CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

CHINESE
Older Adult Survey

年長者問卷表

請填寫這一份問卷表來幫助我們改進未來對您的服務。我們對您的答案會保守秘密，並且只用於評估改進我們的服務。

回答下面的問題請把您選擇的圓圈塗黑。 正確塗法 ● 錯誤塗法 ✗ ✓

心理保健統計改進計劃患者問卷*:

請根據您過去六個月的經驗回答以下的問題。如果您接受此項服務還不到六個月，就根據您現有的經驗。請標出您對每一個問題的看法是: 5-非常同意 4-同意 3-無意見 2-不同意 1-非常不同意 8-不適用。如果某些問題不適用於您的情況，請標出“不適用”。

回答問題從這裡開始 → 您接受這裡的服務有多久了?

- ○ 這是我第一次來。
- ○ 還不到一個月，可是我已經來過不只一次。
- ○ 一到二個月
- ○ 三到五個月
- ○ 六個月到一年
- ○ 已超過一年

(5-非常同意 4-同意 3-無意見 2-不同意 1-非常不同意 8-不適用)

	5	4	3	2	1	8
1. 我喜歡這裡爲我提供的服務。	○	○	○	○	○	○
2. 即使我有其他的選擇，我還是會選擇此機構所提供的各項服務。	○	○	○	○	○	○
3. 我會向家人或親友推薦這個機構的服務。	○	○	○	○	○	○
4. 此機構的地點方便(停車場,公共交通工具，距離等。)	○	○	○	○	○	○
5. 只要我有需要，服務人員都會幫助我。	○	○	○	○	○	○
6. 服務人員會在二十四小時之內回覆我的電話。	○	○	○	○	○	○
7. 服務人員能夠配合我方便的時間爲我提供服務。	○	○	○	○	○	○
8. 在這裡我能夠得到所有我認爲有需要的服務。	○	○	○	○	○	○
9. 當我想見心理醫生時就可以見到。	○	○	○	○	○	○
10. 服務人員相信我能夠成長，改變和恢復健康。	○	○	○	○	○	○
11. 我覺得能夠很自在的提出有關治療和用藥的問題。	○	○	○	○	○	○
12. 我能夠自由表達不滿意的地方。	○	○	○	○	○	○
13. 服務人員告知我應享的權力。	○	○	○	○	○	○
14. 服務人員鼓勵我掌握我自己生活的方向。	○	○	○	○	○	○
15. 服務人員事先就警告我關於所用藥物可能造成的副作用。	○	○	○	○	○	○
16. 服務人員尊重我的意願只把我的治療情況告知我選擇的人。	○	○	○	○	○	○
17. 我的治療目標是由我，而不是服務人員來決定的。	○	○	○	○	○	○

*本問卷調查是由患者，“心理保健統計改進計劃委員會”和“心理保健服務中心”共同策劃的。

繼續到下一頁...

18977

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

O - C H

(5-非常同意 4-同意 3-無意見 2-不同意 1-非常不同意 8-不適用)	5	4	3	2	1	8
18. 服務人員尊重我不同的文化背景。	○	○	○	○	○	○
19. 服務人員協助我取得有用的資訊，所以我可以更有效的控制我的病情。	○	○	○	○	○	○
20. 服務人員鼓勵我使用由患者所組成的機構(如互助小組，服務中心，危機輔導專線等等。)。	○	○	○	○	○	○

請評估您接受治療後的直接效果:

21. 我能夠更有效的處理日常生活了。	○	○	○	○	○	○
22. 我能夠較好的掌握我的生活了。	○	○	○	○	○	○
23. 我能夠較好的處理緊急情況了。	○	○	○	○	○	○
24. 我和家人相處的比較融洽了。	○	○	○	○	○	○
25. 我比較知道如何參與社交活動了。	○	○	○	○	○	○
26. 我在學校(或工作上)的表現有進步。	○	○	○	○	○	○
27. 我的居住情況有改善。	○	○	○	○	○	○
28. 我的症狀不再那麼煩擾我了。	○	○	○	○	○	○

29. 請給我們批評和指教，告訴我們哪些方面做得好,哪些方面需要改進。如果以下空間不夠，請寫在這張問卷表的反面。

生活品質問卷

請看下面問題，然後圈選最能代表您感覺的答案。每一題只能選一個答案。如果某些問題不適用於您的情形請圈選“不適用”。

日常生活的滿意程度 (1-很糟糕 2-不滿意 3-不太滿意 4-沒意見 5-還算滿意 6-滿意 7-非常滿意)

	1	2	3	4	5	6	7
1. 整體來說您覺得您的生活狀況如何?	○	○	○	○	○	○	○

居住狀況 (1-很糟糕 2-不滿意 3-不太滿意 4-沒意見 5-還算滿意 6-滿意 7-非常滿意)

2. 考慮您目前的居住狀況，
您對下列的問題感覺如何?

	1	2	3	4	5	6	7
A.您住所的安排如何?	○	○	○	○	○	○	○
B.在您的住所，您對您能保有的隱私權滿意嗎?	○	○	○	○	○	○	○
C.您有可能長久居住在目前的住所嗎?	○	○	○	○	○	○	○

繼續到下一頁...

日常及休閒活動

(1-很糟糕 2-不滿意 3-不太滿意 4-沒意見 5-還算滿意 6-滿意 7-非常滿意)

3. 考慮您是如何利用您的空閑時間，您覺得：

	1	2	3	4	5	6	7
A. 您休閒的方式如何?	○	○	○	○	○	○	○
B. 您能夠享受美好，快樂事物的機會如何?	○	○	○	○	○	○	○
C. 您能夠享受的樂趣有多少?	○	○	○	○	○	○	○
D. 在您生活中能夠放鬆心情的程度有多少?	○	○	○	○	○	○	○

家庭生活

(1-很糟糕 2-不滿意 3-不太滿意 4-沒意見 5-還算滿意 6-滿意 7-非常滿意 8-不適用)

4. 您覺得:

	1	2	3	4	5	6	7	8
A. 您和您的家人之間相處得如何?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. 整體來說，您和您家人之間的關係如何?	○	○	○	○	○	○	○	○

社會關係

5. 您對以下問題的感覺如何?

	1	2	3	4	5	6	7	8
A. 您和其他人一起參與的活動的品質如何?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. 您有充份的時間和其他人相處嗎?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. 平時和您交往的人如何?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. 在生活中能得到多少友誼?	○	○	○	○	○	○	○	○

法律與安全

6. 在上一個月中，您是否曾經因爲下列情況而受到傷害?

	No-否	Yes-是
A. 任何暴力攻擊，強姦，或搶劫。	○	○
B. 非暴力犯罪行爲但導致您的金錢或財物被偷或被騙。	○	○

7. 在上一個月中，您是否因犯罪行爲而被捕過? 多少次?

○ 0次 ○ 一次 ○ 二次 ○ 三次 ○ 四次或更多

8. 您覺得 (1-很糟糕 2-不滿意 3-不太滿意 4-沒意見 5-還算滿意 6-滿意 7-非常滿意)

	1	2	3	4	5	6	7
A. 您居所鄰近的街道有多安全?	○	○	○	○	○	○	○
B. 您的居所有多安全?	○	○	○	○	○	○	○
C. 您的預防被搶劫或被攻擊的安全措施如何?	○	○	○	○	○	○	○

健康狀況

9. 一般來說您覺得您的健康狀況是:

○ 最優等 ○ 非常好 ○ 好 ○ 還可以 ○ 很差

10. 您覺得: (1-很糟糕 2-不滿意 3-不太滿意 4-沒意見 5-還算滿意 6-滿意 7-非常滿意)

	1	2	3	4	5	6	7
A. 您整體的健康狀況如何?	○	○	○	○	○	○	○
B. 您的身體狀況如何?	○	○	○	○	○	○	○
C. 您的精神狀況如何?	○	○	○	○	○	○	○

繼續到下一頁...

18977

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

CHINESE
Older Adult Survey

個人資料:

1. 您的性別是 ○ 女性 ○ 男性 ○ 其它

2. 您是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎? ○ 是 ○ 不是 ○ 不知道

3. 您屬於哪一個種族? 請圈選所有適用於您的。
- ○ 白種人
- ○ 美國印地安人/阿拉斯加土生
- ○ 不知道
- ○ 非洲裔美國人
- ○ 夏威夷土生/其他太平洋群島種族
- ○ 亞裔
- ○ 其他

4. 您的出生年月日? (請填寫在格子裡, 同時塗黑對應的圓圈。請參看以下的例子。)

月月-日日-年年年年

□□ - □□ - □□□□

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

例 如: 1937 年 4 月 30 日 生 日

1. 這裡填寫生日 → 月月-日日-年年年年: 04 - 30 - 1937

2. 把對應的圓圈塗黑

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

5. 我們提供您的服務是用您所熟悉的語言嗎? ○ Yes -是 ○ No -否

6. 我們所提供您的文件(例如有關服務項目的小冊子,
您應享有的權力手冊和心理保健教育資料)是用您所熟悉的語言嗎? ○ Yes -是 ○ No -否

7. 您參與這項服務的主要原因是
- ○ 我自己想要參加的。
- ○ 別人建議我來的。
- ○ 我並不願意來。

8. 請告訴我們有誰幫助您填寫這份問卷表? 請圈選所有適用於您的答案。
- ○ 我不需要別人幫助。
- ○ 專業訪談人員。
- ○ 心理保健贊助者/義務工作人員
- ○ 我的專業心理輔導人員。
- ○ 其他在這裡接受服務的患者。
- ○ 其他服務人員。
- ○ 我的家人。
- ○ 其他人。誰? _____

謝謝您的合作!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code: □□

Date of Survey Administration:

11 - □□ - 2004

Reason (if applicable):

Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth ○

Make sure the same CSI County Client Number is written on all four pages of this survey.

□□□□□□□□□

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1:

○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2:

○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3:

○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

18977