**Satysfakcja rodziny z opieki na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii:**

**FS-ICU 24R©**

**Jak sobie radzimy?**

***Chcielibyśmy poznać Państwa opinię na temat niedawnej hospitalizacji członka Państwa rodziny na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAiIT)***

|  |
| --- |
| Członek Państwa rodziny był pacjentem na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Poniższe pytania dotyczą ostatniego przyjęcia Państwa krewnego na OAiIT. Rozumiemy, że wielu lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników szpitala było zaangażowanych w opiekę nad pacjentem. Jesteśmy zainteresowani jak Państwo ogólnie oceniają jakoś świadczonej przez nas opieki. Rozumiemy, że był to trudny czas dla Państwa. Prosimy aby Państwo poświęcili chwilę czasu na wypełnienie tej ankiety, abyśmy wiedzieli co zrobiliśmy dobrze, a co możemy poprawić na naszym oddziale. Zapewniamy, że wszystkie informacje będą poufne. Lekarze i pielęgniarki, którzy opiekowali się Państwa krewnym nie będą w stanie zidentyfikować Państwa odpowiedzi |

**Część 1: Zadowolenie z Opieki**

|  |
| --- |
| ***Proszę o wybranie jednej odpowiedzi, która najlepiej odzwierciedla Państwa opinie. Jeśli pytanie nie jest związane z pobytem krewnego w OAiIT proszę wybrać wariant “nie dotyczy” “n/d*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CZY BYLI PAŃSTWO ZADOWOLENI Z JAKOŚCI TERAPII SWOJEGO KREWNEGO(PACJENTA)? JAK PAŃSTWO SĄ ZADOWOLENI: | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Troska oraz zrozumienie ze strony Personelu  Uprzejmość, szacunek oraz empatia wobec członka Państwa rodziny. |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Bardzo  Niezadowolony☐1 | | Trochę Niezadowolony ☐2 | | W większości Zadowolony  ☐3 | | Zadowolony  ☐4 | | Bardzo zadowolony  ☐5 | | N/D  ☐ | |
| 2. | **Leczenie objawów ?**  Jak dobrze personel OAiIT rozpoznał oraz leczył następujące objawy… | | | | | | | | | | | | |
|  | Jak dobrze personel OAiIT rozpoznał i leczył ból ? | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | | Trochę Niezadowolony ☐2 | | W większości Zadowolony ☐3 | | Zadowolony  ☐4 | | Bardzo zadowolony ☐5 | | N/D  ☐ |
|  | Jak dobrze personel OAiIT rozpoznał i leczył trudności w oddychaniu ? | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | | Trochę Niezadowolony ☐2 | | W większości Zadowolony ☐3 | | Zadowolony  ☐4 | | Bardzo zadowolony ☐5 | | N/D  ☐ |
|  | Jak dobrze personel OAiIT rozpoznał i leczył pobudzenie psycho-ruchowe | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | | Trochę Niezadowolony ☐2 | | W większości Zadowolony ☐3 | | Zadowolony  ☐4 | | Bardzo zadowolony ☐5 | | N/D  ☐ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nasz stosunek do Państwa? Czy są Państwo zadowoleni:** | | | | | | | |
| 3. | Zainteresowanie Państwa potrzebami?  W jakim stopniu personel OAiIT był zainteresowany Państwa potrzebami? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony ☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |
| 4. | Wsparcie emocjonalne?  W jakim stopniu personel OAiIT wspierał Państwa emocjonalnie? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony ☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |
| 5. | Koordynacja opieki?  Jak ocenia Pan/Pani pracę zespołową personelu OAiIT, który sprawował opiekę nad Państwa krewnym? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony ☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |
| 6. | Troska oraz zrozumienie personelu OAiIT?  W jakim stopniu otrzymali Państwo współczucie, zrozumienie oraz uprzejmość od personelu OAiIT? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony ☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |
| **Personel OAiIT : Jak Państwo są zadowoleni :** | | | | | | | |
| 7. | **Umiejętności i kompetencje pielęgniarek OAiIT?**  Jak Państwo oceniają sprawowanie opieki and krewnym przez pielęgniarki? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony ☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |
| 8. | Częstotliwość kontaktu z pielęgniarką OAiIT ?Jak Państwo oceniają częstotliwość kontaktu na temat opieki nad pacjentem z pielęgniarką OAiIT? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony ☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |
| 9. | Umiejętności i kompetencje lekarzy OAiIT (Wszystkich lekarzy również z rezydentami)?  Jak Państwo oceniają sprawowanie opieki nad Państwa krewnym  przez lekarzy? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony ☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poczekalnia** | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | Jak Państwo oceniają nastrój panujący w poczekalni OAiIT? |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | Bardzo  Niezadowolony ☐1 | | Trochę Niezadowolony ☐2 | | W większości Zadowolony ☐3 | | Zadowolony  ☐4 | | Bardzo zadowolony ☐5 | | N/D  ☐ | |
| **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii** | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | Jak Państwo oceniają atmosferę panującą na OAiIT? | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | | Trochę Niezadowolony ☐2 | | W większości Zadowolony ☐3 | | Zadowolony  ☐4 | | Bardzo zadowolony ☐5 | | N/D  ☐ | |
| 12. | Jak Państwo są usatysfakcjonowani z udzielonych informacji po obchodzie na oddziale? | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | | Trochę Niezadowolony ☐2 | | W większości Zadowolony ☐3 | | Zadowolony  ☐4 | | Bardzo zadowolony ☐5 | | N/D  ☐ | |
| 13. | Jak bardzo Państwo są zadowoleni z udziału w opiece nad Państwa krewnym? | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | | Trochę Niezadowolony ☐2 | | W większości Zadowolony ☐3 | | Zadowolony  ☐4 | | Bardzo zadowolony ☐5 | | N/D  ☐ | |
| 14. | Niektórzy Pacjenci oczekują aby zrobiono wszystko co możliwe, żeby rozwiązać ich problemy zdrowotne, podczas gdy inni nie oczekują tego.  W jakim stopniu Państwo są zadowoleni z poziomu i zakresu opieki, jaką otrzymał członek Państwa rodziny na OAiIT? | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | | Trochę Niezadowolony ☐2 | | W większości Zadowolony ☐3 | | Zadowolony  ☐4 | | Bardzo zadowolony ☐5 | | N/D  ☐ | |

**CZĘŚĆ 2 : ZADOWOLENIE RODZINY Z PODEJMOWANIA DECYZJI**

**DOTYCZĄCEJ OPIEKI NAD KRYTYCZNIE CHORYM PACJENTEM**

|  |
| --- |
| INSTRUKCJE DLA RODZINY KRYTYCZNIE CHORYCH PACJENTÓW |

Celem tej części ankiety jest sprawdzenie jak Badany ocenia stopień udziału w podejmowaniu decyzji dotyczącej terapii członka swojej rodziny. Na OAiIT Państwa krewny podlegał opiece, która była sprawowana przez różny personel medyczny. Chcielibyśmy aby Państwo ocenili poziom opieki medycznej nad pacjentem przebywającym na OAiIT.

|  |
| --- |
| ***Proszę o wybranie jednej odpowiedzi, która najlepiej odzwierciedla Państwa opinie . Jeśli pytanie nie jest związane z pobytem członka Państwa rodziny w OAiIT proszę wybrać wariant “nie dotyczy” “n/d*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Potrzebne informacje Czy jest Pan/Pani zadowolony z:** | | | | | | | |
| 15. | Częstotliwość komunikacji z lekarzem.Jak często lekarze rozmawiali z Państwem o stanie zdrowia pacjenta? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony  ☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo Zadowolony  ☐5 | N/D  ☐ |
| 16. | Łatwość zdobywania informacji  Jak Państwo oceniają gotowość personelu do udzielenia odpowiedzi na Państwa pytania? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |
| 17. | Zrozumienie przekazanych informacji  Jak dobrze personel OAiIT wytłumaczył Państwu informacje dotyczące stanu zdrowia Państwa krewnego? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |
| 18. | Wiarygodność informacji  Czy są Państwo zadowoleni z wiarygodności oraz rzetelności przekazywanych informacji? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |
| 19. | Kompletność informacji  Jak dobrze personel poinformował Państwa co się działo z pacjentem oraz jakie czynności i dlaczego właśnie one były wykonane przy pacjencie? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |
| 20. | Spójność informacji  Czy otrzymali Państwo takie same informacje od pielęgniarek jak i od lekarzy? |  |  |  |  |  |  |
| Bardzo  Niezadowolony ☐1 | Trochę Niezadowolony ☐2 | W większości Zadowolony☐3 | Zadowolony  ☐4 | Bardzo zadowolony ☐5 | N/D  ☐ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proces podejmowania decyzji** | |
| Podczas pobytu członka Państwa rodziny na OAiIT, zostało podjętych wiele ważnych decyzji dotyczących opieki nad pacjentem. Z poniższych pytań proszę wybrać tylko jedną odpowiedź: | |
| 21. | **W jakim stopniu czuli się Państwo zaangażowani w proces podejmowania decyzji?** |
| ☐ | 1. Czułem/am się całkowicie niezaangażowany/a |
| ☐ | 1. Nie czułem/am się do końca zaangażowany/a |
| ☐ | 1. Nie czułem/am, że jestem zaangażowany/a lub nie zaangażowany/a w proces podejmowania decyzji |
| ☐ | 1. Poczułem/am się w jakiś sposób zaangażowany/a |
| ☐ | 1. Poczułem/am się całkowicie zaangażowany/a |
|  |  |
| 22. | **Czy czuli Państwo, że Państwa opinia jest wspierana w procesie podejmowania decyzji?** |
| ☐ | 1. Czułem/am że moja opinia w ogóle nie była wspierana |
| ☐ | 1. Czułem/am , że moja opinia była trochę nie wspierana |
| ☐ | 1. Czułem/am, że moja opinia nie była, ani była wspierana |
| ☐ | 1. Czułem/am, że moja opinia była trochę wspierana |
| ☐ | 1. Czułem/am, że moja opinia była bardzo wpierana |
|  |  |
| 23. | **Czy czuli Państwo, że mieli wpływ na leczenie swojego krewnego?** |
| ☐ | 1. Czułem/am, że nie mam absolutnie żadnego wpływu na proces leczenia i że system opieki zdrowotnej wziął pełną kontrolę nad terapią członka mojej rodziny |
| ☐ | 1. Czułem/am, że mam niewielki wpływ nad proces leczenia a system opieki zdrowotnej przejął kontrolę i nadzór nad terapią członka mojej rodziny |
| ☐ | 1. Nie czułem/am, że mam wpływ lub nie mam wpływu nad proces leczenia członka mojej rodziny |
| ☐ | 1. Czułem/am, że mam pewien wpływ na proces leczenia członka mojej rodziny |
| ☐ | 1. Czułem/am, że mam całkowity wpływ nad proces leczenia członka mojej rodziny |
|  |  |
| 24. | Czy w trakcie podejmowania decyzji mieli Państwo wystarczająco dużo czasu, aby wyrazić swoje obawy  i uzyskać odpowiedzi na swoje pytania? |
| ☐ | 1. Nie miałem/am wystarczająco dużo czasu |
| ☐ | 1. Nie miałem/am dużo czasu |
| ☐ | 1. Nie miałem/am czasu, ani miałem/am czas |
| ☐ | 1. Miałem/am czas |
| ☐ | 1. Miałem/am wystarczająco dużo czasu |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jeśli członek Państwa rodziny zmarł na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, proszę odpowiedzieć na poniższe pytania(25-27). Jeśli Państwa krewny żyje, proszę pominąć te pytania i przejść do pytania 28.** | |
|  | |
|  |  |
| 25**.** | **Które z poniższych stwierdzeń najlepiej opisuje Państwa opinię?** |
| ☐ | 1. Czułem/am, że życie mojego krewnego przedłuża się nadaremnie |
| ☐ | 1. Czułem/am, że życie mojego krewnego zostało w pewnym stopniu przedłużone nadaremnie |
| ☐ | 1. Czułem/am, że życie mojego krewnego nie zostało przedłużone ani skrócone |
| ☐ | 1. Czułem/am, że życie mojego krewnego zostało w pewnym stopniu skrócone nadaremnie |
| ☐ | 1. Czułem/am , że życie mojego krewnego zostało skrócone nadaremnie |
|  |  |
| 26. | **Które z poniższych stwierdzeń najlepiej odzwierciedla Państwa opinię na temat ostatnich godzin życia członka Państwa rodziny?** |
| ☐ | 1. Uważam, że krewny czuł się bardzo niekomfortowo |
| ☐ | 1. Uważam , że krewny czuł się trochę komfortowo |
| ☐ | 1. Uważam, że krewny czuł się ani niekomfortowo, ani komfortowo |
| ☐ | 1. Uważam, że krewny czuł się komfortowo |
| ☐ | 1. Uważam, że krewny czuł się bardzo komfortowo |
|  |  |
| 27. | **W ciągu ostatnich kilku godzin przed śmiercią Państwa krewnego, która z poniższych odpowiedzi pasuje do Państwa opinii:** |
| ☐ | 1. Czułem/am się bardzo opuszczony/a przez personel medyczny |
| ☐ | 1. Czułem/am się w pewnym stopniu opuszczony/a przez personel medyczny |
| ☐ | 1. Czułem/am się ani opuszczony/a ani wspierany/a przez personel medyczny |
| ☐ | 1. Czułem/am się w pewnym stopniu wpierany/a przez personel medyczny |
| ☐ | 1. Czułem/am się bardzo wspierany/a przez personel medyczny |

28. Czy mają Państwo jakieś sugestie, jak ulepszyć opiekę na OAiIT?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

29. Jeśli mają państwo pozytywne odczucia na temat sprawowanej opieki nad Państwa krewnym, proszę poniżej wymienić.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

30. Czy mają Państwo propozycje, dotyczące poprawy jakości opieki nad pacjentem i członkami jego rodziny?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

# DANE DEMOGRAFICZNE:

Proszę o podanie kilku informacji na Państwa temat i jakie są relacje między Państwem a pacjentem

# Jestem : ☐ Mężczyzną ☐ Kobietą

1. **Mam**            **lat**
2. **Wykształcenie**:

☐ wykształcenie podstawowe

☐ wykształcenie zawodowe

☐ wykształcenie średnie

☐ wykształcenie wyższe

1. **Dla pacjenta jestem:**

☐ Żona ☐ Mąż ☐ Partner

☐Matka ☐ Ojciec ☐ Siostra ☐ Brat

☐Córka ☐ Syn ☐ Inny (Proszę sprecyzować ):          

1. **Czy jest to pierwsze doświadczenie Państwa jako członka rodziny pacjenta, który przebywa na OAiIT?**

☐ Tak ☐ Nie

1. **Czy mieszkają Państwo z pacjentem** ☐ Tak ☐ Nie

# *Jeśli nie* to jak często widywał się Pan/Pani z pacjentem *?*

# ☐ Częściej niż raz w tygodniu ☐ co weekend ☐ co miesiąc ☐ co rok ☐ rzadziej niż raz w roku

# 

1. **Gdzie Pan/Pani mieszka?**

# ☐ w miejscowości, gdzie mieści się szpital ☐ w innej miejscowości

**Dziękujemy bardzo za Państwa poświęcony czas oraz Państwa opinie**