

KHẢO SÁT VỀ SỰ HÀI LÒNG VỚI NHÂN VIÊN CHĂM SÓC

MÃ BƯU CHÍNH: _____

TUỔI CỦA QUÝ VỊ: _____

Tuổi của người đang được chăm sóc: _____

1. Quý vị đang chăm sóc cho:

- Người 60 tuổi trở lên
- Người bị bệnh Alzheimer hoặc chứng mất trí nhớ
- Trẻ em 18 tuổi trở xuống
- Người lớn hoặc trẻ em khuyết tật

2. Quý vị được biết về các dịch vụ hỗ trợ mà quý vị nhận được bằng cách nào?

Ghi chú: _____

3. Quý vị thấy người phụ trách việc liên lạc giữa quý vị với

Family Caregiver Support Program (Chương trình Hỗ trợ Người chăm sóc Gia đình) hữu ích ở mức độ nào?

- Rất hữu ích Hơi hữu ích Không hữu ích

Nhận xét: _____

4. Quý vị đã nhận được dịch vụ nào trong số những dịch vụ này? Đánh dấu tất cả những câu trả lời thích hợp

- Thông tin về dịch vụ
- Dịch vụ chăm sóc tạm thế (nghỉ ngơi từ việc chăm sóc)
- Trợ giúp để có được các dịch vụ có sẵn
- Chương trình huấn luyện dành cho người chăm sóc
- Nhóm hỗ trợ
- Dịch vụ khác: (ví dụ: thiết bị y tế)

Nếu là dịch vụ khác, vui lòng giải thích: _____

5. Nhìn chung, quý vị đánh giá như thế nào về các dịch vụ mà quý vị đã nhận được?

- Xuất sắc Tốt Trung bình Không tốt

Nhận xét: _____

6. Nếu quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc tạm thế (respite),

dịch vụ đó đã đáp ứng nhu cầu của quý vị như thế nào? (Đánh dấu tất cả câu trả lời thích hợp)

- Tôi đã nhận được dịch vụ chăm sóc tạm thế khi tôi cần
- Khoảng thời gian của dịch vụ chăm sóc tạm thế tôi cho là đủ
- Tôi cần được chăm sóc tạm thế lâu hơn
- Tôi cảm thấy thoải mái với người chăm sóc tạm thế của tôi
- Khác: (Vui lòng giải thích) _____

7. Các dịch vụ hỗ trợ mà quý vị hoặc người mà quý vị chăm sóc đã nhận được có giúp quý vị trở thành người chăm sóc tốt hơn không?

CÓ KHÔNG

Nhận xét: _____

8. Các dịch vụ mà quý vị nhận được có giúp quý vị giữ người thân ở nhà không?

CÓ KHÔNG

9. Là người chăm sóc, tôi đang gặp phải những vấn đề sau đây: (Đánh dấu tất cả câu trả lời thích hợp)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cảm thấy như tôi không thể chăm sóc lâu hơn nữa | <input type="checkbox"/> Trầm cảm |
| <input type="checkbox"/> Không đủ thời gian cho bản thân | <input type="checkbox"/> Căng thẳng |
| <input type="checkbox"/> Không đủ thời gian cho gia đình tôi | <input type="checkbox"/> Bực bội |
| <input type="checkbox"/> Cản trở công việc của tôi | <input type="checkbox"/> Cơ thể mệt mỏi |
| <input type="checkbox"/> Ảnh hưởng đến mối quan hệ gia đình của tôi | <input type="checkbox"/> Cảm thấy mất sự kiểm soát |
| <input type="checkbox"/> Cản trở sự riêng tư của tôi | <input type="checkbox"/> Cô lập |
| <input type="checkbox"/> Cản trở đời sống xã hội của tôi | <input type="checkbox"/> Gánh nặng tài chính |
| <input type="checkbox"/> Quan hệ căng thẳng với người tôi quan tâm | <input type="checkbox"/> Vấn đề khác: (mô tả bên dưới) |

10. Là người chăm sóc, dịch vụ quan trọng nhất mà tôi có thể nhận được là: _____

11. Trong vai trò là người chăm sóc, tôi cảm thấy hài lòng về: _____

Thông tin liên lạc: (không bắt buộc)

Tên: _____
Địa chỉ _____
Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu chính _____
Điện thoại: () _____ Email _____

Cảm ơn quý vị đã dành thời gian hoàn thành bản khảo sát này. Thông tin quý vị cung cấp sẽ giúp chúng tôi đưa ra quyết định về các dịch vụ cho Chương trình Hỗ trợ Người chăm sóc Gia đình.

VUI LÒNG GỬI LẠI KHẢO SÁT TRONG BÌ THƯ ĐI KÈM