

DRAFT Hospice Survey (Polish)

Ankieta dotycząca usług hospicjum

Proszę odpowiedzieć na pytania ankiety dotyczące opieki, jaką pacjent wymieniony w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety uzyskał we wskazanym hospicjum:

[NAME OF HOSPICE]

Wszystkie pytania tej ankiety będą dotyczyły doświadczeń związanych ze wskazanym hospicjum.

W celu uzyskania dalszych informacji o tej ankiecie, proszę zadzwonić pod numer XXX- XXX-XXXX. Wszystkie połączenia z tym numerem są bezpłatne.

OMB# XXXX-XXXX

Ankieta wygasa dnia: DATE

Kto powinien wypełnić tę ankietę?

- ◆ Domownik, który wie najwięcej o opiece hospicyjnej, zapewnianej pacjentowi wymienionemu w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety.

Jak wypełnić tę ankietę

- ◆ Proszę o wypełnienie ankiety ciemnym długopisem.
- ◆ Proszę o postawienie X wewnątrz kratki przy wybranej odpowiedzi, jak w podanym przykładzie:
 - Tak
 - Nie
- ◆ Czasami poprosimy o pominięcie niektórych pytań ankiety. W takim przypadku widoczna będzie strzałka z informacją, do którego pytania należy przejść, na przykład:
 - Tak → **Jeżeli Tak, proszę przejść do Pytania 1**
 - Nie

Pacjent Hospicjum

1. Kim jest dla Pana/Pani pacjent wymieniony w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety?
- ¹D Mój współmałżonek/ka lub partner/ka
- ²D Mój rodzic
- ³D Moja teściowa lub teść
- ⁴D Moja babcia lub dziadek ⁵D Moja ciotka lub wujek ⁶D Moja siostra lub brat ⁷D Moje dziecko
- ⁸D Moja przyjaciółka lub przyjaciel
- ⁹D Inne (proszę wpisać drukowanymi literami):
-

2. W tej ankiecie zwrot „członek rodziny” oznacza pacjenta wymienioną w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety.

W jakich lokalizacjach członek rodziny korzystał z opieki tego hospicjum? Proszę wybrać jedną lub więcej odpowiedzi:

- ¹D Dom
- ²D Ośrodek opieki z zamieszkaniem [*ang. Assisted living facility*]
- ³D Dom opieki pielęgniarstwa [*ang. Nursing home*]
- ⁴D Szpital
- ⁵D Ośrodek / dom hospicjum
- ⁶D Inne (proszę wpisać drukowanymi literami):
-

Pana/Pani Rola

3. Kiedy członek Pana/Pani rodziny był pod opieką hospicjum, jak często uczestniczył/a Pan/Pani w tej opiece lub nadzorował/a ją?
- ¹D Nigdy →Jeżeli Nigdy, proszę przejść do Pytania 32
- ²D Czasami
- ³D Zazwyczaj ⁴D Zawsze

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

Odpowiadając na pozostałe pytania tej ankiety, prosimy wziąć pod uwagę tylko doświadczenia członka rodziny związane z hospicjum, którego nazwa podana jest na stronie tytułowej ankiety.

4. W tej ankiecie personel hospicjum oznacza wszystkie pielęgniarki, wszystkich lekarzy, pracowników socjalnych, kapelanów i inne osoby, które zapewniały opiekę hospicyjną członkowi Pana/Pani rodziny.

Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, czy musiał/a Pan/Pani kontaktować się z kimś z personelu hospicjum wieczorami, w weekendy, albo w święta w sprawie pytań lub pomocy w opiece nad członkiem rodziny?

- ¹D Tak
- ²D Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 6

5. Jak często uzyskiwał/a Pan/Pani potrzebną pomoc personelu hospicjum wieczorami, w weekendy, albo w święta?

- Nigdy
 Czasami

Zazwyczaj
Zawsze

6. Jak często personel hospicjum informował Pana/Panią, kiedy ktoś przyjdzie do opieki nad członkiem Pana/Pani rodziny?

- Nigdy
 Czasami

Zazwyczaj
Zawsze

7. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum i Pan/Pani albo członek rodziny prosił personel hospicjum o pomoc, jak często zapewniana ona była tak szybko, jak była potrzebna?

- Nigdy
 Czasami

Zazwyczaj
Zawsze

8. Jak często personel hospicjum udzielał objaśnień w zrozumiały sposób?

- Nigdy
 Czasami

Zazwyczaj
Zawsze

9. Jak często personel hospicjum przekazywał Panu/Pani informacje na temat stanu członka

- rodziny? Nigdy
 Czasami
 Zazwyczaj
 Zawsze

10. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum traktował członka rodziny z szacunkiem i godnością?

- Nigdy
 Czasami

Zazwyczaj
Zawsze

11. Jak często miał/ai Pan/Pani, że personel hospicjum naprawdę troszczy się o członka

- rodziny? Nigdy
 Czasami
 Zazwyczaj
 Zawsze

12. Czy personel hospicjum świadczył opiekę z poszanowaniem życzeń członka Pana/Pani rodziny?

- Zdecydowanie tak
 W pewnym stopniu tak
 Nie

13. Czy personel hospicjum dołożył starań, aby wysłuchać tego, co było dla Pana/Pani lub członka rodziny najbardziej istotne?

- Zdecydowanie tak
 W pewnym stopniu tak
 Nie

14. Czy rozmawiał/a Pan/Pani z personelem hospicjum o problemach związanych z opieką hospicjum nad członkiem rodziny?

¹D Tak

²D Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 16

15. Jak często personel hospicjum słuchał Pana/Pani uważnie, kiedy mówił/a Pan/Pani o problemach związanych z opieką hospicjum nad członkiem rodziny?

¹D Nigdy

²D Czasami

³D

Zazwyczaj ⁴D
Zawsze

16. Czy członek Pana/Pani rodziny doświadczał jakiegokolwiek bólu będąc pod opieką hospicjum?

¹D Tak

²D Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 18

17. Czy członek rodziny otrzymywał tyle pomocy w opanowaniu bólu, ile potrzebował?

¹D Zdecydowanie tak

²D W pewnym stopniu tak

³D Nie

18. Czy członek Pana/Pani rodziny miał trudności z oddychaniem lub był leczony z powodu trudności z oddychaniem, kiedy był pod opieką hospicjum?

¹D Tak

²D Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 20

19. Jak często członek Pana/Pani rodziny otrzymywał potrzebną mu pomoc z powodu trudności z oddychaniem?

¹D Nigdy

²D Czasami

³D

Zazwyczaj ⁴D
Zawsze

20. czy członkowi Pana/Pani rodziny kiedykolwiek dokuczały zapaarcia, kiedy był pod opieką hospicjum?

¹D Tak

²D Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 22

21. Jak często członek Pana/Pani rodziny otrzymywał potrzebną pomoc w związku z zapaarciami?

¹D Nigdy

²D Czasami

³D Zazwyczaj

⁴D Zawsze

22. Czy członek Pana/Pani rodziny kiedykolwiek okazywał uczucia lęku lub smutku, kiedy był pod opieką hospicjum?

¹D Tak

²D Nie →Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 24

23. Jak często członek Pana/Pani rodziny otrzymywał od personelu hospicjum potrzebną pomoc w związku z odczuwanym lękiem lub smutkiem?

- ¹D Nigdy
²D Czasami
³D
Zazwyczaj ⁴D
Zawsze

**Pana/Pani Własne Doświadczenia
Związane Z Hospicjum**

24. Personel hospicjum może nauczyć Pana/Panią, jak sprawować opiekę nad członkami rodziny potrzebującymi leków przeciwbólowych, mającymi trudności z oddychaniem, niespokojnymi lub pobudzonymi bądź posiadającymi inne potrzeby dotyczące opieki.

Czy personel hospicjum nauczył Pana/Panią jak opiekować członkiem rodziny?

- ¹D Zdecydowanie tak
²D W pewnym stopniu tak
³D Nie
⁴D Nie potrzebowałem/-am takiego nauczania

25. Jak często personel hospicjum słuchał Pana/Pani uważnie, gdy członek Pana/Pani rodziny był pod opieką hospicjum?

- ¹D Nigdy
²D Czasami
³D
Zazwyczaj ⁴D
Zawsze

26. Czy personel hospicjum przekazał Panu/Pani wszystkie informacje, jakie chciał/a Pan/Pani uzyskać na temat tego, czego należy oczekiwać w czasie, kiedy członek rodziny umiera?

- ¹D Zdecydowanie tak
²D W pewnym stopniu tak
³D Nie

27. Wsparcie dla przekonań religijnych, duchowych lub kulturowych może przejawiać się poprzez rozmowę, modlitwę, czas spędzany w ciszy i inne sposoby poszanowania tradycji.

W jakim stopniu personel hospicjum wspierał Pani/Pani przekonania religijne, duchowe lub kulturowe, kiedy członek Pana/Pani rodziny był pod opieką hospicjum?

- ¹D Za mało
²D Wystarczająco
³D Za dużo

28. Jak wiele wsparcia emocjonalnego dostarczał Panu/Pani personel hospicjum, gdy członek rodziny przebywał pod opieką hospicjum?

- ¹D Za mało
²D Wystarczająco
³D Za dużo

29. Jak wiele wsparcia emocjonalnego otrzymała/a Pan/Pani od personelu hospicjum w tygodniach po śmierci członka Pana/Pani rodziny?

- ¹D Za mało
- ²D Wystarczająco
- ³D Za dużo

Ogólna ocena opieki hospicjum

30. Odpowiadając na kolejne pytania ankiety, proszę wziąć pod uwagę jedynie opiekę, jaką członek Pana/Pani rodziny otrzymał ze strony hospicjum, którego nazwa podana jest na stronie tytułowej ankiety. Proszę nie uwzględniać w odpowiedziach opieki świadczonej przez inne hospicja.

Postępując się skalą od 0 do 10, na której 0 oznacza najgorszą możliwą opiekę hospicjum, a 10 oznacza najlepszą możliwą opiekę hospicjum, jak ocenił/a/by Pan/Pani opiekę hospicjum, jaką otrzymał członek Pana/Pani rodziny?

- ⁰D 0 Najgorsza możliwa opieka hospicjum
- ¹D 1
- ²D 2
- ³D 3
- ⁴D 4
- ⁵D 5
- ⁶D 6
- ⁷D 7
- ⁸D 8
- ⁹D 9
- ¹⁰D 10 Najlepsza możliwa opieka hospicjum

31. Czy polecił/a/by Pan/Pani to hospicjum znajomym i rodzinie?

- ¹D Na pewno nie
- ²D Chyba nie
- ³D Chyba tak
- ⁴D Na pewno tak

Informacje dotyczące Pana/Pani członka rodziny

32. Jaki najwyższy poziom wykształcenia lub ile klas szkoły ukończył członek Pana/Pani rodziny?

- ¹D 8 klas lub mniej
- ²D Rozpoczęta, ale nie ukończona szkoła średnia
- ³D Ukończona szkoła średnia lub zdany egzamin GED
- ⁴D Niepełne studia lub dyplom po studium 2-letnim
- ⁵D Skończone studia 4-letnie
- ⁶D Więcej niż skończone studia 4-letnie
- ⁷D Nie wiem

33. Czy członek Pana/Pani rodziny był Latynosem/pochodzenia iberyjskiego lub miał przodków pochodzenia latynoskiego/iberyjskiego?

- ¹D Nie, nie był Latynosem/pochodzenia iberyjskiego
- ²D Tak, Kubańczyk
- ³D Tak, Meksykanin, Amerykanin pochodzenia meksykańskiego, Chicano/a
- ⁴D Tak, Portorykańczyk
- ⁵D Tak, innego pochodzenia latynoskiego/ iberyjskiego

34. Jakiej rasy był członek Pana/Pani rodziny? Proszę wybrać co najmniej jedną odpowiedź.

- Rodowity Indianin lub Alaskańczyk
- Rasa azjatycka
- Rasa czarna - Afroamerykanin
- Rodowity mieszkaniec Hawajów lub innych wysp Pacyfiku
- Rasa biała

35. Jak często członek Pana/Pani rodziny był traktowany niesprawiedliwie przez personel hospicjum z powodu swojej rasy lub pochodzenia etnicznego?

- Nigdy
- Czasami
- Zazwyczaj
- Zawsze

Infomacje dotyczące Pana/Pani

36. Proszę podać swój wiek:

- 18 do 24 lat
- 25 do 34 lat
- 35 do 44 lat
- 45 do 54 lat
- 55 do 64 lat
- 65 do 74 lat
- 75 do 84 lat
- 85 lat lub więcej

37. Proszę podać swoją płeć

- Mężczyzna
- Kobieta

38. Jaki jest najwyższy poziom Pana/Pani wykształcenia lub liczba ukończonych przez Pana/Panią klas?

- 8 klas lub mniej
- Rozpoczęta, ale nie ukończona szkoła średnia
- Ukończona szkoła średnia lub zdany egzamin GED
- Niepełne studia lub dyplom po studium 2-letnim
- Skończone studia 4-letnie
- Więcej niż skończone studia 4-letnie

39. Jakim językiem głównie mówi Pan/Pani w domu?

- Angielski
 - Hiszpański
 - Chiński
 - Rosyjski
 - Portugalski
 - Wietnamski
 - Polski
 - Koreański
 - Inny język (proszę wpisać drukowanymi literami):
-

DZIĘKUJEMY

Prosimy odesłać wypełnioną ankietę w załączonej kopercie z opłaconymi kosztami przesyłki zwrotnej.

COMPANY
Attn: NAME
STREET
CITY, STATE ZIP