

## 간병인 지원 만족도 조사

우편 번호: \_\_\_\_\_

본인 나이: \_\_\_\_\_

환자 나이: \_\_\_\_\_

1. 귀하가 돌보는 대상은 누구입니까?

- 60세 이상 환자
- 알츠하이머병이나 치매 환자
- 18세 이하의 친척
- 장애인 또는 장애 아동

2. 지금 받고 있는 지원 서비스에 대하여 어떻게 처음 알게 되셨습니까?

코멘트: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 가족 간병인 지원 프로그램이 귀하에게 얼마나 도움이 되었습니까?

- 매우 도움이 되었다     약간 도움이 되었다     도움이 안 되었다

코멘트: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. 이 서비스들 중 어떤 것을 받으셨습니까? 해당하는 모든 항목에 체크하십시오

- 서비스에 대한 정보
- 간병인 교육
- 일시교대(간병 중 휴식시간)
- 지원 그룹
- 사용할 수 있는 서비스 이용에 대한 지원
- 기타: (예: 의료 팀)

이외에 다른 서비스를 받으셨다면, 설명해 주십시오.

5. 전체적으로 현재 받으시는 서비스를 어떻게 평가하십니까?

- 훌륭하다     좋다     보통이다     형편없다

코멘트: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. 간병 중 휴식 시간이 제공된 경우, 필요할 때 그 시간을 잘 활용할 수 있었습니까?

(해당하는 모든 항목에 체크하십시오)

- 내가 원할 때 쉴 수 있었다.
- 주어진 휴식 시간은 적당했다.
- 더 많은 휴식 시간이 필요했다.
- 의료기관이 제공하는 휴식 시간이 만족스러웠다.
- 기타: (설명해 주십시오) \_\_\_\_\_

7. 귀하가 받은 지원 서비스나 귀하가 제공한 간병 서비스를 받은 사람은

귀하가 더 나은 간병인이 되는 데 도움이 되었습니까?

- 예     아니요

코멘트: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. 귀하가 받은 서비스 덕분에 가족이 집에 있을 수 있었습니까?

예                       아니요

9. 간병인으로서, 나는 아래와 같은 경험을 하고 있습니다.

(해당하는 모든 항목에 체크하십시오)

더 이상 보살필 수 없을 것 같은 느낌

나 자신을 위한 시간 부족

가족과 보내는 시간 부족

내 업무에 방해

가족 관계에 영향

사생활 침해

사회 생활 시 충돌

보살피는 사람과의 긴장 관계

우울증

스트레스

화

육체적 피로

통제가 불가능한 것 같은 느낌

고립

경제적 부담

기타: (아래에 서술하십시오)

10. 간병인으로서 받을 수 있는 가장 중요한 서비스는 무엇입니까? \_\_\_\_\_

11. 간병인의 역할을 하며 가장 만족감을 느끼는 부분은 무엇입니까? \_\_\_\_\_

연락처 정보: (선택 사항)

이름: \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_

주 \_\_\_\_\_

우편 번호: \_\_\_\_\_

전화번호(    ) \_\_\_\_\_

이메일 \_\_\_\_\_

*이 조사에 응해 주셔서 감사합니다. 제공해 주신 정보는  
가족 간병인 지원 프로그램 서비스에 대하여 결정을 내릴 때  
도움이 될 것입니다.*

**동봉된 봉투에 넣어 반송해 주십시오.**