



만성질환 자가관리 교육 (Chronic Disease Self Management Education) 워크숍 평가

이 워크숍에 참여해 주셔서 감사합니다. 잠시 시간을 내시어 다음 질문들에 답해주시기 바랍니다. 이 평가는 지속적인 저희 업무개선을 위한 것입니다.

지도자 이름: _____

워크숍 장소: _____ 오늘 날짜: _____

이 워크숍에 관한 귀하의 생각을 아래 해당 사항에 동그라미를 쳐주십시오.

	매우 동의하지 않음 ☹	동의하지 않음	중간임	동의함	매우 동의함 ☺
1. 워크숍이 알맞은 시간에 제공되었음	1	2	3	4	5
2. 워크숍 장소가 본인의 필요에 맞았음	1	2	3	4	5
3. 잘 계획된 워크숍 모임이었음	1	2	3	4	5
4. 지도자들이 수업을 지도하는데 부족함이 없었음	1	2	3	4	5
5. 지도자들이 그룹 멤버의 필요와 차이점들을 잘 인식하고 감안했음	1	2	3	4	5
6. 다른 사람에게 이 워크숍을 권장하고 싶음	1	2	3	4	5
7. 이제 내 건강 상태를 더 잘 관리할 수 있다는 확신감이 생겼음	1	2	3	4	5
8. 이 워크숍에서 배운 자가관리 기술을 계속 사용할 것임	1	2	3	4	5

다음 페이지에 계속

9. 워크숍 수업을 몇 번 참석했습니까?

- 모두 6 번
- 5 번
- 4 번
- 3 번 이하

10. 빠진 워크숍 수업이 있다면 그 이유는 무엇입니까?(모든 해당 사항에 체크할 것)

- 질병
- 가족 문제
- 잊어 버렸음
- 워크숍이 내 필요에 맞지 않았음
- 기타: _____

11. 이 워크숍에 관해 가장 좋았던 점은 무엇입니까?

12. 이 워크숍에 관해 변경하고 싶은 것이 있다면 무엇입니까?

이름(임의 기입 사항): _____

감사합니다!