



● 저희 기관의 서비스 개선을 위해 몇 가지 질문에 답변해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 귀하가 받은 현재 또는 미래의 서비스에 영향을 미치지 않습니다.

● 최근 6개월을 기준으로 다음 질문에 답변해 주세요. 또는 최근 6개월 동안 서비스를 받지 않은 경우 지금까지 받은 서비스를 기준으로 답변하시기 바랍니다. 다음 질문을 각각 읽고 다음 중에서 적절한 답을 선택하세요. **전적으로 동의함, 동의함, 중립적임, 동의하지 않음, 전혀 동의하지 않음** 질문이 본인이 경험하지 않은 것에 관한 것이라면 **해당사항없음**을 선택해서 해당 항목이 적용되지 않는다고 알려 주세요.

● 동그라미를 완전하게 넣어 주십시오.	바른 표기법 ● 틀린 표기법 ○ ⊗ ⊙	전적으로 동의함	동의함	중립적임	동의하지 않음	전혀 동의하지 않음	해당사항없음
1. 여기에서 받은 서비스가 마음에 듭.	○	○	○	○	○	○	○
2. 다른 옵션이 있더라도 이 기관에서 서비스를 받을 것임.	○	○	○	○	○	○	○
3. 이 기관을 친구나 가족에게 추천할 의향이 있음.	○	○	○	○	○	○	○
4. 서비스를 받는 위치가 편리했음. <i>주차, 대중 교통, 거리 등</i>	○	○	○	○	○	○	○
5. 직원들은 내가 필요하다고 느낄 때마다 나를 자주 만나려고 노력했음.	○	○	○	○	○	○	○
6. 직원들은 내 전화에 24시간 내에 응답했음.	○	○	○	○	○	○	○
7. 편리한 시간에 서비스를 이용할 수 있었음.	○	○	○	○	○	○	○
8. 필요하다고 생각한 모든 서비스를 받을 수 있었음.	○	○	○	○	○	○	○
9. 내가 원할 때에 정신과 의사를 볼 수 있었음.	○	○	○	○	○	○	○
10. 이곳의 직원들은 내가 성장하고 변화하며 회복할 수 있다고 확신함.	○	○	○	○	○	○	○
11. 치료와 약물 치료에 관해 질문하는 것이 불편하지 않았음.	○	○	○	○	○	○	○
12. 불만을 자유롭게 이야기할 수 있었음.	○	○	○	○	○	○	○
13. 내 권리에 관한 정보를 제공받았음.	○	○	○	○	○	○	○
14. 직원들은 내가 내 인생을 책임지도록 격려했음.	○	○	○	○	○	○	○
15. 직원들이 내게 어떤 부작용을 조심해야 하는지 말해 주었음.	○	○	○	○	○	○	○
16. 직원들은 내 치료에 대한 정보를 누구에게는 알리고 누구에게는 알리고 싶지 않은지에 대한 내 의견을 존중했음.	○	○	○	○	○	○	○
17. 직원이 아닌 내가 내 치료 목표를 결정했음.	○	○	○	○	○	○	○
18. 직원들은 나의 문화적 배경 에 주의를 기울였음. <i>인종, 종교, 언어 등</i>	○	○	○	○	○	○	○
19. 직원들은 내가 질병을 관리하는 데 필요한 정보를 얻도록 도와주었음.	○	○	○	○	○	○	○
20. 자립 프로그램 을 이용하도록 격려했음. <i>지원 그룹, 드롭 인 센터, 핫라인 등</i>	○	○	○	○	○	○	○
제공받은 서비스의 직접적인 결과:							
21. 일상적인 문제를 보다 효과적으로 처리함.	○	○	○	○	○	○	○
22. 내 인생을 더 잘 통제할 수 있음.	○	○	○	○	○	○	○
23. 위기를 더 잘 넘길 수 있음.	○	○	○	○	○	○	○
24. 가족과 더 잘 지내고 있음.	○	○	○	○	○	○	○
25. 사회 생활을 더 잘함.	○	○	○	○	○	○	○
26. 학교 및/또는 직장 생활을 더 잘함.	○	○	○	○	○	○	○
27. 집 문제가 개선되었음.	○	○	○	○	○	○	○
28. 내 증상 때문에 전혀처럼 괴롭지 않음.	○	○	○	○	○	○	○
29. 내게 더 의미가 있는 일을 함.	○	○	○	○	○	○	○
30. 내 필요를 더 잘 돌볼 수 있음.	○	○	○	○	○	○	○
31. 일이 잘못되었을 때 더 잘 대처할 수 있음.	○	○	○	○	○	○	○
32. 내가 하고 싶은 일들을 더 잘할 수 있음.	○	○	○	○	○	○	○

다음 4개 질문에 대해서는 귀하의 정신 건강 서비스 제공자 이외의 사람과의 관계에 대해 답변해 주세요.

제공받은 서비스의 직접적인 결과:						
33. 친구들이 있어서 행복함.	○	○	○	○	○	○
34. 즐거운 일을 함께 할 수 있는 사람들이 있음.	○	○	○	○	○	○
35. 내 공동체에 대해 소속감을 느낌.	○	○	○	○	○	○
36. 위기 상황에서 가족이나 친구들로부터 필요한 지원을 받을 것임.	○	○	○	○	○	○

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

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

DHCS 1744 KO

7385



Must be entered on EVERY page



어떻게 지내시는지 파악할 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

1. 본 기관에서 자녀가 서비스를 받은 기간이 대략 얼마나 되나요?

- 오늘 처음 방문함
- 두 번 이상 방문했지만, 서비스를 받은 기간은 한 달 미만임
- 1~2개월
- 3~5개월
- 6개월~1년
- 1년 이상

다음 기간 동안 정신 건강 서비스를 받고 계시다면 질문 #2~4에 답해 주십시오

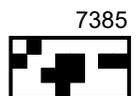
다음 기간 동안 정신 건강 서비스를 받고 계시다면 질문 #5~7에 답해 주십시오

 1년 이하	 1년 이상
2. 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 3. 그전 12개월 동안 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 4. 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 경찰과 만난 횟수가... <input type="radio"/> 줄었음 <i>예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음</i> <input type="radio"/> 전과 동일 <input type="radio"/> 증가 <input type="radio"/> 해당사항없음 <i>올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음</i>	5. 지난 12개월 동안 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 6. 그전 12개월 동안 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 7. 작년 한 해 동안 경찰과의 만남이... <input type="radio"/> 줄었음 <i>예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음</i> <input type="radio"/> 전과 동일 <input type="radio"/> 증가 <input type="radio"/> 해당사항없음 <i>올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음</i>

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



본인에 대해 저희가 좀 더 잘 파악할 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

8. 성별이 어떻게 되시나요? 남자 여자

9. 멕시코/히스패닉/남아메리카 출신인가요? 예 아니오 모름

10. 인종은 무엇인가요?
 해당하는 모든 것을 선택하세요

아메리카 원주민/알래스카 원주민 백인
 아시아인 기타 인종
 흑인/아프리카계 미국인 모름
 아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민

11. 생년월일이 언제인가요?

월 일 년도
 - -

12. 귀하가 받으신 서면 문서 및/또는 서비스가 귀하가 선호하는 언어로 제공되었습니까? 예 아니오
 예: 이용 가능한 서비스, 소비자로서의 권리 및 정신 건강 교육 자료를 설명하는 브로슈어

13. 귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 이 차지하는 비중은 어느 정도 입니까?
 전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스

전혀 없다 아주 약간 절반 정도 거의 대부분 전부

14. 전통적인 직접 방문에 비해 귀하의 원격 진료 방문은 얼마나 도움이 되었습니까?
 훨씬 악화 약간 나빴음 거의 비슷했음 약간 좋았음 훨씬 좋았음 해당사항없음

15. 이번 프로그램에서 원격의료로 내 정신 건강 치료를 받기를 선호한다
 전혀 동의하지 않음 동의하지 않음 중립적임 동의함 전적으로 동의함 해당사항없음



16. 여기에 의견을 적어 주세요. 긍정적이거나 부정적인 피드백 모두 환영합니다. 또한 이 설문지에는 포함되지 않았지만, 포함되어야 한다고 생각하는 정보가 있다면 여기에 적어 주세요. 이 설문지를 작성하는 데 협조해 주셔서 감사합니다.



시간을내어 이 질문들에 답해 주셔서 감사합니다!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code: Date of Survey Administration: / / 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



Must be entered on EVERY page