

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 dotyczyć 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:

<input type="checkbox"/>	Tak
<input checked="" type="checkbox"/>	Nie
- ◆ Czasami poprosimy o pominięcie niektórych pytań ankiety. W takim przypadku widoczna będzie strzałka z informacją, do którego pytania należy przejść, na przykład:

<input checked="" type="checkbox"/>	Tak ➔ Jeżeli Tak, proszę przejść do Pytania 1
<input type="checkbox"/>	Nie

Pacjent Hospicjum

1. Kim jest dla Pana/Pani pacjent wymieniony w liście przewodnim dołączonym do tej ankiety?

- ☐¹ Mój współmałżonek/ka lub partner/ka
 - ☐² Mój rodzic
 - ☐³ Moja teściowa lub teść
 - ☐⁴ Moja babcia lub dziadek
 - ☐⁵ Moja ciotka lub wujek
 - ☐⁶ Moja siostra lub brat
 - ☐⁷ Moje dziecko
 - ☐⁸ Moja przyjaciółka lub przyjaciel
 - ☐⁹ 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:

- ☐¹ Dom
 - ☐² Ośrodek opieki z zamieszkaniem [*ang. Assisted living facility*]
 - ☐³ Dom opieki pielęgniarstwa [*ang. Nursing home*]
 - ☐⁴ Szpital
 - ☐⁵ Ośrodek / dom hospicjum
 - ☐⁶ 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?

- ☐¹ Nigdy →Jeżeli Nigdy, proszę przejść do Pytania 32
- ☐² Czasami
- ☐³ Zazwyczaj
- ☐⁴ 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?

- ☐¹ Tak
- ☐² 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?

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

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

- ☐ 1 Nigdy
- ☐ 2 Czasami
- ☐ 3 Zazwyczaj
- ☐ 4 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?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ Tak

☐ 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?

☐ Nigdy

☐ Czasami

☐ Zazwyczaj

☐ Zawsze

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

☐ Tak

☐ Nie → **Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 18**

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

☐ Zdecydowanie tak

☐ W pewnym stopniu tak

☐ Nie

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

☐ Tak

☐ Nie → **Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 20**

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

☐ Nigdy

☐ Czasami

☐ Zazwyczaj

☐ Zawsze

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

☐ Tak

☐ Nie → **Jeżeli Nie, proszę przejść do Pytania 22**

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

☐ Nigdy

☐ Czasami

☐ Zazwyczaj

☐ Zawsze

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

☐ Tak

☐ 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?

- ¹ ☐ Nigdy
- ² ☐ Czasami
- ³ ☐ Zazwyczaj
- ⁴ ☐ 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?

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

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

- ¹ ☐ Nigdy
- ² ☐ Czasami
- ³ ☐ Zazwyczaj
- ⁴ ☐ 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?

- ¹ ☐ Zdecydowanie tak
- ² ☐ W pewnym stopniu tak
- ³ ☐ 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?

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

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

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

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

- ¹ ☐ Za mało
² ☐ Wystarczająco
³ ☐ 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.

Posługując 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?

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

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

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

Informacje dotyczące Pana/Pani członka rodziny

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

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

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

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

Informacje 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