

שביעות רצון המשפחה מהטיפול ביחידת הטיפול הנמרץ: FS-ICU 24R© איך היינו?

ברצוננו לשמוע את דעותיך לגבי האשפוז האחרון של בן משפחתך ביחידת הטיפול הנמרץ

בן משפחתך היה מטופל ביחידת טיפול נמרץ זז. השאלות הבאות שואלות אותך לגבי **האשפוז האחרון של בן משפחתך בטיפול נמרץ**. אנו מבינים שככל הנראה הרבה רופאים, אחיות ואנשי צוות אחרים היו מעורבים בטיפול בבן משפחתך. אנו מבינים כי ייתכן והיו אירועים יוצאים מהכלל (חריגים), אך אנו מעוניינים בהערכתך הכוללת את איכות השירות שניתן. אנו מבינים שזו הייתה כנראה תקופה קשה מאוד עבורך ועבור בני משפחתך. אנו מעריכים נכונותך להקדיש זמן ולחוות את דעתך. אנא הקדש כמה רגעים לומר לנו מה עשינו טוב ומה אנחנו צריכים לעשות כדי להפוך את יחידת הטיפול הנמרץ שלנו לטובה יותר. **היה סמוך ובטוח כי כל התשובות חסויות**. הרופאים והאחיות שטיפלו בבני משפחתך לא יוכלו לזהות את תשובותיך.

חלק א': שביעות רצון מהטיפול

בחר תשובה שמשקפת את דעתך באופן המדויק ביותר. במידה והשאלה אינה רלבנטית לשהייתו של בן משפחתך, נא לסמן את התיבה "לא רלבנטי" (ל/ר)

איך נהגנו בבן משפחתך (המטופל)? עד כמה הינך שבע רצון מ...

						1. הדאגה והאכפתיות של צוות טיפול נמרץ? האדיבות, הכבוד והחמלה שניתנו לבן משפחתך (המטופל)
ל/ר	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע	
<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	

2. ניהול סימפטומים?

עד כמה צוות טיפול נמרץ היטיב להעריך את התסמינים של בן משפחתך (המטופל) ולטפל בהם.

						א. עד כמה צוות טיפול נמרץ היטיב להעריך את <u>הכאב</u> של בן משפחתך ולטפל בו.
ל/ר	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע	
<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
						ב. עד כמה צוות טיפול נמרץ היטיב להעריך את <u>קוצר הנשימה</u> של בן משפחתך ולטפל בו.
ל/ר	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע	
<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
						ג. עד כמה צוות טיפול נמרץ היטיב להעריך את <u>אי שקט</u> (אגיטציה) של בן משפחתך ולטפל בה.
ל/ר	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע	
<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	

כיצד טיפלנו בך? עד כמה הינך שבע רצון מ...

3. ההתחשבות בצרכיך?

באיזו מידה צוות טיפול נמרץ גילה עניין בצרכים שלך.

ל/ר					
<input type="checkbox"/>	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

4. התמיכה הרגשית?

באיזו מידה צוות טיפול נמרץ סיפק לך תמיכה רגשית.

ל/ר					
<input type="checkbox"/>	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

5. תיאום הטיפול?

עבודת הצוות של כל צוות טיפול נמרץ שטיפל בך משפחתך.

ל/ר					
<input type="checkbox"/>	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

6. הדאגה והאכפתיות של צוות טיפול נמרץ?

האדיבות, הכבוד והחמלה שניתנו לך.

ל/ר					
<input type="checkbox"/>	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

צוות טיפול נמרץ: עד כמה הינך שבע רצון מ...

7. המיומנות והכשירות של אחיות טיפול נמרץ?

באיזו מידה האחיות היטיבו לטפל בך משפחתך.

ל/ר					
<input type="checkbox"/>	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

8. תכיפות התקשורת עם אחיות טיפול נמרץ?

באיזו תכיפות האחיות תקשרו איתך לגבי מצבו של בן משפחתך.

ל/ר					
<input type="checkbox"/>	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

9. המיומנות והכשירות של רופאי טיפול נמרץ (כל הרופאים כולל רופאים מתמחים)?

באיזו מידה הרופאים היטיבו לטפל בך משפחתך.

ל/ר					
<input type="checkbox"/>	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>






חדר ההמתנה

10. באיזו מידה היית מרוצה מהאווירה בחדר ההמתנה של טיפול נמרץ?






ל/ר					
<input type="checkbox"/>	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

היחידה לטיפול נמרץ






11. באיזו מידה היית מרוצה מהאווירה בטיפול נמרץ?

					
ל/ר	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>






12. באיזו מידה היית מרוצה מההשתתפות שלך בסבבים היומיים (ביקור יומי)?

					
ל/ר	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

13. באיזו מידה היית מרוצה מההשתתפות שלך בטיפול בן משפחתך, החולה, המצוי במצב קשה?

					
ל/ר	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

14. ישנם אנשים שרוצים שיעשו הכל בכדי לטפל בבעיות הבריאותיות שלהם, בעוד אחרים לא רוצים שיעשו הרבה. באיזו מידה היית מרוצה מרמת או כמות הטיפול הרפואי שקיבל בן משפחתך בטיפול נמרץ?

					
ל/ר	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע
<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

חלק ב': שביעות הרצון של בני המשפחה מתהליך קבלת ההחלטות בנוגע לטיפול בחולים במצב קשה

הוראות למשפחה של מטופל

השאלון מיועד לבדוק את תחושתך ביחס למעורבותך בקבלת ההחלטות הנוגעות לטיפול בבן משפחתך. יתכן ובן משפחתך טופל ע"י אנשים שונים ביחידת טיפול נמרץ. בהשיבך על השאלות התייחס לטיפול בכללותו כפי שניתן ע"י כלל אנשי הצוות.

סמן תשובה אחת שמשקפת את דעתך באופן המדויק ביותר. במידה והשאלה אינה רלבנטית לשהייתו של בן משפחתך, נא לסמן את התיבה "לא רלבנטי" (ל/ר)

צרכי מידע

באיזו מידה היית מרוצה מ...

	מצויין	טוב מאוד	טוב	סביר	גרוע	15. תכיפות התקשורת עם רופאי טיפול נמרץ?
ל/ר	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	באיזו תכיפות רופאי טיפול נמרץ תקשרו איתך לגבי מצבו של בן משפחתך.
						16. נגישות המידע?
ל/ר	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	מידת הנכונות של צוות היחידה להשיב על שאלות.
						17. הבנת המידע?
ל/ר	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	באיזה מידה ההסברים שניתנו על ידי צוות טיפול נמרץ היו מובנים.
						18. כנות המידע?
ל/ר	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	כנות המידע שנמסר לך בדבר מצבו של בן משפחתך.
						19. שלמות המידע?
ל/ר	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	באיזו מידה צוות טיפול נמרץ היטיב ליידע אותך מה מתרחש עם בן משפחתך, ומדוע דברים נעשים.
						20. עקביות המידע?
ל/ר	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	עקביות המידע שנמסר לך לגבי מצבו של בן משפחתך (האם שמעת אותו סיפור מרופאים, אחיות וכו')

תהליך קבלת ההחלטות

במהלך שהיית בן משפחתך ביחידה לטיפול נמרץ התקבלו לגביו החלטות טיפוליות חשובות רבות. בשאלות שלפניך בחר תשובה אחת המתאימה באופן הטוב ביותר להשקפותיך עבור כל אחת מהשאלות הבאות:

21. האם הינך מרגיש ששותפת בתהליך קבלת

ההחלטות?

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | הרגשתי שלא שותפתי במידה רבה. |
| 2 | <input type="checkbox"/> | הרגשתי שלא שותפתי במידה מסוימת. |
| 3 | <input type="checkbox"/> | לא הרגשתי שותף ולא הרגשתי לא שותף. |
| 4 | <input type="checkbox"/> | הרגשתי ששותפתי במידה מסוימת. |
| 5 | <input type="checkbox"/> | הרגשתי ששותפתי במידה רבה. |

22. עד כמה תמיכה קיבלת בתהליך קבלת ההחלטות?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | חשתי חוסר תמיכה מוחלט. |
| 2 | <input type="checkbox"/> | חשתי חוסר תמיכה קל. |
| 3 | <input type="checkbox"/> | לא חשתי תמיכה ולא חוסר תמיכה. |
| 4 | <input type="checkbox"/> | חשתי תמיכה מסוימת. |
| 5 | <input type="checkbox"/> | חשתי תמיכה רבה. |

23. האם הרגשת שיש לך שליטה על הטיפול בבן משפחתך?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | חשתי חוסר שליטה מוחלט, הרגשתי שהמערכת השתלטה על המצב והכתיבה את אופן הטיפול שבן משפחתי קיבל. |
| 2 | <input type="checkbox"/> | חשתי חוסר שליטה מסוים, הרגשתי שהמערכת השתלטה על המצב והכתיבה את אופן הטיפול שבן משפחתי קיבל. |
| 3 | <input type="checkbox"/> | לא חשתי שליטה ולא חוסר שליטה. |
| 4 | <input type="checkbox"/> | חשתי כי בידי שליטה מסוימת על אופן הטיפול שבן משפחתי קיבל. |
| 5 | <input type="checkbox"/> | חשתי כי בידי שליטה טובה על אופן הטיפול שבן משפחתי קיבל. |

24. בעת קבלת ההחלטות, האם עמד לרשותך זמן מספק להביע את חששותיך ולקבל מענה לשאלותיך?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | הזמן שעמד לרשותי היה בלתי מספק לחלוטין. |
| 2 | <input type="checkbox"/> | הזמן שעמד לרשותי היה מעט בלתי מספק. |
| 3 | <input type="checkbox"/> | הזמן שעמד לרשותי היה מספק. |
| 4 | <input type="checkbox"/> | הזמן שעמד לרשותי היה מעט יותר מהנדרש. |
| 5 | <input type="checkbox"/> | הזמן שעמד לרשותי היה יותר מהנדרש באופן משמעותי. |

במידה ובן משפחתך נפטר במהלך השעות בטיפול נמרץ, נא להשיב על השאלות הבאות (25-27). במידה ובן משפחתך לא נפטר, נא לעבור לשאלה 28

25. מה מבין ההיגדים הבאים משקף במידה הרבה ביותר את דעותיך?

- 1 הרגשתי שהאריכו מאוד את חייו של בן משפחתי שלא לצורך.
- 2 הרגשתי שהאריכו במידה מסוימת את חייו של בן משפחתי שלא לצורך.
- 3 הרגשתי שלא האריכו ולא קיצרו את חייו של בן משפחתי שלא לצורך.
- 4 הרגשתי שקיצרו את חייו במידה מסוימת של בן משפחתי שלא לצורך.
- 5 הרגשתי שקיצרו מאוד את חייו של בן משפחתי שלא לצורך.

26. במהלך השעות האחרונות לחייו של בן משפחתך, מה מבין ההיגדים הבאים משקף במידה הרבה ביותר את דעותיך?

- 1 הרגשתי שהוא מאוד לא נינוח.
- 2 הרגשתי שהוא מעט לא נינוח.
- 3 הרגשתי שהוא די נינוח.
- 4 הרגשתי שהוא מאוד נינוח.
- 5 הרגשתי שהוא נינוח לחלוטין.

27. במהלך השעות האחרונות לפני מות בן משפחתך, מה מבין ההיגדים הבאים משקף במידה הרבה ביותר את דעותיך?

- 1 הרגשתי נטוש מאוד על ידי הצוות הרפואי.
- 2 הרגשתי נטוש על ידי הצוות הרפואי.
- 3 לא הרגשתי נטוש או נתמך בידי הצוות הרפואי.
- 4 הרגשתי תמיכה מהצוות הרפואי.
- 5 הרגשתי תמיכה רבה מהצוות הרפואי.

28. האם יש לך הצעות איך לשפר את טיפול המוגש בטיפול נמרץ?

29. האם יש הערות לגבי דברים שעשינו היטב?

30. האם יש לך הצעות כיצד אנחנו יכולים לשפר את חווית האשפוז בטיפול נמרץ עבורך ועבור בן משפחתך?

נתונים דמוגרפיים:

נא מלא את הפרטים הבאים על מנת לעזור לנו לדעת מעט על הקשר בינך לבין המטופל.

1. אני: זכר נקבה אחר

2. אני בן / בת _____ שנים.

3. ביחס למטופל אני:

<input type="checkbox"/>	אישה	<input type="checkbox"/>	בעל	<input type="checkbox"/>	בן/בת-זוג
<input type="checkbox"/>	אם	<input type="checkbox"/>	אב	<input type="checkbox"/>	אחות
<input type="checkbox"/>	בת	<input type="checkbox"/>	בן	<input type="checkbox"/>	אחר (נא לפרט): _____

4. לפני האירוע הנוכחי, האם היית מעורב בתור בן משפחה של מטופל בטיפול נמרץ (יחידת טיפול נמרץ)?
 כן לא

5. האם אתה חי כרגע עם המטופל? כן לא
במידה ולא, באיזו תדירות אתה רואה את המטופל?

יותר מפעם בשבוע פעם בשבוע פעם בחודש פעם בשנה פחות מפעם בשנה

6. היכן אתה מתגורר?
 בעיר או היישוב בו ממוקם בית החולים מחוץ ליישוב בו ממוקם בית החולים

7. מה מהבאים מתאר בצורה הטובה ביותר את רמת השכלתך?

- לא סיימתי לימודים על-יסודיים או תיכונים
- סיימתי לימודים על-יסודיים או תיכונים
- השכלה אוניברסיטאית כלשהי או השלמת תכנית לימודים במכללה, בית-ספר טכני או תכנית ללימודים על-תיכונים
- תואר ראשון
- תואר שני ומעלה

אנו מודים לך מאוד שהקדשת מזמנך להשתתף ולחלוק את דעותיך.