

# 정맥치료 만족도 설문지 - 초기

## (VenousTSQe)

귀하는 최근 하지정맥류 시술을 받으셨습니다. 아래 질문들은 시술 전이나 후, 또는 시술 중의 경험에 관한 것입니다. 자신에게 해당되는 숫자에 동그라미 치거나, 네모칸에 체크해 주세요.

1a. 시술 전, 하지정맥류 치료와 관련해 다음 사항들에 대한 설명을 들었나요? 각각의 사항에 대해 해당되는 네모칸에 체크해 주세요.

	예	아니요	기억나지 않음
i. 예정된 시술의 세부적인 내용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. 시술로 인해 예상되는 불편함/통증의 정도	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. 부작용/후유증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv. 추천하거나 제한해야 하는 활동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. 시술 후 관리 방법(자가 관리 포함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi. 회복 기간	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1b. 시술 전, 위의 사항 중 서면으로 전달받은 것이 있나요?

예     아니요     기억나지 않음

1c. 전달받은 내용에 대해 전반적으로 얼마나 만족하시나요?

매우 만족스러움    6    5    4    3    2    1    0    매우 불만족스러움

2. 하지정맥류 치료를 위한 시술을 앞두고 얼마나 불안했나요?

전혀 불안하지 않았음    6    5    4    3    2    1    0    매우 불안했음

3. 시술 중 불편함이나 통증의 정도가 얼마나 신경 쓰였나요?

전혀 신경 쓰이지 않음    6    5    4    3    2    1    0    매우 신경 쓰였음

**NOT FOR USE: This is a shortened sample only.**

For use of the full questionnaire, please contact [info@healthpsychologyresearch.com](mailto:info@healthpsychologyresearch.com)