

- 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: **점으로 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 채워 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.인종, <i>종교, 언어 등</i>	○	○	○	○	○	○
19. 직원들은 내가 질병을 관리하는 데 필요한 정보를 얻도록 도와주었음.	○	○	○	○	○	○
20. 자립 프로그램 을 이용하도록 격려받았음. <i>지원 그룹, 드롭 인 센터, 핫라인 등</i>	○	○	○	○	○	○

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

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

Must be entered on EVERY page

DHCS 1744 KO



7616



	전적으로 동의함	동의함	중립적임	동의하지 않음	전혀 동의하지 않음	해당사항없음
제공받은 서비스의 직접적인 결과:						
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 전처럼 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"/>					

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"/>						
생활 환경	끔찍함	불행함	대부분 만족스럽지 못함	복합적임	대부분 만족스러움	만족함	아주 행복함
현재의 생활 환경에 대해 생각해 보세요.							
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"/>						

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



7616



일상 활동 및 기능

여가 시간을 어떻게 보내는지 생각해 보세요.

3. 다음에 대해 어떻게 생각하시나요?

- a. 여가 시간을 보내는 방법
- b. 즐겁거나 아름다운 것들을 즐길 수 있는 기회
- c. 재미를 느끼는 정도
- d. 본인 인생에서 휴식의 비중

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

가족

4. 다음에 대해 어떻게 생각하시나요?

- a. 본인과 가족이 서로를 대하는 방식
- b. 본인과 가족 사이의 일반적인 상황

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

사회적 관계

5. 다음에 대해 어떻게 생각하시나요?

- a. 다른 사람들과 함께 하는 일
- b. 다른 사람들과 보내는 시간의 양
- c. 사회적으로 만나는 사람들
- d. 본인 인생에서 우정의 비중

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

법률 및 안전

6. 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

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

법률 및 안전

8. 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

9. 일반적으로 본인 건강 상태는:

- 매우 훌륭 훌륭 양호 보통 불량

10. 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"/>						

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

7616



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

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

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

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

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? 아메리카 원주민/알래스카 원주민 백인
 아시아인 기타 인종
해당 항목에 모두 표시해 흑인/아프리카계 미국인 모름
 아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



7616



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 정도입니까?
 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

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

Must be entered on EVERY page

7616

