:

21. Խնամքի վերջին 2 ամսում դիմե՞լ էք, արդյոք, գործակալության գրասենյակ՝ օգնության կամ խորհրդատվության:

- <sup>1</sup>  Այո  
<sup>2</sup>  Ոչ → Եթե «Ոչ», անցեք Հ24:

22. Խնամքի վերջին 2 ամսում գործակալության գրասենյակ դիմելիս ստացե՞լ էք, արդյոք, անհրաժեշտ օգնությունը կամ խորհրդատվությունը:

- <sup>1</sup>  Այո  
<sup>2</sup>  Ոչ → Եթե «Ոչ», անցեք Հ24:  
<sup>3</sup>  Այս գործակալությանը չեմ դիմել

23. Այս գործակալության գրասենյակ դիմելիս անհրաժեշտ օգնությունը կամ խորհուրդը որքա՞ն արագ եք ստացել:

- <sup>1</sup>  Նույն օրը  
<sup>2</sup>  1-ից 5 օր  
<sup>3</sup>  6-ից 14 օր  
<sup>4</sup>  Ավելի, քան 14 օր  
<sup>5</sup>  Այս գործակալությանը չեմ դիմել

24. Խնամքի վերջին 2 ամսում գործակալության գործունեության հետ կապված որևէ խնդիր ունեցե՞լ եք:

- <sup>1</sup>  Այո  
<sup>2</sup>  Ոչ

25. Ձեր ընտանիքի անդամներին կամ ընկերներին խորհուրդ կտայի՞ք օգտվել այս գործակալության տնային առողջական խնամքի ծառայություններից:

- <sup>1</sup>  Միանշանակ ոչ  
<sup>2</sup>  Հավանաբար ոչ  
<sup>3</sup>  Հավանաբար այո  
<sup>4</sup>  Միանշանակ այո

**ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ**

26. Ընդհանուր առմամբ, ինչպե՞ս կգնահատեիք Ձեր ընդհանուր առողջական վիճակը:

- <sup>1</sup>  Գերազանց  
<sup>2</sup>  Շատ լավ  
<sup>3</sup>  Լավ  
<sup>4</sup>  Բավարար  
<sup>5</sup>  Վատ

27. Ընդհանուր առմամբ, ինչպե՞ս կգնահատեիք Ձեր հոգեկան կամ զգայական առողջության ընդհանուր վիճակը:

- 1  Գերազանց
- 2  Շատ լավ
- 3  Լավ
- 4  Բավարար
- 5  Վատ

28. Դուք միայնա՞կ եք ապրում:

- 1  Այո
- 2  Ոչ

29. Ի՞նչ կրթություն ունեք:

- 1  8-րդ դասարան կամ պակաս
- 2  որոշ ավագ դպրոց, բայց չեմ ավարտել
- 3  ավագ դպրոցի շրջանավարտ կամ ընդհանուր համարժեքության դիպլոմակիր (GED)
- 4  Որոշ քոլեջ, կամ 2-ամյա ծրագրի շրջանավարտ
- 5  4-ամյա քոլեջի շրջանավարտ
- 6  4-ամյա քոլեջից ավելի

30. Արդյո՞ք հիսպանիկ կամ լատինամերիկյան ծագում ունեք:

- 1  Այո
- 2  Ոչ

31. Ռասայական պատկանելությունը. ընտրեք մեկ կամ ավելի տարբերակ:

- 1  Սպիտակամորթ
- 2  Սևամորթ կամ աֆրո-ամերիկացի
- 3  Ասիացի
- 4  Բնիկ հավայացի կամ Խաղաղ օվկիանոսի այլ կղզիաբնակ
- 5  Հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ

32. Տանը հիմնականում ի՞նչ լեզվով եք խոսում:

- 1  Անգլերեն
- 2  Իսպաներեն
- 3  Մեկ այլ լեզու

*(Խնդրում ենք տպատատ նշել)*

33. Այս հարցաթերթիկը լրացնելիս որևէ մեկն օգնե՞լ է Ձեզ:

- 1  Այո
- 2  Ոչ → Եթե «Ոչ», խնդրում ենք լրացված հարցաթերթիկը վերադարձնել տրամադրվող նախապես վճարված ծրարով:

34. Ինչպե՞ս է այդ անձն օգնել Ձեզ:  
Նշեք բոլոր համապատասխան  
վանդակները:

- <sup>1</sup> Հարցերն ինձ ընթերցել է
- <sup>2</sup> Գրառել է պատասխաններս
- <sup>3</sup> Իմ փոխարեն պատասխանել  
է հարցերին
- <sup>4</sup> Հարցերը թարգմանել է իմ  
լեզվով
- <sup>5</sup> Օգնել է այլ կերպ

---

*(Խնդրում ենք տպատառ նշել)*

- <sup>6</sup> Այս հարցաթերթիկը  
լրացնելիս ինձ ոչ ոք չի օգնել

**Շնորհակալություն:**

**Լրացված հարցաթերթիկը խնդրում ենք  
վերադարձնել կից տրամադրվող  
նախապես վճարված ծրարով:**