



**腦力保健成人消費者調查表 (MH-ACS)**  
**門診治療計劃**

	1	2	3	4	5	0
9. 這服務的職員相信我能成長、改變和恢復健康。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用
10. 我覺得自己在這裏能自由地投訴。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用
11. 這服務在決定將我參與計劃告訴誰或不告訴誰時 尊重我的願望。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用
12. 這服務的職員有考慮到我的文化和種族背景。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用
13. 這服務的職員幫助我取得我所需要的資料，以便 我能更有效的處理我的疾病。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用

	1	2	3	4	5	0
<b><u>這服務的效果:</u></b>						
14. 我能更有效地處理日常問題。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用
15. 我能更好地控制我的生活。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用
16. 我能更好地應付危機。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用
17. 我能更好地和我的家人相處。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用
18. 我在社交場合能處理得更好。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用
19. 我能更好地進行學習和/或工作。	非常 同意	同意	保持 中立	不同意	非常 不同意	不適用

For Questions about this survey please contact: Robin Wunsch-Hitzig [rwunsch@dmh.nyc.gov](mailto:rwunsch@dmh.nyc.gov)  
at the NYC Department of Mental Health