

NAMI 계열사:

주(State):

날짜:

지원 그룹:

NAMI 커넥션	NAMI 가정 지원 그룹	기타 (구체적으로 기재해 주십시오)
----------	---------------	---------------------

1. 다음 사항에 동의하십니까 아니면 동의하지 않으십니까?

	매우 동의함	동의하지 않음	동의도 반대도 없음	동의 함	매우 동의함
지원 그룹은 나에게 도움이 되었습니다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
지원 그룹 진행자가 효과적으로 의사 소통을 했습니다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
지원 그룹은 나 자신 또는 나의 사랑하는 사람에게 최선의 치료 결정을 내리는 데 도움이 되는 자원과 기술을 제공해 주었습니다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
지원 그룹은 정신 질환의 증상이 정신 질환을 가진 사람과 별개라는 것을 이해하도록 도와 주었습니다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
지원 그룹은 정신 질환이 누구의 잘못도 아닌 생물학적 상태라는 것을 이해하도록 도와주었습니다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
지원 그룹은 저에게 정신 질환과 관련된 위기 상황을 관리하는 데 도움이 될 정보와 리소스를 제공해 주었습니다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
지원 그룹은 제가 미래에 대한 희망을 갖도록 도와주었습니다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. 당신이 지원 그룹을 다른 사람에게 추천할 가능성은 얼마나 됩니까?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

가능성이 전혀 없음

매우 가능성이 높음

3. 우리가 어떻게 지원 그룹을 개선시킬 수 있습니까?



4. 본 지원 그룹에 처음 참석하십니까?

예	아니오
---	-----

5. 당신이 지원 그룹에 계속 참석할 가능성은 얼마나 됩니까?

가능성이 매우 낮음	가능성이 없음	확실하지 않음	가능성이 있음	가능성이 매우 높음
------------	---------	---------	---------	------------

6. 이제 지원 그룹에 참석해 보셨습니다. 그렇다면 어떤 다른 정보가 도움이 되겠습니까?

7. 지원 그룹에 대해 어떻게 알게 되었습니까?

현지 NAMI 계열사	NAMI의 이메일	NAMI.org 웹사이트	소셜 미디어
가족 또는 친구	정신 건강 전문가	기타:	

8. 기타 의견이 있습니까?

NAMI 계열사:

주(State):

날짜:

지원 그룹:

NAMI 커넥션	NAMI 가정 지원 그룹	기타 (구체적으로 기재해 주십시오)
----------	---------------	---------------------

모든 질문은 선택 사항입니다. NAMI는 당신의 개인 정보를 중요하게 생각하며 항상 데이터를 기밀로 철저히 처리합니다. 당신의 데이터는 당신을 식별할 수 있는 방식으로 NAMI 외부에서 공유되지 않습니다.

1. 당신은 몇 살입니까? \_\_\_\_\_

2. 우편번호가 어떻게 됩니까? \_\_\_\_\_

3. 당신의 인종, 민족 또는 출신지는 무엇입니까? 원하는 만큼 선택하십시오.

- 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민
- 아시아인
- 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계
- 중동 또는 북아프리카인
- 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
- 백인
- 답변을 원치 않음
- 본인은 다른 용어를 사용: \_\_\_\_\_

4. 본인의 성별을 가장 잘 나타내는 것은 어느 것입니까? 원하는 만큼 선택하십시오.

- 에이젠더
- 남성
- 논바이너리, 젠더 플루이드(gender fluid) 또는 젠더 비관행(gender non-conforming)
- 의문스러움/확실하지 않음
- 트랜스 젠더
- 여성
- 답변을 원치 않음
- 본인은 다른 용어를 사용: \_\_\_\_\_



5. 본인의 성적 취향은 무엇입니까? 원하는 만큼 선택하십시오.

- 무성애자
- 양성애자
- 게이
- 이성애자

- 레즈비언
- 범성애자
- 퀴어
- 의문스러움/확실하지 않음
- 답변을 원치 않음
- 본인은 다른 용어를 사용: \_\_\_\_\_

6. 당신은 미국 군대나, 예비군 또는 주 방위군에서 복무한 적이 있습니까?

- 군대에서 복무한 적이 전혀 없음
- 예비군 또는 주 방위군에서 훈련을 위해 현역으로 복무하는 경우만 해당
- 현재 현역임
- 과거에 현역 복무했으나 지금은 아님(베테랑/전에 군인)
- 답변을 원치 않음

7. 신체적, 정신적 또는 정서적 문제로 인해 다음과 같은 어려움이 있습니까?:

- 청각장애 또는 심각한 청각장애 (예: 귀먹음)
- 시력 또는 심각한 시력 장애(예: 실명)
- 기억하기, 집중 또는 결정하기
- 걷기, 계단 오르기, 손 사용, 뺨기, 들어 올리기 또는 나르기
- 옷 입기, 목욕하기, 집안 돌아다니기
- 혼자 집 밖으로 외출하기(예: 쇼핑 또는 병원에 가기)
- 찾기, 보관하기 또는 직업 구하기
- 해당사항 없음
- 답변을 원치 않음

8. 해당되는 경우, 신체 및 정신 건강 관리를 받는데 어떤 어려움이 있습니까??

- 육아
- 다른 사람들이 나에게 대해 어떻게 생각할지에 대한 염려
- 재정(무보험자, 불충분한 보장 범위 또는 공동 부담금)
- 교통편
- 직장(휴가를 못 받는 등)
- 해당사항 없음
- 답변을 원치 않음



- 의문스러움/확실하지 않음
- 기타: \_\_\_\_\_