

ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit; FS-ICU (24)

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุดในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) ของสมาชิกครอบครัวของท่าน

เนื่องจากสมาชิกครอบครัวของท่านเคยเป็นผู้ป่วยในไอซียูแห่งนี้ และท่านได้ถูกบันทึกชื่อในฐานะญาติที่ใกล้ชิดที่สุดหรือญาติสายตรง คำถามด้านล่างนี้ จะสอบถาม “ท่าน” เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุดในไอซียูของสมาชิกครอบครัวของท่าน เราเข้าใจเป็นอย่างดีว่าอาจจะมีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ หลายคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสมาชิกครอบครัวของท่าน อีกทั้งยังอาจมีข้อจำกัดในบางกรณี อย่างไรก็ตาม เราสนใจที่จะรับฟัง “การประเมินในภาพรวมของท่าน” ต่อคุณภาพของการดูแลรักษาที่เราได้ให้ไว้ ทั้งนี้ทางเราตระหนักว่าท่านและสมาชิกครอบครัวของท่านอาจจะกำลังเผชิญช่วงเวลาแห่งความยากลำบาก เราจึงใคร่ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง หากท่านจะกรุณาสละเวลากรอกแบบสอบถามฉบับนี้ เพื่อบอกให้เราทราบถึงสิ่งที่เราทำได้ดีแล้วหรือข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุงในอนาคต ท่านสามารถมั่นใจได้ว่าข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ แพทย์และพยาบาลที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวท่านจะไม่สามารถระบุที่มาของคำตอบที่ได้จากการทำแบบสอบถามครั้งนี้

ข้อมูลทั่วไป:

กรุณากรอกคำตอบด้านล่างนี้เพื่อช่วยให้เราเข้าใจเกี่ยวกับตัวท่านและความสัมพันธ์ของท่านต่อผู้ป่วยพลั้งเขบ

1. ข้าพเจ้าเป็น: ผู้ชาย / ผู้หญิง
2. ข้าพเจ้าอายุ: _____ ปี
3. ข้าพเจ้ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ:
 ภรรยา สามี คู่รัก
 มารดา บิดา พี่สาว / น้องสาว พี่ชาย / น้องชาย
 บุตรสาว บุตรชาย อื่น ๆ (โปรดระบุ) : _____
4. ก่อนหน้าเหตุการณ์ครั้งล่าสุดนี้ เคยมีสมาชิกครอบครัวของท่านเป็นผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) หรือไม่
 เคย ไม่เคย
5. ท่านพักอาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
หากไม่ใช่ ท่านได้พบเจอกับผู้ป่วยบ่อยแค่ไหน โดยเฉลี่ย
 มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง เดือนละครั้ง ปีละครั้ง น้อยกว่าปีละครั้ง
6. ท่านพักอาศัยอยู่ที่ใด
 ในตัวเมืองที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ นอกตัวเมือง

เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

ส่วนที่ 1: ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วย

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวในแต่ละข้อ หากคำถามข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลของสมาชิกในครอบครัวของท่าน กรุณาเลือกช่องที่ระบุว่า “ไม่มีความเห็น”

	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พอใช้	แย่	ไม่มี ความเห็น
เราให้การดูแลสมาชิกครอบครัวของท่าน (ในฐานะผู้ป่วย) อย่างไร 1. ความเป็นห่วงเป็นใยและความใส่ใจของทีมผู้ให้การรักษาในไอซียู: ความสุภาพ ความเคารพ และความเห็นอกเห็นใจที่มีต่อสมาชิกครอบครัวของท่าน (ในฐานะผู้ป่วย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การดูแลอาการผู้ป่วย: ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูได้ประเมินและให้การดูแลอาการสมาชิกครอบครัวของท่านได้ดีเพียงใด 2. ความเจ็บปวด 3. หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก 4. ความกระวนกระวาย / กระสับกระส่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เราให้การดูแลท่าน (ในฐานะญาติผู้ป่วย) อย่างไร 5. การคำนึงถึงความต้องการของท่าน: ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูแสดงความสนใจต่อความต้องการของท่านได้ดีเพียงใด 6. การประคับประคองด้านอารมณ์: ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูให้การประคับประคองด้านอารมณ์แก่ท่านได้ดีเพียงใด 7. การประสานงานกันในด้านการดูแลรักษา: ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูทำงานร่วมกันเพื่อดูแลสมาชิกครอบครัวของท่านได้ดีเพียงใด 8. ความเป็นห่วงเป็นใยและความใส่ใจของทีมผู้ให้การรักษาในไอซียู: ความสุภาพ ความเคารพ และความเห็นอกเห็นใจที่มีต่อท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

ทีมพยาบาล	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พอใช้	แย่	ไม่มี ความเห็น
9. ทักษะและความชำนาญของทีมพยาบาลไอซียู: ทีมพยาบาลไอซียูให้การดูแลสมาชิกครอบครัวของท่านได้ดี เพียงใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ความถี่ของการสื่อสารกับทีมพยาบาลไอซียู: ทีมพยาบาลไอซียูได้สนทนากับท่านเกี่ยวกับอาการของ สมาชิกครอบครัวของท่านบ่อยเพียงใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ทีมแพทย์ (แพทย์ทุกท่าน รวมถึงแพทย์ประจำบ้าน)	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พอใช้	แย่	ไม่มี ความเห็น
11. ทักษะและความชำนาญของทีมแพทย์ไอซียู: ทีมแพทย์ไอซียูให้การดูแลสมาชิกครอบครัวของท่านได้ดี เพียงใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ห้องไอซียู	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พอใช้	แย่	ไม่มี ความเห็น
12. บรรยากาศของไอซียูเป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ที่พักรับรองญาติ	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พอใช้	แย่	ไม่มี ความเห็น
13. บรรยากาศของที่พักรับรองญาติของไอซียูเป็น อย่างไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ผู้ป่วยบางท่านต้องการการรักษาทุกสิ่งทุกอย่าง ในขณะที่บางท่านไม่ต้องการการรักษาอะไรมากมาย ท่านมีความพึงพอใจเพียงใดต่อระดับหรือ<u>ความมาก น้อย</u>ของการรักษาพยาบาลที่สมาชิกครอบครัวของท่าน ได้รับจากทีมงานไอซียู	ไม่พอใจ มาก <input type="checkbox"/>	ไม่พอใจ เล็กน้อย <input type="checkbox"/>	พอใจ <input type="checkbox"/>	พอใจมาก <input type="checkbox"/>	พอใจ ที่สุด <input type="checkbox"/>
--	--	---	----------------------------------	-------------------------------------	--

เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

ส่วนที่ 2: ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถามสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยระยะวิกฤต

แบบสอบถามในส่วนนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินว่าท่านรู้สึกอย่างไรต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสมาชิกครอบครัวของท่าน ซึ่งอาจจะได้รับการดูแลจากผู้ให้การรักษาหลายๆ ฝ่ายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) ในขณะที่ท่านตอบคำถามในส่วนนี้ เราใคร่ขอให้ท่านระลึกถึงภาพรวมของการดูแลรักษาที่สมาชิกครอบครัวของท่านได้รับ

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลรักษา	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พอใช้	แย่	ไม่มี ความเห็น
1. ความถี่ของการสื่อสารกับทีมแพทย์ไอซียู: ทีมแพทย์ไอซียูได้สนทนากับท่านเกี่ยวกับอาการของสมาชิกครอบครัวของท่านบ่อยเพียงใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความสะดวกในการได้รับข้อมูล: ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูมีความเต็มใจในการตอบคำถามของท่านมากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ความเข้าใจในการให้ข้อมูล: ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูสามารถให้คำอธิบายที่ช่วยให้ท่านเข้าใจได้มากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ความซื่อสัตย์ของข้อมูล: ทีมผู้ให้การรักษาให้ข้อมูลกับท่านเกี่ยวกับอาการของสมาชิกครอบครัวของท่านอย่างซื่อสัตย์มากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ความสมบูรณ์ของข้อมูล: ทีมผู้ให้การรักษาในไอซียูแจ้งให้ท่านทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และเหตุผลที่ต้องทำสิ่งต่าง ๆ แก่สมาชิกครอบครัวของท่านได้ดีเพียงใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ความสอดคล้องของข้อมูล: แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในไอซียูให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของสมาชิกครอบครัวของท่านได้เป็นไปในทิศทางเดียวกันมากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

กระบวนการของการตัดสินใจ

ในระหว่างที่สมาชิกครอบครัวของท่านเข้ารับการรักษาในไอซียู มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่สำคัญหลายครั้ง คำถามด้านล่างนี้ ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ

7. ท่านรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจหรือไม่

- ข้าพเจ้ารู้สึกว่าถูกกีดกันจากกระบวนการตัดสินใจอย่างมาก
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่าถูกกีดกันจากกระบวนการตัดสินใจบ้าง
- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่า ทั้งได้เข้าร่วม หรือถูกกีดกันจากกระบวนการตัดสินใจ
- ข้าพเจ้ารู้สึกได้เข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจบ้าง
- ข้าพเจ้ารู้สึกได้เข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจอย่างมาก

8. ท่านรู้สึกว่า ได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจในระหว่างกระบวนการตัดสินใจหรือไม่

- ข้าพเจ้ารู้สึกถูกละเลยโดยตลอด ในระหว่างกระบวนการตัดสินใจ
- ข้าพเจ้ารู้สึกถูกละเลยบ้าง ในระหว่างกระบวนการตัดสินใจ
- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่า ทั้งถูกละเลย หรือได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจระหว่างกระบวนการตัดสินใจ
- ข้าพเจ้ารู้สึกได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจระหว่างการตัดสินใจ
- ข้าพเจ้ารู้สึกได้รับการสนับสนุนทางจิตใจอย่างมากในระหว่างกระบวนการตัดสินใจ

9. ท่านรู้สึกว่า ท่านมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาสมาชิกครอบครัวของท่านหรือไม่

- ข้าพเจ้ารู้สึกว่า ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเลย โดยที่โรงพยาบาลและทีมผู้ให้การรักษาเป็นผู้ตัดสินใจแทน
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่า ไม่ค่อยมีอำนาจในการตัดสินใจ โดยที่โรงพยาบาลและทีมผู้ให้การรักษาเป็นผู้ตัดสินใจแทน
- ข้าพเจ้าไม่ได้รู้สึกว่า มีอำนาจ หรือไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่า มีอำนาจในการตัดสินใจบ้าง
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่า มีอำนาจในการตัดสินใจเป็นอย่างดี

10. ในขณะที่ทำการตัดสินใจ ท่านมีเวลาเพียงพอที่จะชี้แจงข้อกังวล และได้รับคำตอบจากคำถามที่สงสัยหรือไม่

- ข้าพเจ้าต้องการเวลามากกว่านี้
- ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอแล้ว

หากสมาชิกครอบครัวของท่านเสียชีวิตในระหว่างเข้ารับการรักษาในไอซียู กรุณาตอบคำถาม ข้อ 11-13 (หากสมาชิกครอบครัวของท่านไม่ได้เสียชีวิต กรุณาข้ามไปตอบข้อ 14)

เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

11. ตัวเลือกใดต่อไปนี้แสดงถึงความคิดเห็นของท่านได้ดีที่สุด

- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับการยืดระยะเวลาการเสียชีวิตอย่างไม่สมควร
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับการยืดระยะเวลาการเสียชีวิตอย่างไม่สมควรเล็กน้อย
- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับการยืดระยะเวลาการเสียชีวิต หรือเสียชีวิตเร็วเกินไปอย่างไม่สมควร
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวเสียชีวิตเร็วเกินไปอย่างไม่สมควรเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวเสียชีวิตเร็วเกินไปอย่างไม่สมควร

12. ในช่วงไม่กี่ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิตของสมาชิกครอบครัวของท่าน ตัวเลือกใดต่อไปนี้แสดงถึงความคิดเห็นของท่านได้ดีที่สุด

- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับความไม่สุขสงบเป็นอย่างมาก
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับความไม่สุขสงบเพียงเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวค่อนข้างสุขสงบ
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับความสุขสงบเป็นอย่างมาก
- ข้าพเจ้ารู้สึกว่ สมาชิกครอบครัวได้รับความสุขสงบอย่างที่สุด

13. ระหว่าง 2-3 ชั่วโมงสุดท้ายก่อนที่สมาชิกครอบครัวของท่านจะเสียชีวิต ตัวเลือกใดต่อไปนี้แสดงถึงความคิดเห็นของท่านได้ดีที่สุด

- ข้าพเจ้ารู้สึกถูกทอดทิ้งโดยทีมผู้ให้การรักษาอย่างมาก
- ข้าพเจ้ารู้สึกถูกทอดทิ้งโดยทีมผู้ให้การรักษาบ้าง
- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกทั้งถูกทอดทิ้ง หรือได้รับการประคับประคองโดยทีมผู้ให้การรักษา
- ข้าพเจ้ารู้สึกได้รับการประคับประคองโดยทีมผู้ให้การรักษาบ้าง
- ข้าพเจ้ารู้สึกได้รับการประคับประคองโดยทีมผู้ให้รักษาอย่างมาก

เราปฏิบัติต่อท่านอย่างไร
ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวของท่านที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอซียู)

14. ท่านมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในไอซียูให้ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร

15. ท่านมีความคิดเห็นว่ามีผู้ให้การรักษาทำอะไรดีแล้วบ้าง

16. กรุณาให้ความเห็นหรือคำแนะนำเพิ่มเติม ที่ท่านคิดว่ามีประโยชน์ต่อทีมผู้ให้การรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักแห่งนี้

เราขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านให้ความร่วมมือตอบคำถาม และนำเสนอความคิดเห็นของท่าน กรุณานำแบบสอบถามที่กรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้วส่งคืนให้เจ้าหน้าที่ไอซียู หรือนำใส่ในซองจดหมายที่ระบุชื่อ ที่อยู่ และติดแสตมป์ตามที่แนบมานี้ แล้วส่งกลับทางไปรษณีย์ หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์โดยเร็วที่สุด