



支持团体评估表

NAMI 附属机构:

日期:

支持团体:

NAMI 联盟

NAMI 家庭支持团体

1. 您赞成还是不赞成以下各项陈述?

极不赞成 不赞成 中立 赞成 极为赞成

支持团体对我有帮助。 极不赞成 不赞成 中立 赞成 极为赞成

支持团体主持人能有效地沟通。 极不赞成 不赞成 中立 赞成 极为赞成

支持团体向我提供了资源和技能，帮助我为自己或我的亲人做出最佳治疗决定。 极不赞成 不赞成 中立 赞成 极为赞成

支持团体帮助我了解精神疾病的症状与患有这种疾病的人是分开的。 极不赞成 不赞成 中立 赞成 极为赞成

支持团体帮助我理解精神疾病是一种生物疾病，不是任何人的错。 极不赞成 不赞成 中立 赞成 极为赞成

支持团体向我提供了有助于管理与精神疾病相关的危机状况的信息和资源。 极不赞成 不赞成 中立 赞成 极为赞成

支持团体帮助我对未来充满希望。 极不赞成 不赞成 中立 赞成 极为赞成

2. 您向其他人推荐支持团体的可能性有多大?

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

根本不可能

极为可能

3. 我们如何改善支持团体?

4. 这是您第一次参加支持团体活动吗?

是	否
---	---

5. 您继续参加支持团体活动的可能性有多大?

极不可能	不可能	不确定	可能	极为可能
------	-----	-----	----	------

6. 既然您已经参加了支持团体, 还有哪些其他信息会有帮助?

--

7. 您是怎么听说支持团体的?

当地 NAMI 附属机构	NAMI 发出的电子邮件	NAMI.org 网站	社交媒体
家人或朋友	精神健康专业人员	其他:	

8. 其他评论?

--



人口统计信息调查问卷

NAMI 附属机构:

日期:

支持团体:

NAMI 联盟	NAMI 家庭支持团体
---------	-------------

所有问题都是选择回答问题。NAMI 认真对待您的隐私，并始终以保密和极为谨慎的方式处理您的数据。您的数据将**永远不会**以可识别您的身份的方式在 NAMI 之外分享。

1. 您多大年龄? _____

2. 您的邮政编码是什么? _____

3. 您的种族，族裔或原国籍是什么？请选择所有适用的选项。

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
- 亚裔
- 黑人或非裔美国人
- 西裔、拉丁裔或西班牙裔
- 中东人或北非人
- 夏威夷原住民或其他太平洋岛民
- 白人
- 不愿回答
- 我使用另一个术语: _____

4. 哪一项最适当地描述您的性别？请选择所有适用的选项。

- 无性别者
- 男性
- 非二元性别、性别流动或性别不一致
- 有疑问/不确定
- 跨性别者
- 女性
- 不愿回答
- 我使用另一个术语: _____

5. 您的性取向是什么？请选择所有适用的选项。

- 无性
- 双性恋
- 男同性恋
- 异性恋

- 女同性恋
- 泛性
- 酷儿
- 有疑问/不确定
- 不愿回答
- 我使用另一个术语： _____

6. 您是否曾在美国军队、预备役或国民警卫队服役？

- 从未服过兵役
- 仅在现役接受预备役或国民警卫队训练
- 现役
- 曾服现役，但现在不是（退伍军人/前军人）
- 不愿回答

7. 身体、精神或情绪上的挑战是否让您在以下方面遇到困难：

- 听力或重度听力障碍（如耳聋）
- 视力或严重视力障碍（如失明）
- 记忆、集中注意力或做决定
- 走路、爬楼梯、用手、伸手够取、提起或搬运物体
- 穿衣、洗澡或在家中活动
- 独自外出（例如购物或看医生）
- 寻找、保留或拥有工作
- 以上都没有
- 不愿回答

8. 您在获得身体和精神健康护理方面面临哪些挑战（如有）？

- 托儿
- 担心别人会怎么看我
- 财务（缺乏保险、承保或共付额不足）
- 交通
- 工作（不能请假等）
- 以上都没有
- 不愿回答
- 有疑问/不确定
- 其他： _____