



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

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

**제공받은 서비스의 직접적인 결과:**

33. 친구들이 있어서 행복함.	<input type="radio"/>					
34. 즐거운 일을 함께 할 수 있는 사람들이 있음.	<input type="radio"/>					
35. 내 공동체에 대해 소속감을 느낌.	<input type="radio"/>					
36. 위기 상황에서 가족이나 친구들로부터 필요한 지원을 받을 것임.	<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

25522

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

DHCS 1744 KO

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



## 삶의 질에 관한 질문

다음 각 질문에 대하여 자신의 경험이나 기분을 가장 잘 나타내는 답변을 선택해 주세요. 본인에게 적용되지 않는 일부 질문의 경우, '해당 항목 없음'을 선택하실 수 있습니다.

일반적인 생활 만족도	끔찍함	불행함	대부분 만족스럽지 못함	복합적임	대부분 만족스러움	만족함	아주 행복함
1. 일반적으로 본인의 인생에 대해 어떻게 생각하시나요?	<input type="radio"/>						
<b>생활 환경</b> <i>현재의 생활 환경에 대해 생각해 보세요.</i>	<input type="radio"/>						
2. 다음에 대해 어떻게 생각하시나요?							
a. 거주하는 곳의 생활 방식?	<input type="radio"/>						
b. 사생활 보호?	<input type="radio"/>						
c. 현재 거주하는 곳에 오래 머무를 가능성?	<input type="radio"/>						
<b>일상 활동 및 기능</b> <i>여가 시간을 어떻게 보내는지 생각해 보세요.</i>	<input type="radio"/>						
3. 다음에 대해 어떻게 생각하시나요?							
a. 여가 시간을 보내는 방법	<input type="radio"/>						
b. 즐겁거나 아름다운 것들을 즐길 수 있는 기회	<input type="radio"/>						
c. 재미를 느끼는 정도	<input type="radio"/>						
d. 본인 인생에서 휴식의 비중	<input type="radio"/>						

가족	끔찍함	불행함	대부분 만족스럽지 못함	복합적임	대부분 만족스러움	만족함	아주 행복함	해당사항없음
4. 일반적으로 가족과 얼마나 자주 만나나요? (한 개의 옵션을 선택하세요.) <input type="radio"/> 적어도 하루에 한 번 <input type="radio"/> 적어도 일주일에 한 번 <input type="radio"/> 적어도 한 달에 한 번 <input type="radio"/> 한 달에 한 번 미만 <input type="radio"/> 전혀 만나지 않음 <input type="radio"/> 가족이 없음/해당 항목 없음								
5. 다음에 대해 어떻게 생각하시나요?								
a. 본인과 가족이 서로를 대하는 방식	<input type="radio"/>							
b. 본인과 가족 사이의 일반적인 상황	<input type="radio"/>							

사회적 관계	끔찍함	불행함	대부분 만족스럽지 못함	복합적임	대부분 만족스러움	만족함	아주 행복함	해당사항없음
6. 얼마나 자주 다음과 같은 활동을 하나요?								
a. 함께 살지 않는 누군가를 방문? <input type="radio"/> 적어도 하루에 한 번 <input type="radio"/> 적어도 일주일에 한 번 <input type="radio"/> 적어도 한 달에 한 번 <input type="radio"/> 한 달에 한 번 미만 <input type="radio"/> 전혀 만나지 않음 <input type="radio"/> 해당사항없음								
b. 배우자, 남자 친구 또는 여자 친구와 같이 친구 이상으로 생각하는 사람과 시간을 보냄? <input type="radio"/> 적어도 하루에 한 번 <input type="radio"/> 적어도 일주일에 한 번 <input type="radio"/> 적어도 한 달에 한 번 <input type="radio"/> 한 달에 한 번 미만 <input type="radio"/> 전혀 만나지 않음 <input type="radio"/> 해당사항없음								
7. 다음에 대해 어떻게 생각하시나요?								
a. 다른 사람들과 함께 하는 일	<input type="radio"/>							
b. 다른 사람들과 보내는 시간의 양	<input type="radio"/>							
c. 사회적으로 만나는 사람들	<input type="radio"/>							
d. 본인 인생에서 우정의 비중	<input type="radio"/>							

경제적 상태	끔찍함	불행함	대부분 만족스럽지 못함	복합적임	대부분 만족스러움	만족함	아주 행복함	해당사항없음
8. 지난 한 달 동안 일반적으로 다음 품목을 충당하기에 충분한 돈이 있었나요?								
a. 음식 <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오								
b. 의류 <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오								
c. 주택 <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오								
d. 쇼핑, 치료, 친구 및 친척 방문 등을 위한 여행 <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오								
e. 영화나 외식과 같은 사회 활동 <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오								

\* CSI County Client Number

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



**법률 및 안전**

9. 지난달에 다음과 같은 범죄의 피해자이셨나요?

- a. 폭행, 강간, 노상강도, 강도와 같은 폭력 범죄  예  아니오  
 b. 주거 침입, 재산 또는 돈의 절도, 사기와 같은 비폭력 범죄  예  아니오

10. 지난달에 범죄로 체포된 적이 몇 번 있었나요?  체포된 적 없음  1번  2번  3번  4번 이상

11. 다음에 대해 어떻게 생각하시나요?

- a. 현재 거주하는 곳의 거리는 얼마나 안전한가요?  
 b. 현재 거주하는 곳은 얼마나 안전한가요?  
 c. 강도나 폭행으로부터 얼마나 보호받고 있나요?

끔찍함	불행함	대부분 만족스럽지 못함	복합적임	대부분 만족스러움	만족함	아주 행복함
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						

**건강**

12. 다음에 대해 어떻게 생각하시나요?

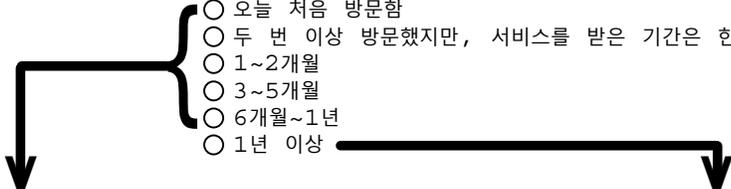
- a. 일반적인 건강 상태  
 b. 신체적 상태  
 c. 정서적인 행복

끔찍함	불행함	대부분 만족스럽지 못함	복합적임	대부분 만족스러움	만족함	아주 행복함
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						

**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**

2. 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요?  예  아니오

3. 그전 12개월 동안 체포된 적이 있나요?  예  아니오

4. 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 경찰과 만난 횟수가...

- 줄었음  
예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음
- 전과 동일
- 증가
- 해당사항없음  
올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음

**1년 이상**

5. 지난 12개월 동안 체포된 적이 있나요?  예  아니오

6. 그전 12개월 동안 체포된 적이 있나요?  예  아니오

7. 작년 한 해 동안 경찰과의 만남이...

- 줄었음  
예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음
- 전과 동일
- 증가
- 해당사항없음  
올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음

\* 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
- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| <input type="radio"/> 아메리카 원주민/알래스카 원주민    | <input type="radio"/> 백인    |
| <input type="radio"/> 아시아인                 | <input type="radio"/> 기타 인종 |
| <input type="radio"/> 흑인/아프리카계 미국인         | <input type="radio"/> 모름    |
| <input type="radio"/> 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:

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

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

25522



\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*