

## 당사자용 설문지

## 정신장애인 가족 돌봄 및 지역사회 지지체계에 대한 실태조사

ID: \_\_\_\_\_

## A. 응답자의 일반적 특성

A1. 성별	① 남성	② 여성	
A2. 생년월일	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 년 <input type="text"/> 월 <input type="text"/> 일		
A3. 거주지역	<input type="text"/> 시/도 <input type="text"/> 구/시/군 <input type="text"/> 동/읍/면		
A4. 학력  (예) 고등학교 졸업 학교: ④ 고등학교 졸업여부: ③ 졸업(수료포함)	A4-1. 학교	A4-2. 졸업여부	
	① 무학 ② 초등학교 ③ 중학교 ④ 고등학교 ⑤ 대학(3년제 이하) ⑥ 대학(4년제 이상) ⑦ 대학원 이상	① 비해당 ② 재학 ③ 중퇴 ④ 졸업(수료포함) ⑤ 휴학	
A5. 결혼상태	① 미혼 ② 결혼 ③ 동거(함께사는 배우자 있음) ④ 별거	⑤ 이혼 ⑥ 사별 ⑦ 기타( )	
A6. 동거가족 (모두 선택)	① 혼자 살고 있음 → A7로 이동 ② 배우자나 직계혈족(부모 또는 자녀) ③ 형제 또는 자매 ④ 친족관계가 없는 정신장애인을 가진 사람들 ⑤ 친족관계가 없는 정신장애인을 가진 사람들 ⑥ 기타( )		
A6-1. 동거하고 있는 사람의 수 (본인 포함)	<input type="text"/> 명		
A7. 가구의 월 소득	① 100만원 미만 ④ 300~399만원 ⑦ 600~699만원 ⑩ 900만원 이상	② 100~199만원 ⑤ 400~499만원 ⑧ 700~799만원 ⑪ 잘 모르겠다	③ 200~299만원 ⑥ 500~599만원 ⑨ 800~899만원
A8. 가정의 경제적 상태	① 상 ② 중상	③ 중 ④ 중하	⑤ 하
A9. 의료보장제도 유형	① 의료급여 ④ 배우자(남편 또는 아내) ⑤ 형제자매 및 그 배우자 ⑥ 조부모 ⑦ 자녀	② 건강보험(의료보험) ⑧ 친척 ⑨ 가족 외 동거인 ⑩ 성년후견인 ⑪ 시/군/구청, 동주민센터 ⑫ 기관(정신의료기관, 정신재활시설, 정신건강 복지센터 등)의 실무자	③ 모름 ⑬ 기타( )
A10. 주된 의사결정자			

※ 다음은 귀하의 고용 및 취업 여부와 관련하여 여쭙는 문항들입니다.  
각 문항을 잘 읽고 응답해주십시오.

#### A11. 귀하는 현재 수입을 목적으로 근로 중이십니까?

- ① 예 → A11-1로 이동
  - ② 아니오 → A12로 이동

#### A11-1. 귀하는 일주일에 몇 시간 일하십니까?

주  시간

#### A11-2. 귀하의 월 평균 급여 수준은 어느 정도입니까?

월평군  만원

A11-3. 귀하는 현재 직장에서 취업 유지할 가능성이 얼마나 된다고 생각하십니까?



→ 응답 후 A13으로 이동

A12. 귀하가 현재 근로하고 있지 않은 주된 이유는 무엇입니까? 해당하는 이유를 3개까지 응답해주세요.

1순위		2순위		3순위	
-----	--	-----	--	-----	--

- ① 정신질환(정신장애)으로 인해 업무를 제대로 수행할 수 없을 것 같아서
  - ② 그저 일하고 싶지 않아서 또는 일할 필요가 없어서
  - ③ 원하는 임금수준이나 근로조건에 맞는 일자리가 없을 것 같아서
  - ④ 교육, 기술, 경험이 부족해서
  - ⑤ 정신질환자(정신장애인)에 대한 차별과 선입견 때문에
  - ⑥ 일해 본 경험이 없어서(직장생활에 대한 자신감 부족)
  - ⑦ 현재 취업준비(취업, 창업) 중에 있음
  - ⑧ 정신질환 이외의 질병이나 사고로(건강문제)
  - ⑨ 취업 이외의 활동 때문에(진학, 결혼 등)
  - ⑩ 직장스트레스로 인해 정신질환이 재발 혹은 악화될까봐
  - ⑪ 기타 ( )

A13. 귀하의 근로 여부와 상관 없이, 귀하가 취업으로 얻을 수 있는 가장 큰 이득은 무엇이라고 생각하십니까? 생각하시는 이득을 2개까지 응답해주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 경제적 안정을 얻는다
- ② 자신에게 필요한 물품을 구매할 수 있다
- ③ 사회적 구성원이 된다는 소속감을 느낄 수 있다
- ④ 정신질환 증상을 완화시킨다
- ⑤ 자신감이 생긴다
- ⑥ 결혼 등 취업을 통해 또 다른 삶의 목표를 달성할 수 있다
- ⑦ 기타 (                  )
- ⑧ 이득이 없다

## B. 일상생활 경험

B1. 귀하는 자신의 정신과 질환이나 문제(질환 특성, 증상관리, 치료방법, 약물복용 등)에 대해 어느 정도 알고 있습니까?

- ① 전혀 모름
- ② 거의 모르는 편임
- ③ 조금 알고 있는 편임
- ④ 매우 잘 알고 있음

B2. 귀하의 주된 진단명은 무엇입니까?

- ① 조현병(정신분열증)
- ② 양극성정동장애(조울증)
- ③ 우울증(반복성 우울)
- ④ 분열정동장애(조현정동장애)
- ⑤ 발달장애(지적, 자폐성)
- ⑥ 알코올/약물장애

- ⑦ 신경증
- ⑧ ADHD(주의력 결핍 과잉행동장애)
- ⑨ 기타(        )
- ⑩ 진단받지 않았음 → **B3으로 이동**

**B2-1. 귀하가 응답하신 주된 진단명을 최초로 진단받은 연도 또는 나이가 어떻게 되십니까?**

년      또는       세

**B3. 귀하가 생각하시기에 현재 귀하의 장애, 증상관리 및 안정된 일상생활을 위해 필요하다고 생각되는 서비스는 무엇입니까? 각각 2개까지 선택해주시기 바랍니다.**

B3-1. 장애와 증상관리에 필요한 서비스	1순위	2순위	
B3-2. 일상생활 유지에 필요한 서비스	1순위	2순위	

- ① 증상발현 등 긴급 상황 발생 시 가정방문 서비스
- ② 긴급상담을 받을 수 있는 24시간 전화 핫라인
- ③ 병원과 지역사회 기관 간 정보공유 및 연계 서비스
- ④ 지역사회 적응을 위한 사회복지전문가의 집중 사례관리
- ⑤ 활동지원사 서비스
- ⑥ 여가 및 운동 프로그램
- ⑦ 동료지원을 통한 상담 및 생활 지원
- ⑧ 병의원 및 약국 등의 방문에 함께 동행 해 도움을 줄 사람
- ⑨ 병의원 진료 및 약 구입을 위한 비용지원
- ⑩ 소득지원(생활정착 지원금)
- ⑪ 지역주민과 관계형성
- ⑫ 기타 (        )

**B4. 현재 귀하의 정신과적 질환이나 문제로부터 회복정도는 어떠하다고 생각하십니까?**

- ① 증상이 없고 혼자서 일상생활과 직장생활이 가능하며, 독립적으로 살아갈 수 있다
- ② 증상이 없고 집에서 생활하는 것은 문제없지만 외출이나 직장생활에 대한 도움이 필요하다
- ③ 가끔씩 증상이 나타나는 것 외에 집에서 생활하는 데에는 어려움이 없다

- ④ 약물복용 및 식사하기 등 일상생활을 위해 훈련이나 보호자나 다른 사람의 도움이 필요하다
- ⑤ 충분히 회복이 안되어 병원 입원이나 시설 입소가 필요하다

B5. 귀하가 정신질환이나 장애로부터 회복하고 지역사회에서 살아갈 수 있도록 도움을 준 사람은 누구입니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1순위	2순위
-----	-----

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| ① 부모         | ⑦ 그 외 전문인력(작업치료사, 임상심리사) |
| ② 형제/자매      | ⑧ 환우 및 서비스 이용 동료         |
| ③ 배우자        | ⑨ 동료지원인                  |
| ④ 정신건강의학과 의사 | ⑩ 종교인                    |
| ⑤ 간호사        | ⑪ 없음                     |
| ⑥ 사회복지사      | ⑫ 기타( )                  |

B6. 내가 정신질환이나 장애로부터 회복하고 지역사회에서 사는데 가장 어려움을 준 사람은 누구입니까?

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| ① 부모         | ⑦ 그 외 전문인력(작업치료사, 임상심리사) |
| ② 형제/자매      | ⑧ 환우 및 서비스 이용 동료         |
| ③ 배우자        | ⑨ 동료지원인                  |
| ④ 정신건강의학과 의사 | ⑩ 종교인                    |
| ⑤ 간호사        | ⑪ 없음 → B7로 이동            |
| ⑥ 사회복지사      | ⑫ 기타( )                  |

B6-1. 귀하는 왜 그 사람이 귀하의 회복을 방해한다고 생각하십니까?

- ① 치료 및 회복에 내 의견보다 본인의 의견과 생각을 강요한다.
- ② 내 회복에 관심이 없고 자신의 입장만 생각한다.
- ③ 나를 바라보는 시선이나 태도가 나를 힘들게 한다
- ④ 나한테 관심이 없다
- ⑤ 기타( )

**B7. 다음 각 항목에 대하여 현재 귀하의 만족도는 어느 정도입니까?**

영역별 만족도		매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
1) 귀하의 신체건강		①	②	③	④	⑤
2) 귀하의 정신건강		①	②	③	④	⑤
3) 귀하의 주거환경 (현재 거주하고 있는 환경 기준)		①	②	③	④	⑤
4) 귀하의 가족관계		①	②	③	④	⑤
5) 귀하의 직업(일) (무직, 전업주부 등도 현재 상황에서 만족도 표기)		①	②	③	④	⑤
6) 귀하의 소득		①	②	③	④	⑤
7) 귀하의 사회적 친분관계		①	②	③	④	⑤
8) 귀하의 여가생활		①	②	③	④	⑤
전반적 만족도		매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
9) 위의 상황을 모두 고려할 때 귀하는 전반적으로 생활에 얼마나 만족하고 계십니까?		①	②	③	④	⑤

**B8. 다음은 귀하의 전반적인 생활에 대해 알아보고자 하는 문항입니다. 각 문항을 읽고 본인의 상태를 가장 잘 나타내는 것 하나를 골라 주십시오.**

문항	전혀 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
1) 나는 매일 아침 세수를 한다.	①	②	③	④
2) 나는 하루에 적어도 한번은 이를 닦는다.	①	②	③	④
3) 나는 한 번에 적당한 양의 음식을 먹는다.	①	②	③	④
4) 나는 음식을 적당한 속도로 먹는다.	①	②	③	④
5) 나는 약의 효과와 부작용을 의사와 상의한다.	①	②	③	④
6) 나는 몸이 아프면 제때 적절히 이야기하고 도움을 청한다.	①	②	③	④
7) 나는 잠을 잘 못자거나 증상이 변화되면 의사와 상의한다.	①	②	③	④
8) 나는 담당 선생님과 자연스럽게 이야기한다.	①	②	③	④
9) 나는 혼자서 병원과 약국을 이용한다.	①	②	③	④
10) 나는 혼자서 은행을 이용한다.	①	②	③	④
11) 나는 혼자서 동사무소를 이용한다.	①	②	③	④
12) 나는 혼자서, 이발소, 미용실, 목욕탕 등을 이용한다.	①	②	③	④
13) 나는 상대방의 질문에 적절하게 대답한다.	①	②	③	④
14) 나는 적절한 속도로 이야기한다.	①	②	③	④
15) 나는 상대방에게 나의 감정을 적절하게 표현한다.	①	②	③	④
16) 나는 말의 양이 적절하면서도 충분하다.	①	②	③	④
17) 나는 해야 할 일을 빨리 파악한다.	①	②	③	④
18) 나는 일에 대한 지시를 정확하게 파악한다.	①	②	③	④

문항	전혀 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
19) 나는 시간에 맞추어 일을 해낸다.	①	②	③	④
20) 나는 주어진 일을 끝까지 완수한다.	①	②	③	④
21) 나는 가족들과 자주 대화를 나눈다.	①	②	③	④
22) 나는 가족에게 나의 생각과 기분을 적절하게 표현한다.	①	②	③	④
23) 나는 각종 친목단체에 참여한다.	①	②	③	④
24) 나는 집안행사에 참여한다.	①	②	③	④

B9. 현재 스스로 생활하면서 (혹은 향후 자립할 것을 생각하실 때) 다음의 사항 각각에 대한  
귀하의 우려 수준은 어떠합니까? 다음의 사항 외 우려하시는 것이 있으시면 기타에 귀하의 의견을 적어주십시오.

자립생활은 ‘지역사회에서 개인이 마련한 주거지나 지원주택(공공임대주택)에서 혼자, 배우자 또는 동료와 생활하고, 필요 시 정신건강 전문기관의 도움을 받으면서 일상생활과 사회생활을 독립적으로 영위할 수 있는 상태’를 의미합니다.

구분	매우 낮음	낮음	보통	높음	매우 높음
1) 식사준비 및 식사하는 것에 대한 우려	①	②	③	④	⑤
2) 가전 제품(청소기, 밥솥 등) 이용에 대한 우려	①	②	③	④	⑤
3) 내가 거주할 곳을 마련할 수 있을까에 대한 우려	①	②	③	④	⑤
4) 자립생활을 하는 데 비용 부담 등 경제적 어려움에 대한 우려	①	②	③	④	⑤
5) 혼자 있는 시간을 어떻게 보내야 하는지에 대한 우려	①	②	③	④	⑤
6) 정신질환으로 인한 증상 및 악복용 등 질환 관리가 잘 안되어서 재발이 될까 하는 우려	①	②	③	④	⑤
7) 기타 (                          )	①	②	③	④	⑤

#### B10. 귀하는 현재 일상생활을 하는데 도와주는 사람이 있습니까?

① 예 → B10-1로 이동      ② 아니오 → B11로 이동

## B10-1. 귀하의 일상생활을 하는데 주로 도와주는 사람은 누구입니까?

- ① 배우자 ② 부모 ③ 자녀(며느리, 사위 포함) ④ 형제·자매  
⑤ 조부모 ⑥ 손자녀 ⑦ 친척 및 기타 가족 ⑧ 친구  
⑨ 이웃 ⑩ 사회복지사 ⑪ 간호사 ⑫ 의사  
⑬ 동료지원인 ⑭ 활동지원사 ⑮ 가정봉사원 ⑯ 간병인  
⑰ 요양보호사 ⑱ 기타( )

## B11. 귀하는 계속적으로 지역사회에서 거주하는 것이 가능할 거라고 생각하십니까?

- ① 전혀 그렇지 않다    ② 그렇지 않다    ③ 보통이다    ④ 그렇다    ⑤ 매우 그렇다

## B12. 자신과 원하는 삶을 위해 어디에서/누구와 함께 생활해야 한다고 생각하십니까?

- ① 가정에서 함께 가족들과 함께 생활해야 한다
  - ② 독립주거에서 혼자서 생활해야 한다
  - ③ 가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 전문가(의료전문가, 사회복지사)의 도움을 받으며 생활해야 한다
  - ④ 가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 당사자들끼리 도우며 생활해야 한다
  - ⑤ 정신요양시설에 입소하여 생활해야 한다
  - ⑥ 정신병/의원에 입원하여 치료받으며 생활해야 한다
  - ⑦ 기타 ( )

B13. 다음은 지역사회에서 스스로 살아가는데 도움이 되는 다양한 지원들을 나열한 것입니다.

귀하는 다음의 각 제도(지원)나 서비스가 얼마나 필요하다고 생각하십니까? 그리고 다음의 각 제도(지원)나 서비스를 이용해 본 적이 있으십니까? 만약에 이용해 보셨다면 얼마나 도움이 되셨는지 응답해 주십시오.

서비스 종류	B13-1. 서비스의 필요 정도					B13-2 이용경험		B13-3. 도움이 된 정도 (※이용경험 있는 경우만)					
	전혀 불필 요	불필 요	보통 필요	필요	매우 필요	있다	없다	전혀 불필 요	불필 요	보통 필요	필요	매우 필요	
주거 환경	1) 월세 및 공공요금 지원 (전기·수도·도시가스·통신비 지원)	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	2) 전월세 계약 지원 및 임차인 권리보호	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	3) 주택의 수리, 개조 등 주거 환경 개선 지원(비용 지원, 도배 지원)	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	4) 주택 구입, 상속 등과 관련 법률 상담 지원	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	5) 지역주민과 갈등중재 및 지역사회 인식개선	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
정신 건강 의료	6) 단기보호 및 위기쉼터	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	7) 심리·정서 안정을 위한 상담	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	8) 의료서비스 편의	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
가사 활동	9) 가사도우미 서비스(식사, 청소, 빨래 등)	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	10) 평생교육 서비스	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	11) 문화·예술·여가활동 지원	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	12) 낮시간 동안의 외출 및 사회활동 지원	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤

서비스 종류	B13-1. 서비스의 필요 정도					B13-2 이용경험		B13-3. 도움이 된 정도 (※이용경험 있는 경우만)					
	전혀 불필 요	불필 요	보통	필요	매우 필요	있다	없다	전혀 불필 요	불필 요	보통	필요	매우 필요	
취업 훈련	13) 취업 전 훈련 및 직업기술훈련	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	14) 직장 정보제공 및 취업 연계	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	15) 자립생활체험서비스	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
자조 · 가족 지원	16) 자조모임 지원	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	17) 가족지원 (가족대상 정보제공, 교육, 상담)	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤
	18) 기타 ( )	①	②	③	④	⑤	①	②	①	②	③	④	⑤

### C. 서비스 이용 관련 경험

C1. 귀하는 지난 1년 동안 다음 정신보건 영역의 기관 및 서비스를 이용한 경험이 있습니까?  
이용한 경험이 있다면 만족도는 얼마나 되며, 불만족한 경우 그 이유는 무엇입니까?

서비스 종류	C1-1. 이용 경험					C1-2. 서비스의 만족 정도			C1-3. 불만족한 이유							
	있다	없다	매우 불만 족	불만 족	보통	만족	매우 만족	※ C1-2.에서 ① 매우 불만족, ② 불만족만	① 내 욕구에 맞지 않아서	② 시설 환경이 불만족스러워서	③ 서비스 양(횟수, 시간 등)이 부족해서	④ 이용 비용이 부담되어서	⑤ 서비스 제공자의 전문성(지식, 태도 등)이 부족해서	⑥ 이용과정이 불편해서(교통 불편, 절차가 까다로움 등)	⑦ 필요한 시점에 이용하지 못하여서	⑧ 기타( )
입원 · 입소 기관	1) 정신병원 입원	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )
	2) 정신요양시설 입소	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )
	3) 정신재활시설의 주거서비스	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )
	4) 지역사회전환시설	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )
이용 기관	5) 낮병원의 주간재활서비스	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )
	6) 정신재활시설의 주간재활서비스	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )
	7) 정신건강복지센터의 주간재활서비스	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )
	8) 중독관리통합지원센터	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )
기타 서비스	9) 정신건강도لل케어(바우처)	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )
	10) 정신장애인사자단체 (동료지원센터)	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )
	11) 절차조력서비스	①	②	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧( )

**C2. 귀하는 지난 1년 동안 다음 장애인 복지 영역의 기관 및 서비스를 이용한 경험이 있습니까?  
이용한 경험이 있다면 만족도는 얼마나 되며, 불만족한 경우 그 이유는 무엇입니까?**

서비스 종류	C2-1 · 이용경험	C2-2. 서비스의 만족 정도					C2-3. 불만족한 이유 ※ C1-2.에서 ① 매우 불만족, ② 불만족만		
		매우 불만 족	불만 족	보통	만족	매우 만족	① 내 욕구에 맞지 않아서 ② 시설 환경이 불만족스러워서 ③ 서비스 양(횟수, 시간 등)이 부족해서 ④ 이용 비용이 부담되어서 ⑤ 서비스 제공자의 전문성(지식, 태도 등) 이 부족해서 ⑥ 이용과정이 불편해서(교통 불편, 절차가 끼다로움 등) ⑦ 필요한 시점에 이용하지 못해서 ⑧ 기타( )		
있다	없다								
장애인 복지 사업 실시 기관	1) 장애인 거주시설	①	②	①	②	③	④	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧( )
	2) 장애인 주간보호시설	①	②	①	②	③	④	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧( )
	3) 장애인 복지관	①	②	①	②	③	④	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧( )
	4) 장애인 직업재활시설	①	②	①	②	③	④	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧( )
	5) 장애인 체육시설	①	②	①	②	③	④	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧( )
	6) 장애인 생산품판매시설	①	②	①	②	③	④	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧( )
	7) 장애인 의료재활시설	①	②	①	②	③	④	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧( )
	8) 장애인 자립생활센터	①	②	①	②	③	④	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧( )
	9) 장애인 권리옹호기관	①	②	①	②	③	④	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧( )
	10) 장애인 가족지원센터	①	②	①	②	③	④	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧( )

**C3. 귀하가 생각하시기에 귀하가 지역사회에서 이용할 수 있는 서비스에 대한 제약이 얼마나 있다고 생각하십니까?**

구분	매우 낮음	낮음	보통	높음	매우 높음
1) 물리적인 제약 (예. 이동에서의 제약 등)	①	②	③	④	⑤
2) 인식 및 태도에서의 제약 (예. 비정상인으로 인식, 무엇인가를 할 수 없는 존재로 인식되는 것, 의견이나 경험이 무시되는 것 등)	①	②	③	④	⑤
3) 소통에서의 제약 (예. 나의 의견을 말할 기회의 부족, 내가 이해할 수 있는 정보 안내의 부족, 내 의견이 받아들여지지 않는 것 등)	①	②	③	④	⑤
4) 사회적 제약 (예. 내가 이용할 수 있는 지역사회 서비스 및 지원의 부족, 빈곤 문제, 고용/교육/주거에서의 기회 제한 등)	①	②	③	④	⑤
5) 법적 제약 (예. 결혼/투표/취업/자산관리 등에서의 차별적 제도, 인권 보장 및 의사 결정을 위한 제도적 지원 부족 등)	①	②	③	④	⑤

**C4. 귀하의 장애 등록 여부와 상관없이, 귀하는 장애인 대상 서비스에 대해 어느정도 알고 계십니까?**

- ① 전혀 모른다
- ② 잘 모르는 편이다
- ③ 보통이다
- ④ 잘 알고 있는 편이다
- ⑤ 매우 잘 알고 있다

**C5. 귀하는 장애등록을 하셨습니까?**

- ① 등록장애인 → **C5-1로 이동**
- ② 등록장애인 아님 → **C5-2로 이동**

**C5-1. 귀하가 장애등록을 하게 된 이유는 무엇입니까?**

- ① 가족의 권유로
- ② 본인의 판단으로
- ③ 기관(정신의료기관, 정신건강복지센터 등)의 권유로
- ④ 기타(            )

→ 응답 후 **C6으로 이동**

**C5-2. 귀하가 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유는 무엇입니까?**

- ① 등록절차와 방법을 몰라서
- ② 등록해도 혜택이 없을 것 같아서
- ③ 등록하는데 비용이 많이 들거나 과정이 번거로워서
- ④ 앞으로 장애 상태가 호전될 것 같거나 장애인이라고 생각하지 않아서
- ⑤ 남에게 정신장애인임을 알리기 싫어서
- ⑥ 등록하지 않아도 생활하는데 불편이 없어서
- ⑦ 등록하려고 했으나 탈락하였음
- ⑧ 기타(            )

C6. 귀하는 활동지원서비스에 대해 얼마나 알고 있습니까?

- ① 전혀 모른다
- ② 잘 모르는 편이다
- ③ 보통이다
- ④ 잘 알고 있는 편이다
- ⑤ 매우 잘 알고 있다

C6-1. 귀하는 활동지원서비스를 이용한 경험이 있으십니까?

- ① 예
- ② 아니오 → **C3-7로 이동**

C6-2. 귀하는 활동지원서비스를 얼마나 이용하셨습니까?

C6-2-1. 이용기간	<input type="text"/> 개월	C6-2-2. 월 평균 이용시간	<input type="text"/> 시간
--------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

C6-3. 귀하는 활동지원서비스를 어떤 경로로 이용하게 되셨습니까?

- ① 가족의 권유
- ② 지인의 소개
- ③ 동료지원가의 소개
- ④ 정신건강복지센터, 정신재활시설 등 정신보건기관의 소개
- ⑤ 장애인복지관 등 장애인복지기관의 소개
- ⑥ 지역사회복지관, 동주민센터 등 지역사회복지기관의 소개
- ⑦ 스스로 알아봄
- ⑧ 기타 ( )

C6-4. 귀하는 활동지원서비스를 이용하시면서 어떤 지원을 가장 많이 받으셨습니까? 최대 2개 까지 선택해주십시오.

1순위	<input type="text"/>	2순위	<input type="text"/>
-----	----------------------	-----	----------------------

- ① 위생관리, 옷 갈아입기 등 기본적 생활
- ② 식사지원, 가사지원 등 일상적 생활

- ③ 대중교통 이용 등 이동지원
- ④ 학교생활, 직장생활 등 사회참여
- ⑤ 증상 악화 및 위기 상황 시 동료상담 등의 지원
- ⑥ 관공서, 은행, 병원 이용 시 동행
- ⑦ 취미 및 여가생활
- ⑧ 대인관계 등 지역사회에서의 적응
- ⑨ 부당한 처우나 인권침해 상황에서의 권익옹호
- ⑩ 관련 서비스의 연계 및 정보제공
- ⑪ 기타 (                  )

**C6-5. 귀하는 활동지원서비스가 얼마나 도움이 된다고 생각하십니까?**

- ① 전혀 도움이 안 됐다
- ② 도움이 안 됐다
- ③ 도움이 됐다 → **C4로 이동**
- ④ 매우 도움이 됐다 → **C4로 이동**

**C6-6. 귀하께서 활동지원서비스를 이용하는 과정에서 도움이 되지 못한 부분이 있다면 그것은 무엇입니까?  
최대 2개까지 선택해 주십시오.**

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 서비스 내용이 불만족스러워서(나의 욕구에 맞지 않음)
- ② 서비스 양(횟수, 시간 등)이 부족해서
- ③ 서비스 이용 비용이 부담되어서
- ④ 서비스 제공인력의 전문성(전문적 지식, 태도 등 포함)이 부족해서
- ⑤ 서비스 이용과정이 불편해서(서비스를 이용하는 절차가 복잡하고 까다로워서 등)
- ⑥ 서비스를 필요한 시점에 이용하지 못하여서
- ⑦ 기타 (                  )

→ 응답 후 **C4로 이동**

**C6-7. 귀하가 활동지원서비스를 이용하지 않은 이유는 무엇입니까?  
최대 2개까지 선택해 주십시오.**

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 서비스가 존재하는지 몰라서
- ② 장애 등록이 되어 있지 않아서
- ③ 필요하다고 생각하지 않아서
- ④ 서비스종합조사에서 충분한 시간을 받지 못하여서
- ⑤ 활동지원사력이 배치되지 않아서
- ⑥ 기타 ( )

**C6-8. 귀하께서 계속적으로 지역사회에서 거주하기 위해서는 활동지원서비스가 얼마나 필요하다고 생각하십니까?**

활동지원서비스란 신체적 또는 정신적인 장애로 혼자서 일상생활이나 사회생활이 어려운 중증장애인을 대상으로, 활동지원등급에 따라 신체활동지원(목욕도움, 세면도움, 식사도움, 실내이동 도움 등), 가사활동지원(청소, 세탁, 취사 등), 사회활동지원(등하고 및 출퇴근 보조, 외출 동행 등), 방문목욕, 방문간호를 제공하는 서비스를 말합니다.

- ① 전혀 필요하지 않다
- ② 필요하지 않다
- ③ 보통이다
- ④ 필요하다
- ⑤ 매우 필요하다

**C7. 귀하는 동료지원서비스에 대해 얼마나 알고 있습니까?**

- ① 전혀 모른다
- ② 잘 모르는 편이다
- ③ 보통이다
- ④ 잘 알고 있는 편이다
- ⑤ 매우 잘 알고 있다

**C7-1. 귀하는 동료지원서비스를 이용한 경험이 있으십니까?**

- ① 예
- ② 아니오 → **C7-7로 이동**

**C7-2. 귀하는 동료지원서비스를 얼마나 이용하셨습니까?**

C7-2-1. 이용기간	□□□	개월	C7-2-2. 월 평균 이용시간	□□□	시간
--------------	-----	----	-------------------	-----	----

**C7-3. 귀하는 동료지원서비스를 어떤 경로로 이용하게 되셨습니까?**

- ① 가족의 권유
- ② 지인의 소개
- ③ 동료지원가의 소개
- ④ 정신건강복지센터, 정신재활시설 등 정신보건기관의 소개
- ⑤ 장애인복지관 등 장애인복지기관의 소개
- ⑥ 지역사회복지관, 동주민센터 등 지역사회복지기관의 소개
- ⑦ 스스로 알아봄
- ⑧ 기타 ( )

**C7-4. 귀하는 동료지원서비스를 이용하시면서 어떤 지원을 가장 많이 받으셨습니까? 최대 2개 까지 선택해주십시오.**

1순위	□□□	2순위	□□□
-----	-----	-----	-----

- ① 위생관리, 옷 갈아입기 등 기본적 생활
- ② 식사지원, 가사지원 등 일상적 생활
- ③ 대중교통 이용 등 이동지원
- ④ 학교생활, 직장생활 등 사회참여
- ⑤ 증상 악화 및 위기 상황 시 동료상담 등의 지원
- ⑥ 관공서, 은행, 병원 이용 시 동행
- ⑦ 취미 및 여가생활
- ⑧ 대인관계 등 지역사회에서의 적응
- ⑨ 부당한 처우나 인권침해 상황에서의 권익옹호
- ⑩ 관련 서비스의 연계 및 정보제공
- ⑪ 기타 ( )

C7-5. 귀하는 동료지원서비스가 얼마나 도움이 된다고 생각하십니까?

- ① 전혀 도움이 안 됐다
- ② 도움이 안 됐다
- ③ 도움이 됐다 → **C7-8로 이동**
- ④ 매우 도움이 됐다 → **C7-8로 이동**

C7-6. 귀하께서 동료지원서비스를 이용하는 과정에서 도움이 되지 못한 부분이 있다면 그것은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 서비스 내용이 불만족스러워서(나의 욕구에 맞지 않음)
- ② 서비스 양(횟수, 시간 등)이 부족해서
- ③ 서비스 이용 비용이 부담되어서
- ④ 서비스 제공인력의 전문성(전문적 지식, 태도 등 포함)이 부족해서
- ⑤ 서비스 이용과정이 불편해서(서비스를 이용하는 절차가 복잡하고 까다로워서 등)
- ⑥ 서비스를 필요한 시점에 이용하지 못하여서
- ⑦ 기타 ( )

→ **응답 후 C7-8로 이동**

C7-7. 귀하가 동료지원서비스를 이용하지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 서비스가 존재하는지 몰라서
- ② 필요하다고 생각하지 않아서
- ③ 서비스종합조사에서 충분한 시간을 받지 못하여서
- ④ 활동지원사력이 배치되지 않아서
- ⑤ 기타 ( )

### C7-8. 귀하게서 계속적으로 지역사회에서 거주하기 위해서는 동료지원서비스가 얼마나 필요하고 생각하십니까?

동료지원서비스란 정신과적인 어려움에 대한 경험을 가진 당사자가 자신의 회복 경험을 통하여 도움이 필요한 다른 당사자 동료에게 상담 및 지원을 제공하여 회복을 돋는 서비스를 말합니다.

- ① 전혀 필요하지 않다
- ② 필요하지 않다
- ③ 보통이다
- ④ 필요하다
- ⑤ 매우 필요하다

### D. 인권

D1. 귀하가 정신과적인 어려움이나 위기(흥분, 불안 및 자타해 등) 상황을 경험할 때  
귀하가 주로 도움을 요청하는 기관이나 대상은 누구입니까? 최대 2개까지 응답해주십시오

1순위		2순위	

- ① 가족 및 친척
- ② 이웃이나 지인
- ③ 평소 잘 알고 있는 의사, 상담사, 사회복지사 등 서비스 제공자
- ④ 정신건강복지센터, 보건소에 도움 요청
- ⑤ 경찰서
- ⑥ 정신병원
- ⑦ 도움 요청할 곳이 없거나 요청하지 않음.
- ⑧ 기타(\_\_\_\_\_)

D2. 귀하가 위기(흥분, 불안 및 자타해 등) 상황을 경험할 때, 귀하는 어떤 도움이 있기를 바라십니까?

- ① 전문가의 가정방문
- ② 위기동안 잠시 안정을 취할 수 있는 쉼터
- ③ 정신병원 입원
- ④ 기타(\_\_\_\_\_)

D3. 귀하는 정신병원에 입원한 경험이 있습니까?

- ① 있다      ② 없다 → **D4로 이동**

D3-1. 귀하가 정신질환(정신장애)으로 인해 정신의료기관(정신병원)에 입원한 총 횟수와 기간은 얼마나 됩니까?

D3-1-1. 정신의료기관 입원 횟수	총 <input type="text"/> 회 <input type="text"/>	비자의입원
D3-1-2. 정신의료기관 입원 총 기간	① 1~6개월 미만 ② 6~12개월 미만 ③ 1~2년 미만	④ 2~5년 미만 ⑤ 5~10년 미만 ⑥ 10년 이상

D3-2. 정신병원 입원은 주로 누구의 결정에 근거하여 이루어졌습니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1순위	2순위
① 본인	⑥ 친인척
② 부모 중 어머니	⑦ 자녀
③ 부모 중 아버지	⑧ 시장/군수/구청장
④ 배우자	⑨ 정신건강의학과 의사 또는 정신보건전문가 권유
⑤ 형제/자매	⑩ 기타 (        )

D3-3. 정신병원 입퇴원과정에서 의료진에 의해 입퇴원절차에 관하여 상세하게 안내를 받았습니까?

- ① 그렇다  
② 그렇지 않다 → **D4로 이동**

D3-4. 정신병원 입퇴원과정 시 귀하가 받으신 입퇴원 절차 및 권리에 관한 안내는 얼마나 만족스러우셨습니까?

- ① 매우 불만족  
② 불만족  
③ 만족

④ 매우 만족

⑤ 잘 모르겠음.

**D4. 귀하는 정신병원 입퇴원과정의 절차를 안내하고 지원하는 절차보조인 제도에 대해 얼마나 알고 있습니까?**

① 전혀 모른다

② 잘 모르는 편이다

③ 보통이다

④ 잘 알고 있는 편이다

⑤ 매우 잘 알고 있다

**D4-1. 귀하는 절차보조서비스를 이용한 경험이 있으십니까?**

① 예

② 아니오 → **D4-8로 이동**

**D4-2. 귀하는 절차보조서비스를 얼마나 이용하셨습니까?**

D4-2-1. 이용기간	<input type="text"/> 개월	D4-2-2. 월 평균 이용시간	<input type="text"/> 시간
--------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

**C4-3. 귀하는 절차보조서비스를 어떤 경로로 이용하게 되셨습니까?**

① 가족의 권유

② 지인의 소개

③ 병동 내 비치된 책자, 안내문

④ 병원 의료진(보호사, 간호사, 의사, 사회복지사 등)의 소개

⑤ 병동 내 환우의 소개

⑥ 스스로 알아봄

⑦ 기타 ( )

D4-4. 귀하는 절차보조서비스를 이용하시면서 어떤 지원을 가장 많이 받으셨습니까? 최대 2개 까지 선택해주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① (강제)입원 과정에서 정확한 의사표현
- ② 입퇴원 서류 작성의 이해
- ③ 병동 생활의 적응
- ④ 정신건강심사위원회 퇴원 청구 등 강제입원으로부터 퇴원하는 절차 지원
- ⑤ 병동 생활 중 부당한 처우의 개선
- ⑥ 퇴원 이후 계획 수립
- ⑦ 관련 서비스의 연계 및 정보제공
- ⑧ 기타 ( )

D4-5. 귀하는 절차보조서비스가 얼마나 도움이 된다고 생각하십니까?

- ① 전혀 도움이 안 됐다
- ② 도움이 안 됐다
- ③ 도움이 됐다 → D4-8로 이동
- ④ 매우 도움이 됐다 → D4-8로 이동

D4-6. 귀하게서 절차보조서비스를 이용하는 과정에서 도움이 되지 못한 부분이 있다면 그것은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주십시오.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 병원에서 절차보조인이 면회오는 것을 거리껴서
- ② 서비스 내용이 불만족스러워서(나의 욕구에 맞지 않음)
- ③ 서비스 양(횟수, 시간 등)이 부족해서
- ④ 서비스 이용 비용이 부담되어서
- ⑤ 서비스 제공인력의 전문성(전문적 지식, 태도 등 포함)이 부족해서
- ⑥ 서비스 이용과정이 불편해서(서비스를 이용하는 절차가 복잡하고 까다로워서 등)
- ⑦ 서비스를 필요한 시점에 이용하지 못하여서
- ⑧ 기타 ( )

→ 응답 후 D4-8로 이동

#### D4-7. 귀하가 절차보조서비스를 이용하지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 서비스가 존재하는지 몰라서
  - ② 이용하고 싶었지만 입원했던 병원에서 거부하여서
  - ③ 필요하다고 생각하지 않아서
  - ④ 동료지원가력이 배치되지 않아서
  - ⑤ 기타 ( )

D4-8. 귀하께서 계속적으로 지역사회에서 거주하기 위해서는 절차보조서비스가 얼마나 필요하다고 생각하십니까?

절차보조서비스란 정신과적 어려움을 경험하고 있는 당사자가 정신의료기관에 입원을 하거나 퇴원을 할 때 당사자의 의사가 충실히 전달되고 반영될 수 있도록 각종 절차(입퇴원 절차, 입원 생활 적응, 퇴원 청구 등)를 도와주는 서비스를 말합니다.

- ① 전혀 필요하지 않다
  - ② 필요하지 않다
  - ③ 보통이다
  - ④ 필요하다
  - ⑤ 매우 필요하다

D5. 지역사회에 거주하는 동안 귀하는 가족, 친구, 이웃 등 주변으로부터 어느 정도 존중받고 있다고 느끼십니까?

- ① 전혀 존중받지 못함
  - ② 거의 존중받지 못함
  - ③ 존중받고 있음
  - ④ 매우 존중받고 있음

D6. 지역사회에 거주하는 동안 정신질환이나 장애를 이유로 가족 혹은 주변사람들로부터  
괴롭힘이나 폭력 (언어, 신체, 정신적 폭력 등을 모두 포함)을 당한 경험이 있습니까?

- (1) 언어 및 정서적 학대는 말이나 행동으로 상대방을 무시 및 지속적으로 괴롭히는 것은 물론, 감시도 포함됩니다.
  - (2) 신체적 폭력은 학대 등 신체적인 상해를 입히는 것을 의미합니다.
  - (3) 성희롱, 성적 폭력은 동성/이성 간 성행위를 포함하는 성교의 강요, 성적학대 등을 포함합니다.
  - (4) 방임 및 유기는 기본적으로 제공해야 할 것을 제공하지 않고 방치되거나, 보호받지 않고 버림받는 것 등을 포함합니다.
  - (5) 경제적 폭력은 생활비 무제공, 집안의 재산을 동의없이 사용하는 행위, 논의 없이 보증을 서는 행위 등을 포함합니다.
  - (6) 종교적 폭력/강요는 종교를 믿으라고 강요하거나, 종교 사설에 내 의지와 믿음에 상관없이 끌려가는 것을 의미합니다.

구분		있다	없다
1)	언어 및 정서적 학대(욕설, 모욕, 비난, 위협)	①	②
2)	신체적 폭력(때리거나 물건을 던지기, 물품파손)	①	②
3)	성희롱, 성적 폭력	①	②
4)	방임 및 유기	①	②
5)	경제적 폭력	①	②
6)	종교적 폭력/강요	①	②
7)	기타 ( )	①	②

D7. 2017년 5월에 개정된 정신건강복지법에 따르면 정신병원 입원절차가 변화하고, 지역사회 서비스 제공을 강조하고 있습니다. 귀하는 정신건강복지법 시행 후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스에 변화가 있다고 생각하십니까?

- ① 과거보다 상당히 나빠졌다
- ② 과거보다 약간 나빠졌다
- ③ 과거와 비슷하다
- ④ 과거보다 약간 좋아졌다
- ⑤ 과거보다 상당히 좋아졌다
- ⑥ 모르겠다

D8. 귀하는 정신건강복지법 시행 후 정신장애인의 정신건강을 위한 보건/복지서비스에 변화가 있다고 생각하십니까?

- ① 과거보다 상당히 나빠졌다
- ② 과거보다 약간 나빠졌다
- ③ 과거와 비슷하다
- ④ 과거보다 약간 좋아졌다
- ⑤ 과거보다 상당히 좋아졌다
- ⑥ 모르겠다

D9. 최근 보건복지부 발표에 따르면, 정신건강복지법 개정 후에도 병원에 있는 정신장애인들이 지역사회로 퇴원하는 당사자 수가 늘고 있지 않은 것으로 나타났습니다. 다음 중 어떠한 이유로 인해 당사자들이 병원에 있다고 생각하는지 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1순위	2순위
-----	-----

- ① 퇴원 후 살 곳이 없기 때문에
- ② 가족과 갈등이 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에
- ③ 혼자서 일상생활 유지가 힘들기 때문에
- ④ 정신병원이나 요양시설 종사자들이 병원에 머물기를 권유해서
- ⑤ 병원에 머무는 것이 더 익숙하고 편해서
- ⑥ 병원 밖에서 정신질환 증상관리가 어렵기 때문에
- ⑦ 지역사회에서 생활하는 것이 무섭기 때문에
- ⑧ 지역사회에서 회복/재활을 위해 받을 수 있는 서비스가 없기 때문에
- ⑨ 기타 (      )

■ 설문에 응답해주셔서 감사합니다. ■