

Stigma and Discrimination Reduction Program Participant Questionnaire (Korean)

Name of Program _____

County Name _____

Date _____

**낙인과 차별 감소 프로그램
참가자 설문지**

프로그램 개선에 도움을 주셔서 감사합니다. 이 설문 조사는 익명으로 이루어지는 자발적 조사입니다. 이 설문조사의 목적 상, '정신 건강 문제'라 함은, 일상에서 타인과 소통하고 기능하는 능력에 영향을 줄 수 있는 사고, 감정 또는 기분에 영향을 주는 정신적 상태를 말합니다*. 이 프로그램 체험에 대한 귀하의 생각을 가장 잘 나타내는 상자를 선택하십시오.

	매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다	해당 사항 없음
이 프로그램 직접적인 결과로서 나는 기꺼이						
정신 건강 문제 가진 사람 옆집에 살 것이다.						
정신 건강 문제 가진 사람과 사귄 것이다.						
정신 건강 문제 가진 사람과 친밀하게 함께 일하기 시작할 것이다.						
정신 건강 문제 가진 사람에 대한 차별을 방지하기 위한 조치를 취할 것이다.						
고통에 시달리는 사람의 말을 적극적으로 다정하게 경청할 것이다.						
나에게 정신 건강 전문가가 필요하다고 생각하면 지원을 요청할 것이다.						
내가 감정적인 고통을 겪고 있다면 친구나 가족에게 이야기할 것이다.						

	매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다	해당 사항 없음
이 프로그램 직접적인 결과로서 나는 다음 사항들을 믿게 될 가능성이 크다						
정신 건강 문제 가진 사람은 다른 모든 일반인들과는 다르다.						
정신 건강 문제 가진 사람은 그들의 문제에 대해 비난을 받아야 한다.						
정신 건강 문제가 있는 사람은 회복할 수 있다.						
정신 건강 문제를 가진 사람은 사회에 영향을 미칠 수 있습니다.						
정신 건강 문제가 있는 사람을 안쓰럽게 여겨야 한다.						
정신 건강 문제 가진 사람은 다른 사람들에게 위험하다.						
누구든 정신 건강 문제가 있을 수 있습니다.						

	매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다
다음 진술에 얼마나 동의하는지 말씀해주시시오					
발표자는 주제에 대한 지식을 잘 전달하였다.					
발표자는 나의 문화(인종, 민족적 배경, 성별, 종교 등)를 존중했다.					
이 프로그램 나와 비슷한 문화적 배경과 경험(인종, 민족적 배경, 성별, 종교 등)을 가진 다른 사람들에게 관련 있는 내용이었다.					

*<https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions>

인구 통계학적 정보

질문에 답변하지 않으시려면, "답변 거부"를 표시하거나 질문을 비워 두십시오.

귀하의 인종은 무엇입니까? (하나의 상자만 선택.)	
아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민	
아시아인	
흑인 또는 아프리카계 미국인	
하와이 원주민 또는 기타 태평양섬 주민	
백인	
기타: _____	
둘 이상의 인종	
답변 거부	

가정에서 가장 자주 사용하는 언어는 무엇입니까? (하나의 상자만 선택.)	
아랍어	
아르메니아어	
캄보디아어	
광둥어	
영어	
페르시아어	
몽족어	
한국어	
만다린어	
기타 중국어	
러시아어	
스페인어	
타갈로그어	
베트남어	
미식 수화	
기타: _____	
답변 거부	

귀하의 현재 성 정체성은 무엇입니까? (하나 이상의 상자 체크 가능)	
남성	
여성	
트랜스젠더	
제3의 성	
성 정체성 의심 또는 불확실	
또 다른 성 정체성: _____	
답변 거부	

귀하의 출생 시 주어진 성별은 무엇입니까? (하나의 상자만 선택.)	
남성	
여성	
답변 거부	

귀하의 성적 취향은 무엇입니까? (하나의 상자만 선택.)	
게이 또는 레즈비언	
이성애 또는 스트레이트	
양성애	
성적 지향 의심 또는 불확실	
퀴어	
또 다른 성적 지향: _____	
답변 거부	

귀하의 민족적 배경은 무엇입니까? (하나의 상자만 선택. 다민족인 경우 "둘 이상의 민족적 배경"을 체크하십시오.)	
히스패닉 또는 라티노 민족	
카리브인	
중앙아메리카인	
멕시코인/멕시코계 미국인 /치카노	
푸에르토리코인	
남미인	
기타: _____	
비 히스패닉 민족	
아프리카인	
아시아 인디언/남아시아인	
캄보디아인	
중국인	
동유럽인	
유럽인	
필리핀인	
일본인	
한국인	
중동인	
베트남인	
기타: _____	
둘 이상의 민족적 배경	
답변 거부	

귀하의 연령은 무엇입니까? (하나의 상자만 선택.)	
0-15세(어린이/청소년)	
16-25세(전환기 연령대 청소년)	
26-59세(성인)	
60세 이상(노인)	
답변 거부	

귀하는 장애가 있습니까?*	
예	
아니오	
답변 거부	

장애가 있다면, 어떤 유형입니까? (하나 이상의 상자 체크 가능)	
지적 장애	
신체/운동 장애	
만성 건강 질병(만성 통증 포함)	
난시	
난청	
기타 의사소통 장애: _____	
다른 유형의 장애: _____	
답변 거부	

* 이 설문지에서, 장애는 6개월 이상 지속되고 주요 생활 활동을 제한하는 정신적 또는 신체적 장애로 정의되지만 심각한 정신 질환의 결과를 일컫는 것은 아닙니다.

귀하는 퇴역 군인입니까? (하나의 상자만 선택.)	
예	
아니오	
답변 거부	