

## **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 [TOLL FREE NUMBER]. Wszystkie połączenia z tym numerem są bezpłatne.

OMB# 0938-1257

Ankieta wygasa dnia: 30 listopada 2027

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

Na ankiecie może Pan/Pani zauważyć numer. Numer ten służy do poinformowania nas o tym, czy odesłał/-a Pan/Pani ankietę, abyśmy nie musieli wysyłać Panu/Pani przypomnień.

---

### 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 zrozumiałym 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?**

- ☐<sup>1</sup> Nigdy
- ☐<sup>2</sup> Czasami
- ☐<sup>3</sup> Zazwyczaj
- ☐<sup>4</sup> 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?**

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

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

- ☐<sup>1</sup> Nigdy
- ☐<sup>2</sup> Czasami
- ☐<sup>3</sup> Zazwyczaj
- ☐<sup>4</sup> 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?**

- ☐<sup>1</sup> Zdecydowanie tak
- ☐<sup>2</sup> W pewnym stopniu tak
- ☐<sup>3</sup> 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?**

- ☐<sup>1</sup> Za mało
- ☐<sup>2</sup> Wystarczająco
- ☐<sup>3</sup> Za dużo

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

- ☐<sup>1</sup> Za mało
- ☐<sup>2</sup> Wystarczająco
- ☐<sup>3</sup> 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 Najgorsza możliwa opieka hospicjum  
☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6  
☐ 7  
☐ 8  
☐ 9  
☐ 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

---

**Informacje dotyczące Pana/Pani**

---

**35. 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

**36. Proszę podać swoją płeć**

- ☐ Mężczyzna
- ☐ Kobieta

**37. 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

**38. 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

*Pytania 1–38 niniejszej ankiety zostały opracowane przez rząd USA, znajdują się w  
domenie publicznej i dlatego NIE podlegają przepisom amerykańskiego prawa  
autorskiego.*