

COVID-19 발언대: 여러분의 이야기, 우리의 미래
COVID-19 SPEAK: Your Story, Our Future

질문 / 답변 Question Text / Responses
1. 나이가 어떻게 되시나요? <input type="checkbox"/> [숫자 기재]
2. 성 정체성은 어떻게 되시나요? 해당 사항에 모두 표시해주세요 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더 <input type="checkbox"/> 남성도 여성도 아님 <input type="checkbox"/> 두 영혼(Two-Spirit) <input type="checkbox"/> 나의 성별은: <input type="checkbox"/> 답변 거부
3. 어느 지방 자치 단체(시, 타운 등)에 사시나요? _____
4. 그 외에 어느 지방 자치 단체(시, 타운 등)에 사시나요? <input type="checkbox"/> [자유 기재]
5. 어느 원주민 공동체에서 사시나요? <input type="checkbox"/> [자유 기재]
6. 우편 번호가 어떻게 되시나요? (예: V1A 2B3)(대문자) _____

섹션 1: COVID-19 임상 사례와 관련 노출 확인

Section 1: Identify COVID-19 Clinical Cases and Relevant Exposures

질문 / 답변 Question Text / Responses
7. 2020년 1월 이후 새로 기침 및/또는 열이 나거나 심해지면서 아프신 적이 있었나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부
8. 그렇게 아프신 기간에 무슨 증상이 있으셨나요? 해당 사항에 모두 표시해주세요 <input type="checkbox"/> 발열 <input type="checkbox"/> 기침이 새로 나거나 심해짐 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 오한 <input type="checkbox"/> 힘이 없음 <input type="checkbox"/> 근육통 <input type="checkbox"/> 코막힘/울혈

<input type="checkbox"/> 인후통 <input type="checkbox"/> 호흡 곤란/숨참 <input type="checkbox"/> 메스꺼움 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 피로 <input type="checkbox"/> 후각 또는 미각 상실 <input type="checkbox"/> 혼돈 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 기타 - 구체적으로 써주세요: _____ <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>9. 이런 증상이 언제 시작됐나요? 정확한 날짜를 기억하지 못하시면 대략적인 날짜를 입력하세요. (DD(일)/MM(월)/YYYY(연도))</p> <input type="checkbox"/> 날짜 필드
<p>10. 지난 가을/겨울에 계절성 독감 주사를 맞으셨나요?</p> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>11. 누구든지 COVID-19 양성 진단을 받은 사람과 가까이 접촉하신 적이 있나요?</p> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름
<p>12. 그 사람과 접촉하실 때 그 사람에게 COVID-19 증상(예: 발열, 기침, 설사, 호흡 곤란)이 있었나요?</p> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름
<p>13. 그 사람과 가까이 접촉하신 후 COVID-19 증상(예: 발열, 기침, 설사, 호흡 곤란)이 있으셨나요?</p> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름
<p>14. 2020년 1월 1일 이후 브리티시 컬럼비아주 밖으로 여행하신 적이 있나요?</p> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름
<p>15. 2020년 1월 1일 이후 브리티시 컬럼비아주 밖으로 몇 번이나 여행하셨나요?</p> <input type="checkbox"/> [숫자]
<p>다음 3개 문항은 브리티시 컬럼비아주 밖을 다녀오신 각 여행에 대하여 반복되는 질문입니다.</p>
<p>16. 어디를 다녀오셨나요?</p> <input type="checkbox"/> _____ (주(들) 및 국가(들) 기재)
<p>17. 캐나다의 어느 주 또는 준주를 다녀오셨나요?</p> <p>_____</p>
<p>18. 미국의 어느 주를 다녀오셨나요?</p> <p>_____</p>

<p>19. 언제 출발하셨나요? <input type="checkbox"/> 날짜 필드(dd/mm/yyyy)</p>
<p>20. 브리티시 컬럼비아주에 언제 돌아오셨나요? <input type="checkbox"/> 날짜 필드(dd/mm/yyyy)</p>
<p>21. 일반 대중이나 환자를 직접 대하는 보건 종사자(예: 의사, 간호사, 응급 구조사, 약사, 치과의 등) 또는 그 외 필수 직종 종사자(예: 식료품 잡화점 근무자, 대중교통 운전사, 법 집행관, 초동 대응 요원, 사회 복지사 등)이신가요? <input type="checkbox"/> 예, 보건 종사자 <input type="checkbox"/> 예, 식료품 잡화점 근무자 <input type="checkbox"/> 예, 대중교통 운전사 <input type="checkbox"/> 예, 법 집행관/초동 대응 요원 <input type="checkbox"/> 예, 그 외 종사자 - 구체적으로 써주세요: _____ <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부</p>
<p>22. 어떤 보건 환경에서 진료를 제공하시나요? 해당 사항에 모두 표시해주세요 <input type="checkbox"/> 가정의 진료소 <input type="checkbox"/> 지역 사회 보건 클리닉/보건소 <input type="checkbox"/> 전문의 진료소(외래 진료) <input type="checkbox"/> 치과 클리닉 <input type="checkbox"/> 병원 응급실 <input type="checkbox"/> 병원 중환자실 <input type="checkbox"/> 병원의 기타 부서 - 구체적으로 써주세요: _____ <input type="checkbox"/> 병원 장기 진료실 <input type="checkbox"/> 긴급 일차 진료 클리닉 <input type="checkbox"/> 장기 요양 시설 <input type="checkbox"/> 약국 <input type="checkbox"/> 원호 생활 시설(Assisted Living) <input type="checkbox"/> 기타 - 구체적으로 써주세요: _____</p>
<p>23. COVID-19 검사를 받으신 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예-한번 <input type="checkbox"/> 예-두 번 이상 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부</p>
<p>24. COVID-19 검사를 언제 받으셨나요? (mm-dd-yyyy) 정확한 날짜를 기억하지 못하시면 대략적인 날짜를 입력하세요. 두 번 이상 검사를 받으셨으면 최초 검사일을 입력하세요. <input type="checkbox"/> 날짜 필드</p>
<p>25. COVID-19 검사 결과 양성 판정을 받으신 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 결과를 기다리고 있음 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부</p>

26. COVID-19 검사를 왜 받으셨나요? *해당 사항에 모두 표시해주세요*

- COVID-19 가 있는 사람에게 노출된 적이 있을 수 있어서
- 보건 전문가이므로
- 최근 캐나다 밖을 여행해서
- 8-1-1 에 전화했더니 검사를 받으라고 조언해서
- Northern Health Online Clinic 웹사이트에 접속했더니 검사를 받으라는 조언이 나와서
- 온라인 증상 평가 도구를 사용했더니 검사를 받으라는 조언이 나와서
- 가정의를 방문했더니 검사를 받으라고 권해서
- 증상이 있어서 검사소로 갔음
- 병원에서 검사를 받았음
- 증상 확인 앱으로 모니터를 받고 있다가 검사를 받으러 보내짐
- 기타 - 구체적으로 써주세요: _____
- 모름
- 답변 거부

섹션 2: COVID-19 예방

Section 2: COVID-19 Prevention

질문 / 답변 Question Text / Responses

27. COVID-19 에 걸릴 위험을 줄이려고 실천하고 계신 행동은 다음 중 어느 것인가요? *해당 사항에 모두 표시해주세요*

- 내 행동을 바꾸지 않았다
- 규칙적으로 20 초간 손 씻기
- 씻지 않은 손으로 눈, 코, 입을 만지지 않기
- 손 씻을 비누와 물이 없을 때 소독제(Purell 같은 알코올 젤이나 거품 등) 사용하기
- 집에서 손이 자주 닿는 표면(예: 문고리, 싱크대나 세면대의 수도꼭지)을 소독제로 닦기
- 아플 때나 감기에 걸렸을 때 집에 있기
- 꼭 필요할 때(예: 식료품 잡화점, 약국, 반려동물과 산책, 운동)만 집 밖에 나갔다 오기
- 집 밖에 있을 때는 물리적 거리 두기(다른 사람과 2m 거리 유지) 실천하기
- 모임을 삼가기
- 재택 근무하기
- 입과 코를 가리는 마스크 쓰기
- 기타 - 구체적으로 써주세요: _____
- 답변 거부

28. COVID-19 에 걸릴 위험을 줄이기 위해 가장 중요하다고 생각하시는 세 가지 행동은 다음 중 어느 것인가요?

- 규칙적으로 20 초간 손 씻기
- 씻지 않은 손으로 눈, 코, 입을 만지지 않기
- 손 씻을 비누와 물이 없을 때 소독제(Purell 같은 알코올 젤이나 거품 등) 사용하기
- 집에서 손이 자주 닿는 표면(예: 문고리, 싱크대나 세면대의 수도꼭지)을 소독제로 닦기
- 아플 때나 감기에 걸렸을 때 집에 있기
- 꼭 필요할 때(예: 식료품 잡화점, 약국, 반려동물과 산책, 운동)만 집 밖에 나갔다 오기
- 집 밖에 있을 때는 물리적 거리 두기(다른 사람과 2m 거리 유지) 실천하기

- 모임을 삼가기
- 재택 근무하기
- 입과 코를 가리는 마스크 쓰기
- 답변 거부

29. 지난 7 일간 다음 중 어느 이유로든 집에서 나가신 적이 있나요? 해당 사항에 모두 표시해주세요 가능한 한 솔직하게 답해주시기 바랍니다. 저희는 주민이 물리적 거리 두기 조치에 어떻게 대처해오고 있는지 알고 싶습니다. 응답은 비밀로 처리됩니다.

이유	횟수
치료를 받으러 병원/의사에게 가거나 약국에 가려고	없음, 주 1 회, 주 2~3 회, 주 4~6 회, 매일 (드롭다운)
내가 있어야 하는 자녀나 부모같은 사람들을 돌보려고	“
집에 있기 지쳐서/따분해서	“
나나 가족, 친지가 먹을 식품을 구하려고	“
신체 활동(걷기, 운동, 조깅)을 하려고	“
친지나 가족을 2m 이상 떨어져서 직접 만나려고	“
일하러 가려고	“

30. COVID-19 대유행병 정보는 어디서 구하시나요? 해당 사항에 모두 표시해주세요

- 지방지(예: Vancouver Sun, the Province, Times Colonist)
- 전국지나 국제 신문(예: Globe and Mail, New York Times, The Guardian)
- 지방 TV 뉴스(예: Global, CTV)
- 전국 또는 국제 TV 뉴스(예: CBC, BBC, ABC, CNN)
- 라디오 뉴스
- 주 정부 보건 책임관과 보건부 장관 업데이트(예: Dr. Bonnie Henry, Adrian Dix 장관)
- 보건 당국 웹사이트(예: BCCDC, 지역 보건 당국 웹사이트, 보건부, Health Link BC, 캐나다 공중 보건청(Public Health Agency of Canada))
- 소셜 미디어(예: Facebook, Instagram, Twitter)
- 친지나 가족
- 보건 전문가(예: 의사나 8-1-1)
- 라디오 토크쇼
- 블로그/의견 웹사이트
- 기타 - 구체적으로 써주세요: _____
- 모름
- 답변 거부

섹션 3: 본인의 건강

Section 3: Your Health

질문 / 답변 Question Text / Responses																									
<p>31. 전반적으로, 본인의 건강은 어떻다고 하시겠습니까?</p> <p> <input type="checkbox"/> 뛰어남 <input type="checkbox"/> 아주 좋음 <input type="checkbox"/> 좋음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 좋지 않음 <input type="checkbox"/> 답변 거부 </p>																									
<p>32. 코로나바이러스 대유행 이전과 비교하실 때 본인의 일부 행동이 바뀌었나요?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>행동</th> <th>정도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>여가를 위한 걷기나 달리기, 자전거 타기</td> <td>훨씬 더, 어느 정도 더, 같음, 어느 정도 덜, 훨씬 덜, 전혀, 답변 거부</td> </tr> <tr> <td>통근을 위한 걷기나 달리기, 자전거 타기</td> <td>“</td> </tr> <tr> <td>기타(예: 걷기, 달리기, 자전거 타기 이외의) 운동이나 신체 활동</td> <td>“</td> </tr> <tr> <td>과일과 채소 섭취</td> <td>“</td> </tr> <tr> <td>단 음료 섭취(탄산음료/소다수, 에너지 음료, 스포츠 음료)</td> <td>“</td> </tr> <tr> <td>수면</td> <td>“</td> </tr> <tr> <td>음주</td> <td>“</td> </tr> <tr> <td>대마초(예: 마리화나) 사용</td> <td>“</td> </tr> <tr> <td>친지와 연락하기</td> <td>“</td> </tr> <tr> <td>가족과 연락하기</td> <td>“</td> </tr> <tr> <td>대중교통(예: 버스, 스카이트레인, 시버스) 이용</td> <td>“</td> </tr> </tbody> </table>		행동	정도	여가를 위한 걷기나 달리기, 자전거 타기	훨씬 더, 어느 정도 더, 같음, 어느 정도 덜, 훨씬 덜, 전혀, 답변 거부	통근을 위한 걷기나 달리기, 자전거 타기	“	기타(예: 걷기, 달리기, 자전거 타기 이외의) 운동이나 신체 활동	“	과일과 채소 섭취	“	단 음료 섭취(탄산음료/소다수, 에너지 음료, 스포츠 음료)	“	수면	“	음주	“	대마초(예: 마리화나) 사용	“	친지와 연락하기	“	가족과 연락하기	“	대중교통(예: 버스, 스카이트레인, 시버스) 이용	“
행동	정도																								
여가를 위한 걷기나 달리기, 자전거 타기	훨씬 더, 어느 정도 더, 같음, 어느 정도 덜, 훨씬 덜, 전혀, 답변 거부																								
통근을 위한 걷기나 달리기, 자전거 타기	“																								
기타(예: 걷기, 달리기, 자전거 타기 이외의) 운동이나 신체 활동	“																								
과일과 채소 섭취	“																								
단 음료 섭취(탄산음료/소다수, 에너지 음료, 스포츠 음료)	“																								
수면	“																								
음주	“																								
대마초(예: 마리화나) 사용	“																								
친지와 연락하기	“																								
가족과 연락하기	“																								
대중교통(예: 버스, 스카이트레인, 시버스) 이용	“																								
<p>33. 의사에게 다음 건강 상태 중 어느 하나라도 진단 받으신 적이 있나요? 해당 사항에 모두 표시해주세요</p> <p> <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 만성 호흡기 질환(예: 천식, 만성 폐쇄 폐병(COPD), 만성 기관지염, 폐 공기증) <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 간 질환 <input type="checkbox"/> 콩팥병 <input type="checkbox"/> 면역 저하 <input type="checkbox"/> 과체중(BMI 25~29.9) <input type="checkbox"/> 비만(BMI 30 이상) <input type="checkbox"/> 기타 - 구체적으로 써주세요: <input type="checkbox"/> 해당 사항 없음 </p>																									

<input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>34. 영구 장애나 장기(long-term) 장애가 있으신가요? 있으시다면, 무슨 종류인지 표시해주시기 바랍니다. <i>해당 사항에 모두 표시해주세요</i></p> <input type="checkbox"/> 장애가 없음 <input type="checkbox"/> 시각 <input type="checkbox"/> 청각 <input type="checkbox"/> 거동(예: 걷기 힘듦) <input type="checkbox"/> 유연성(예: 허리를 굽혀 물건을 집기 어려움) <input type="checkbox"/> 손 기능(예: 손이나 손가락을 사용하기 힘듦) <input type="checkbox"/> 통증 관련 <input type="checkbox"/> 학습(예: 집중하기 힘듦) <input type="checkbox"/> 발달(예: 자폐증) <input type="checkbox"/> 정신 건강 관련(예: 불안 장애) <input type="checkbox"/> 기억력(예: 자주 헛갈려함) <input type="checkbox"/> 기타 - 구체적으로 써주세요: _____ <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>35. 현재 임신 중이신가요?</p> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>36. 다음 중 어느 것이 본인의 흡연이나 전자 담배 사용을 가장 잘 묘사하나요?</p> <input type="checkbox"/> 흡연/전자 담배를 한 적이 전혀 없음 <input type="checkbox"/> 매일 흡연/전자 담배를 함 <input type="checkbox"/> 가끔 흡연/전자 담배를 함 <input type="checkbox"/> 더는 흡연/전자 담배를 하지 않지만, 매일 흡연/전자 담배를 했었음 <input type="checkbox"/> 더는 흡연/전자 담배를 하지 않지만, 가끔 흡연/전자 담배를 했었음 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부

섹션 4: 본인의 정신 건강

Section 4: Your Mental Health

<p>질문 / 답변 Question Text / Responses</p>
<p>37. 일반적으로 본인의 정신 건강을 어떻다고 하시겠습니까?</p> <input type="checkbox"/> 뛰어남 <input type="checkbox"/> 아주 좋음 <input type="checkbox"/> 좋음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 좋지 않음 <input type="checkbox"/> 답변 거부

38. 코로나바이러스 대유행병 이전과 비교하실 때, 본인의 정신 건강(예: 불안감이나 우울감, 초조감)을 어떻게 평가하시겠습니까?

- 훨씬 좋아짐
- 약간 좋아짐
- 거의 같음
- 약간 나빠짐
- 훨씬 나빠짐
- 답변 거부

39. 생활에서 오는 스트레스의 정도를 생각하실 때, 코로나바이러스 대유행병 이후 대부분 날들이 어떻다고 하시겠습니까?

- 스트레스가 별로 없음
- 스트레스가 약간 있음
- 스트레스가 어느 정도 있음
- 스트레스가 꽤 있음
- 스트레스가 심함
- 답변 거부

40. COVID-19 가 다음에 각각 미치는 영향을 얼마나 염려하시나요?

내 자신의 건강	전혀 염려하지 않음, 어느 정도 염려함, 매우 염려함, 극도로 염려함, 답변 거부
취약한 가족의 건강(예: 연로한 가족, 만성 질환이 있는 가족)	“
의료 제도에 가해지는 과중한 부담	“
지역 사업체/경제에 미치는 영향	“
같은 생활에서 오는 가족 스트레스	“
일상의 상실, 일상생활 차질	“
미래에 대한 불확실성	“
필요한 필수품 구하기(예: 부족, 상점 휴점, 배송 지연, 긴 대기 줄)	“
가정 폭력	“

다음 척도에서 본인의 현재 위치를 표시해주세요(슬라이드 평가 도구 질문)

41. 내가 느끼는 신종 코로나바이러스는....

- a. 근접성
내게서 멀..... 내게 가까움
- b. 확산세
서서히 퍼짐 빨리 퍼짐
- c. 몰두 정도
거의 전혀 생각하지 않는 대상 항상 생각하는 대상
- d. 매체
매체가 과장 안 함 매체가 과장함
- f. 통제
나 자신의 행동으로 맞싸울 수 있는 대상 내게 무력감이 들게 하는 것

<p>42. 거주하시는 지역 사회에 대한 소속감을 어떻게 묘사하시겠습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 매우 강함</p> <p><input type="checkbox"/> 어느 정도 강함</p> <p><input type="checkbox"/> 어느 정도 약함</p> <p><input type="checkbox"/> 매우 약함</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 답변 거부</p>
<p>43. 다음 중 어느 기술이든 한집에 사는 식구 이외의 가족이나 친지, 다른 사회 집단과 연결하는 데 더 자주 사용하신 적이 있나요? 해당 사항에 모두 표시해주세요</p> <p><input type="checkbox"/> 전화/문자</p> <p><input type="checkbox"/> 이메일</p> <p><input type="checkbox"/> 화상 채팅이나 회의(예: FaceTime, Zoom, Microsoft Teams, Skype 등)</p> <p><input type="checkbox"/> 소셜 미디어</p> <p><input type="checkbox"/> 2m 이상 떨어져 직접 대화</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 - 구체적으로 써주세요: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 답변 거부</p>

섹션 5: 본인의 진료

Section 5: Your care

질문 / 답변 Question Text / Responses
<p>44. 코로나바이러스 대유행병 이후, 의사나 간호사, 전통 의료 제공자, 그 외 보건 전문가에게서 필요한 진료를 받는 데 어려움을 겪으신 적이 있나요?</p> <p><input type="checkbox"/> 진료가 필요하지 않았음</p> <p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 답변 거부</p>
<p>45. 무슨 종류의 진료를 받으시는 데 어려움이 있으셨나요? 해당 사항에 모두 표시해주세요</p> <p><input type="checkbox"/> 가정의</p> <p><input type="checkbox"/> 일정이 잡힌 수술</p> <p><input type="checkbox"/> 진단 서비스(영상, 내시경 검사, 혈관 조영술, 검사실 등)</p> <p><input type="checkbox"/> 응급 또는 긴급 진료 서비스</p> <p><input type="checkbox"/> 예방 진료(예: 예방 접종/주사)</p> <p><input type="checkbox"/> 전문 진료(예: 피부과 의사, 검안사, 산과 의사, 발 치료사)</p> <p><input type="checkbox"/> 보완 진료(예: 물리 요법, 마사지 요법, 영양사, 카이로프랙터)</p> <p><input type="checkbox"/> 치과 진료</p> <p><input type="checkbox"/> 상담</p> <p><input type="checkbox"/> 전통 건강법/치유</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 - 구체적으로 써주세요: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p>

<input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>46. 코로나바이러스 대유행병 이후, 평소라면 의사나 간호사, 전통 의료 제공자, 그 외 보건 전문가에게서 받으셨을 진료를 회피하신 적이 있나요?</p> <input type="checkbox"/> 진료 필요하지 않았음 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>47. 무슨 종류의 진료를 회피하셨나요? <i>해당 사항에 모두 표시해주세요</i></p> <input type="checkbox"/> 가정의 <input type="checkbox"/> 일정이 잡힌 수술 <input type="checkbox"/> 진단 서비스(영상, 내시경 검사, 혈관 조영술, 검사실 등) <input type="checkbox"/> 예방 진료(예: 예방 접종/주사) <input type="checkbox"/> 응급 또는 긴급 진료 서비스 <input type="checkbox"/> 전문 진료(예: 피부과 의사, 검안사, 산과 의사, 발 치료사) <input type="checkbox"/> 보완 진료(예: 물리 요법, 마사지 요법, 영양사, 카이로프랙터) <input type="checkbox"/> 치과 진료 <input type="checkbox"/> 상담 <input type="checkbox"/> 전통 건강법/치유 <input type="checkbox"/> 기타 - 구체적으로 써주세요: _____ <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>48. 필요하신 진료를 받거나 회피하는 데 따르는 이 같은 어려움이 본인의 건강에 어떻게 영향을 주었나요?</p> <input type="checkbox"/> 내 건강을 크게 악화시킴 <input type="checkbox"/> 내 건강을 어느 정도 악화시킴 <input type="checkbox"/> 내 건강에 영향을 준 것 같지 않음 <input type="checkbox"/> 내 건강에 어떻게 영향을 주었는지 모르겠음 <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p><i>다음에 어느 정도 동의하시는지 표시해주시기 바랍니다.</i></p> <p>49. 나는 연결 방법을 분명히 알려준다면 화상 통화나 음성 통화(적절한 대로)를 통해 온라인 등으로 의료 제공자와 원격으로 연결하는 데 관심이 있다.</p> <input type="checkbox"/> 매우 동의함 <input type="checkbox"/> 어느 정도 동의함 <input type="checkbox"/> 의견 없음 <input type="checkbox"/> 어느 정도 동의 안 함 <input type="checkbox"/> 매우 동의 안 함 <input type="checkbox"/> 답변 거부

섹션 7: 본인의 인식

Section 7: Your Perception

질문 / 답변 Question Text / Responses

50. 현재 브리티시 컬럼비아주의 코로나바이러스 대유행병에 대한 보건 당국의 대응이 어떻다고 생각하시나요? 적절한가요, 너무 지나친가요, 불충분한가요? (예: 물리적 거리 두기 권고, 복귀 여행자 의무 격리, 음식점과 주점 휴업, 50 명 초과 모임 금지)

- 아주 너무 지나침
- 어느 정도 너무 지나침
- 적절함
- 어느 정도 불충분함
- 전혀 충분하지 않음
- 모름
- 답변 거부

51. **본인**은 현재의 물리적 거리 두기 권고를 얼마나 잘 따르고 있다고 생각하시나요?

- 아주 잘함
- 어느 정도 잘함
- 의견 없음
- 어느 정도 잘 못함
- 매우 잘 못함
- 모름
- 답변 거부

52. **일반 대중**은 현재의 물리적 거리 두기 권고를 얼마나 잘 따르고 있다고 생각하시나요?

- 아주 잘함
- 어느 정도 잘함
- 의견 없음
- 어느 정도 잘 못함
- 매우 잘 못함
- 모름
- 답변 거부

53. 물리적 거리 두기 조치가 코로나바이러스 확산을 얼마나 효과적으로 늦춘다고 생각하시나요?

- 전혀 효과적이지 않음
- 효과적이지 않음
- 효과적이지도 비효과적이지도 않음
- 효과적임
- 매우 효과적임
- 모름
- 답변 거부

54. 필수라고 여겨지지 않는 사업체가 물리적 거리 두기에 필요한 공간을 확보하고 표면을 자주 소독하는 등 좋은 대책을 마련한다면 방문/이용하시겠습니까?

- 방문이 아주 편안하겠음
- 방문이 어느 정도 편안하겠음
- 방문이 편안하지도 불편하지도 않겠음
- 방문이 어느 정도 불편하겠음
- 방문이 매우 불편하겠음

답변 거부

어떤 나라들은 다녀간 장소와 접촉한 사람을 기록하는 스마트폰 앱을 권장하고 있습니다. COVID-19 확진자가 되면 이 정보를 보건 당국에 제공할 선택권이 있어 보건 당국이 접촉자와 이동 장소를 추적해 감염 확산을 최소화하게 할 수 있습니다. 충분한 수의 사람이 이런 종류의 기술을 채택하면

- 1) 지역 사회 보호에 도움이 될 수 있고,
- 2) 보건 조치를 더 신속하고 신중하게 완화하거나 해제할 수 있으며
- 3) COVID-19 에 노출됐을 수 있는 사람에게는 즉시 알려주게 됩니다.

55. 접촉자 추적을 지원하고 COVID-19 전파 감소에 도움이 되도록 본인 스마트폰에 위치 기반 서비스를 이용할 용의가 있으신가요?

- 예
- 아마도
- 아니요
- 모름
- 답변 거부

섹션 8: 본인의 가구

Section 8: Your Household

질문 / 답변 Question Text / Responses

56. 무슨 종류의 주택에 사시나요?

- 단독 주택
- (두 가구) 연립 주택 또는 듀플렉스
- 타운하우스(다가구 연립 주택)
- 반지하 주택
- 뜰채 주택(laneway house)
- 아파트나 콘도
- 주거형 요양 또는 장기 요양 시설
- 이동식 주택
- 기숙사
- 쉼터/호스텔
- 1 인 가구 주거(SRO) 호텔
- 지원 주택(Supportive Housing)
- 일정한 주거가 없음
- 기타
- 답변 거부

57. 혼자 사시나요?

- 예
- 아니요
- 답변 거부

58. 한집에 사는 사람들의 수를 본인을 포함하여 나이대별로 표시해주시기 바랍니다.

나이대	인원수	2020년 1월 1일 이후 발열 및/또는 기침이 새로 나타나 심해지는 등의 증상과 함께 아픈 적이 있는 사람들의 수
만 1세 미만		
만 1~4세		
만 5~12세		
만 13~17세		
만 18~39세		
만 40~64세		
만 65~79세		
만 80세 이상		

59. COVID-19 확산 방지를 위해, 아픈 사람은 집에 머무르며 다른 사람들과 접촉을 피하는 자가 격리가 요구됩니다. 자가 격리에는 별도의 방에 머물며 잠을 자고, 별도의 화장실을 사용하고, 다른 사람들과 2m 이상 거리를 두는 것이 포함됩니다.

자가 격리가 가능한 장소가 있으신가요?

- 예 - 내 집에서 가구 구성원에게서 자가 격리할 수 있음
- 예 - 나나 가족 구성원이 다른 사람 집에 머물 수 있음
- 아니요 - 나는 일정한 주거가 없음
- 아니요 - 가구 구성원에게서 자가 격리할 수 없음
- 답변 거부

섹션 9: 본인의 자녀

Section 9: Your Children

질문 / 답변 Question Text / Responses
60. 코로나바이러스 대유행병 이후 만 1~4세 자녀를 맡기실 곳이 없었나요? <input type="checkbox"/> 예, 보육 시설이 문을 닫음 <input type="checkbox"/> 예, 나 스스로 자녀를 맡기지 않기로 함 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 외부에 자녀를 맡기지 않음 <input type="checkbox"/> 답변 거부

61. 휴교 상태에서 직접 수업을 받지 못하는 것이 학교에 다니는 자녀의 학습에 어떻게 영향을 미쳤나요?

- 자녀의 학습에 크게 지장이 됨
- 자녀의 학습에 어느 정도 지장이 됨
- 자녀의 학습에 아무런 변화도 없음
- 자녀의 학습이 어느 정도 향상됨
- 자녀의 학습이 크게 향상됨
- 나의 학령기 자녀는 여전히 등교 중임
- 답변 거부

62. 휴교 상태에서 직접 수업을 받지 못하는 것이 학교에 다니는 자녀의 심신 건강에 어떻게 영향을 미쳤나요?

신체 활동	훨씬 더, 어느 정도 더, 같음, 어느 정도 덜, 훨씬 덜, 전혀
스트레스	"
화면 보는 시간(screen time)	"
과일과 채소 섭취	"
단 음료 섭취	"
친지와 연락하기	"
가족과 연락하기	"

섹션 10: 본인의 환경

Section 10: Your Circumstances

질문 / 답변 Question Text / Responses

63. 현재 일하시나요? 해당 사항에 모두 표시해주세요

- 예 - 사무실/일터에 가서
- 예 - 원격으로
- 예 - COVID-19 탓에 단축 근무
- 예 - COVID-19 탓에 연장 근무
- 아니요 - COVID-19 탓에(정리 해고, 휴업, 회사 정책 등)
- 아니요 - 기타 이유(예: 학생, 무직, 은퇴 등)
- 답변 거부

64. 코로나바이러스 대유행병이 본인의 일에 어떻게 영향을 주었나요(예: 생산성, 스트레스, 재정적으로, 집에 있는 자녀 등)?

- 내 일에 크게 지장이 됨
- 내 일에 어느 정도 지장이 됨
- 내 일에 아무 변화도 없음
- 내 일이 어느 정도 향상됨
- 내 일이 크게 향상됨
- 답변 거부

65. 코로나바이러스 대유행병 이후 본인이나 본인의 가구가 재정적 필요를 충족하는 것이 어떠셨나요?

- 훨씬 더 힘들
- 어느 정도 더 힘들
- 더 힘들지도 더 쉽지도 않음
- 어느 정도 더 쉬움
- 훨씬 더 쉬움
- 모름
- 답변 거부

66. 코로나바이러스 대유행병에 대한 현재 보건 당국의 대응이 앞으로 몇 개월간 달라지지 않는다면 본인의 재정 상황이 어떻게 될는지요?

(예: 물리적 거리 두기 권고, 복귀 여행자 의무 격리, 음식점과 주점 휴업, 50 명 초과 모임 금지)

- 크게 악화됨
- 어느 정도 악화됨
- 변화 없음
- 어느 정도 개선됨
- 크게 개선됨
- 모름
- 답변 거부

COVID-19 대유행병 이후 다음 문항이 자주 또는 가끔 사실이었는지 아니면 전혀 사실이 아니었는지 표시해주시기 바랍니다.

67. 식품을 더 살 돈이 생기기 전에 식품이 떨어질까 봐 걱정된다.

- 자주 사실임
- 가끔 사실임
- 전혀 사실이 아님
- 모름
- 답변 거부

68. 현재 집에서 더는 사실 형편이 못 돼 앞으로 6 개월 안에 이사하셔야 할 가능성이 얼마나 되나요?

- 가능성이 아주 큼
- 가능성이 있음
- 가능성이 있지도 없지도 않다
- 가능성이 작음
- 가능성이 거의 없음
- 모름
- 답변 거부

69. 다음 재정 구제 서비스 중 어느 하나라도 신청하신 적이 있나요? 해당 사항에 모두 표시해주세요

- 재정 구제 서비스가 필요하지 않았음
- 모기지 유예
- 실업 보험
- 신용카드 대금 상환 유예
- 신용카드 이자율 감축
- 사업체 소유주를 위한 캐나다 긴급 임금 보조금(CEWS)
- 소득을 상실한 유자격 근로자를 위한 캐나다 긴급 대응 보조금(CERB)
- 기타 - 구체적으로 써주세요: _____
- 답변 거부

섹션 11: 본인의 직업

Section 11: Your Occupation

질문 / 답변 Question Text / Responses
<p>70. 2020 년 3 월을 기준으로, 가장 최근에 종사하신 직업이나 업종은 무엇인가요?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 일하지 않음, 은퇴함 또는 무급으로 일함<input type="checkbox"/> 숙박 및 요식 서비스<input type="checkbox"/> 행정 및 지원, 폐기물 관리, 정화 서비스<input type="checkbox"/> 농업, 임업, 어업, 수렵<input type="checkbox"/> 예술, 연예, 레크리에이션<input type="checkbox"/> 건설<input type="checkbox"/> 교육 서비스<input type="checkbox"/> 금융 및 보험<input type="checkbox"/> 보건<input type="checkbox"/> 정보 및 문화 산업<input type="checkbox"/> 회사와 기업 경영<input type="checkbox"/> 제조<input type="checkbox"/> 채광, 채석, 석유와 가스 채취<input type="checkbox"/> 전문, 과학, 기술 서비스<input type="checkbox"/> 행정(지방, 주 또는 연방 정부)<input type="checkbox"/> 부동산 임대 및 리스<input type="checkbox"/> 소매<input type="checkbox"/> 사회 복지<input type="checkbox"/> 운송 및 창고<input type="checkbox"/> 공익사업<input type="checkbox"/> 도매<input type="checkbox"/> 기타 서비스(공공 행정 제외) - 구체적으로 써주세요:<input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>71. 본인의 직업상, 직장 동료를 제외하고 일반 대중과 얼마나 자주 직접 접촉하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 항상<input type="checkbox"/> 거의 항상<input type="checkbox"/> 가끔<input type="checkbox"/> 드물게<input type="checkbox"/> 전혀<input type="checkbox"/> 모름
<p>72. 본인의 근무 환경상 직장 동료와 물리적 거리 두기(예: 원격 근무, 별도 사무실, 가상 회의 등)를 얼마나 자주 하실 수 있나요?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 항상<input type="checkbox"/> 거의 항상<input type="checkbox"/> 가끔<input type="checkbox"/> 드물게

- 전혀
- 모름

73. 아프실 때는 출근하지 않고 집에 머무실 수 있나요?

- 예
- 아니요 - 병가 혜택이 없음
- 아니요 - 직장 문화상 아플 때 집에 있을 수 없음
- 아니요 - 너무 죄책감이 듦
- 아니요 - 직업 안정성이 없는 것 같음
- 아니요 - 내 일을 대신해 줄 수 있는 사람이 없음
- 아니요 - 기타, 구체적으로 써주세요:
- 답변 거부

섹션 12: 본인의 사회-인구학적 정보

Section 12: Your Socio-demographics

질문 / 답변 Question Text / Responses

74. 달력상으로 지난 (세금) 연도에 모든 소득원에서 벌어들인 본인의 세금과 공제 전 가구 소득은 대략 얼마인가요?

가구란 (룸메이트 이외에) 본인의 가구에 사는 모든 가족(관계) 구성원을 가리킵니다. 혼자 사시면 본인의 개인 소득을 입력하세요.

- \$20,000 미만
- \$20,000 ~ \$39,999
- \$40,000 ~ \$59,999
- \$60,000 ~ \$79,999
- \$80,000 ~ \$99,999
- \$100,000 ~ \$119,999
- \$120,000 ~ \$139,999
- \$140,000 ~ \$159,999
- \$160,000 ~ \$179,999
- \$180,000 ~ \$199,999
- \$200,000 이상
- 모름
- 답변 거부

75. 캐나다에서 태어나셨나요?

- 예
- 아니요
- 모름
- 답변 거부

76. 캐나다에 사신지 얼마나 되셨나요?

- 1년 미만
- 1~2년
- 3~5년
- 6~10년

<input type="checkbox"/> 10 년 이상 <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>77. 본인을 다음 중 누구라고 여기시나요(해당 사항에 모두 표시해주세요)?</p> <input type="checkbox"/> 퍼스트 네이션 <input type="checkbox"/> 메이티 <input type="checkbox"/> 이뉴잇 <input type="checkbox"/> 백인(유럽계) <input type="checkbox"/> 중국인 <input type="checkbox"/> 남아시아인(예: 인도계, 파키스탄계, 스리랑카계) <input type="checkbox"/> 흑인(예: 아프리카계 또는 카리브해계) <input type="checkbox"/> 필리핀인 <input type="checkbox"/> 라틴 아메리카계/히스패닉 <input type="checkbox"/> 동남아시아인(예: 베트남계, 캄보디아계, 말레이시아계, 라오스계) <input type="checkbox"/> 아랍인 <input type="checkbox"/> 서아시아인(예: 이란계, 아프간계) <input type="checkbox"/> 한국인 <input type="checkbox"/> 일본인 <input type="checkbox"/> 기타, 써주십시오: _____ <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>78. 보호 구역에 사시나요?</p> <input type="checkbox"/> 예, 상시 <input type="checkbox"/> 예, 일시적으로/계절에 따라 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>79. 원주민 신분이신가요?</p> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 답변 거부
<p>80. 학교는 어디까지 마치셨나요?</p> <input type="checkbox"/> 고등학교 중퇴 이하 <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 <input type="checkbox"/> 직업 학교에서 또는 도제 훈련으로 받은 실업계 디플로마 증서 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 칼리지나 CEGEP, 간호 대학에서 받은 종합 대학 이외의 자격증 또는 졸업장 <input type="checkbox"/> 종합 대학의 학사급 미만 자격증 <input type="checkbox"/> 학사 학위 <input type="checkbox"/> 대학원 학위(예: 석사나 박사) <input type="checkbox"/> 답변 거부

섹션 13: 달라진 것들

Section 13: What Changed

질문 / 답변 Question Text / Responses

81. 코로나바이러스 대유행병 이후 본인에게 <u>더 나은 쪽으로 변화된</u> 것은 무엇이었나요? (있으시면 한두 가지를 기재하세요) [자유 기재]
82. 코로나바이러스 대유행병 이후 본인에게 <u>더 나쁜 쪽으로 변화된</u> 것은 무엇이었나요? (있으시면 한두 가지를 기재하세요) [자유 기재]

섹션 14: 도움을 주실 수 있는 방법

Section 14: Your Help

질문 / 답변 Question Text / Responses
<p>브리티시 컬럼비아주 보건 당국이 COVID-19 대유행병에 대응하도록 도우실 수 있는 방법이 두 가지 더 있습니다.</p> <p>1) COVID-19 집단 면역 평가 외래 검사실 환경에서 혈액 검체를 제공하시면 2019 신종 코로나바이러스 노출 여부를 알아보실 수 있습니다. 이 정보가 있으면 BC 주에서 얼마나 많은 사람이 노출됐는지 추정할 수 있습니다.</p> <p>2) COVID-19 조기 경보 네트워크 나타날 수 있는 증상에 관한 정보를 정기적으로 제공하시면 우리 주에서 COVID-19 영향을 받을 수 있는 지역을 더 신속하고 정확하게 확인할 수 있습니다. 그러면 미래의 집단 발병에 보건 당국이 질병 피해자들을 돕고, 감염 확산을 저지하며, 일상생활에 미치는 영향을 최소화하는 목표로 신속하게 대응할 수 있습니다.</p> <p>아래의 각 계획에 참여 의사를 표시해주시면 저희가 연락하여 더 자세한 프로그램 정보와 진행 방법에 관한 지침을 알려드리겠습니다.</p>
<p>83. COVID-19 집단 면역 평가에 참여하실 의향이 있으신가요?</p> <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>
<p>84. COVID-19 조기 경보 네트워크에 참여하실 의향이 있으신가요?</p> <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>
<p>BC 주의 COVID-19 대응을 기꺼이 적극 지지해주셔서 대단히 감사합니다.</p> <p>85. 이메일 주소와 전화번호, 개인 건강 보험 번호(PHN)를 아래에 제공하여 주시기 바랍니다. PHN 은 검사실 검사 용지를 사전에 작성하고, 혈액 검체 검사 결과를 확인하며, COVID-19 대응을 지원할 유의미한 모집단 수준 분석에 도움이 되도록 사용될 것입니다. 개인 신분 보호를 위하여 대단히 엄격한 개인 정보 보호 관행이 마련되어 있으며, 모든 결과는 (결코 개별 분석이 아닌) 모집단 수준에서 분석됩니다. 개인 이메일 주소와 전화번호는 추가 프로그램 참여에 관하여 추가 연락을 드리는 용도로 사용됩니다.</p> <p>개인 PHN 과 이메일 주소, 전화번호는 개인 설문 응답과 분리하여 안전하게 저장됩니다.</p>

개인 PHN 은 케어 카드(Care Card)에 있는 10 자리 숫자 또는 BC 운전면허증이나 서비스 카드(Services Card)의 뒷면에 있는 10 자리 숫자입니다.

이메일(소문자) _____

전화 _____

PHN(10 자리 숫자, 빈칸 없이) _____

Thank you for helping British Columbia combat COVID-19!

브리티시 컬럼비아주의 COVID-19 퇴치 노력을 도와주셔서 감사합니다!