

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

예: 옳은 ● 틀렸다 ✕ ✓

MHSIP 소비자 설문 조사*:

최근 6개월을 기준으로 다음 질문에 답변해 주세요. 또는 최근 6개월 동안 서비스를 받지 않은 경우 지금까 받은 서비스를 기준으로 답변하시기 바랍니다. 다음 각 문항을 읽고, 전혀 아님, 아님, 모르겠음, 그러함, 미 그러함 중 해당되는 답변을 선택하세요. 질문이 본인이 경험하지 않은 것에 관한 것이라면 '해당 항목 없음' 선택해서 해당 항목이 적용되지 않는다고 알려 주세요

질문	전혀 아님	아님	모르겠음	그러함	미 그러함	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(주차, 대중 교통, 거리 등).	○	○	○	○	○	○
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(인종, 종교, 언어 등)에 주의를 기울였음.	○	○	○	○	○	○
19. 직원들은 내가 질병을 관리하는 데 필요한 정보를 얻도록 도와주었음.	○	○	○	○	○	○
20. 자립 프로그램(지원 그룹, 드롭 인 센터, 핫라인 등)을 이용하도록 격려받았음.	○	○	○	○	○	○

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 전처럼 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.	○	○	○	○	○	○

*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



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

제공받은 서비스의 직접적인 결과:

	전적으로 동의함	동의함	중립적임	동의하지 않음	전혀 동의하지 않음	해당사항없음
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"/>					

어떻게 지내시는지 파악할 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

1. 본 기관에서 자녀가 서비스를 받은 기간이 대략 얼마나 되나요? (한 개의 옵션을 선택하세요.)

- 오늘 처음 방문함
 서비스를 받은 기간은 한 달 미만임.
 1~2개월
 3~5개월
 6개월~1년
 1년 이상

여기서 서비스를받은 지 1 년이되지 않았습니다.

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
 해당 항목 없음(올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음)
- ➔ 아래 질문 # 8로 이동

여기에서 1 년 이상 서비스를 받았습니다.

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
 해당 항목 없음(올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음)

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

8. 성별은 무엇인가요? 여자 남자 기타
9. 멕시코/히스패닉/남아메리카 출신인가요? 예 아니오 알 수 없음
10. 인종은 무엇인가요? (해당 항목에 모두 표시해 주세요.) 알 수 없음
- 아메리카 원주민/알래스카 원주민
 아시아인
 흑인/아프리카계 미국인
 아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민
 백인
 기타



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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

44276



11. 생년월일이 언제인가요? [mm/dd/yyyy]

예 : `04/30/1967

A. 생년월일 작성

□□ - □□ - □□□□

A. 생년월일 작성

04 - 30 - 1967

B. 해당 원을 채우십시오

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

B. 해당 원을 채우십시오

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

12. 선호하시는 언어로 서비스를 받으셨나요? 예 아니오

13. 선호하시는 언어로 정보(예: 이용 가능한 서비스, 소비자로서의 권리 및 정신 건강 교육 자료를 설명하는 브로슈어)가 제공되었나요? 예 아니오

14. 이 프로그램에 참여한 주된 이유는 무엇인가요? (하나만 표시해 주세요):
 스스로 참여를 결정함 다른 사람이 참여를 권유함 내 의지에 반해 참여함

15. 본 설문조사의 일부라도 작성을 도와준 사람이 있다면 알려 주세요(해당 항목 모두 표시).

- 도움이 필요 없었음
- 정신 건강 전문가/자원봉사자가 도와줌
- 다른 참여자가 도와줌
- 가족이 도와줌
- 전문 면담자가 도와줌
- 임상/케이스 매니저가 도와줌
- 임상/케이스 매니저 이외의 직원이 도와줌
- 기타 다른 사람이 도와줌 누가 도움을 주었나요

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

시간을내어이 질문에 답 해주셔서 감사합니다!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code: □□

Date of Survey Administration:
 □□ - □□ - □□□□
 05 - □□ - 2022

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: □□□□□□□□□□

44276

