

居家照護經驗： 針對家庭照護者的 幾個問題

正在進行一項重要計劃，其目的是增進我們與家庭照護者的合作關係。作為該計劃的一部份，我們想請您填寫這份問卷，因為當您家人接受照護機構所提供的服務時，您密切地參與其中。您的回答將幫助我們改善對病人的居家照護服務從開始到結束的流程。

本問卷著重在您個人的想法，而不是您正在接受服務的親友的想法。答案無所謂對或錯。請選擇最接近您整體經驗的答案。如果問題與您的經驗不符，或者您不知道答案，只要圈選或按一下「不知道」或「不相關」即可。每個部份的最後都有一些空白處，您可在此加上任何意見或解釋您的回答。*完成問卷大約需要 10分鐘。*

您不必提供姓名或任何身份資訊。您所提報的任何問題都不會影響您家人目前或未來的醫療照護。

本問卷由United Hospital Fund 設計，是*Next Step in Care*活動的一部份。United Hospital Fund 是一個非營利性的研究及健康政策制訂機構。您可以至www.nextstepincare.org查詢更多的資訊。該網站也提供您更多的方法及指南，以幫助您規劃家人的轉院事宜。舉例來說，它會告訴您當病人從醫院轉移至復健中心或療養院時，通常會遇到什麼情況。

感謝您填寫這份問卷。您的意見將繼續幫助我們為病人提供更好的照護，同時為家庭照護者提供更好的支持。

照護者的背景

1. 我是病人的 (您與家人的關係) (單選)

- 配偶/伴侶 父母 兒女
 其他親屬 朋友 其他：_____

2. 我的家人是從以下機構出院之後開始接受居家照護服務：

- 醫院 療養院的復健單位或復健中心 其他 _____

3. 我家人的年齡：_____ 歲。

意見：

A. 資訊

1. 當我家人開始接受居家照護服務時，我得到：

	是	否	不知道	» 不相關
a) 一個每週7天、24小時的電話號碼，讓我有問題可以隨時撥打	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 一張我家人需要的用品和/或器材清單，以及如何取得這些物品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 即將提供的服務項目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 居家照護將持續多久的評估	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 有關保險會承保哪些項目的解釋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) 會有哪些人員到家中，而這些人該做些什麼的資訊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. 資訊 (續)

	是	否	不知道	不相關
g) 一份隱私權聲明，上面清楚說明除非我家人反對，否則工作人員可以向我提供醫療資訊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) 一份聲明認同我對家人照護和健康的重要性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 有關我能使用的服務和資源訊息 (例如支援服務、喘息照護、交通接送等等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

意見：

B. 身為照護者所需具備的條件

2. 居家照護機構問過我有關：

	是	否	不知道	不相關
a) 是否具有照護所需的技巧和能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 是否感覺自在並有把握做好這些工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 當家人需要照護時是否有空	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

意見：

C. 服務

3. 居家照護機構人員確認過我是否：

	是	否	不知道	不相關
a) 知道家人的病情和預後診斷狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 知道該機構將提供哪些服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 知道護士、治療師或助理何時會到家裡來	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 知道我可以隨時提問	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 得到有關藥物使用、器材使用等等的說明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) 拿到一個緊急聯絡電話號碼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

意見：

D. 溝通

4. 為了幫助我了解各項指示，我得到：

	是	否	不知道	不相關
a) 我能理解的醫療資訊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 中文書面資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 必要時的專業口譯服務 (會說中文的人)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. 溝通 (續)

意見：

E. 訓練

5. 居家照護機構教過我如何：

	是	否	不知道	不相關
a) 管理藥物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 觀察並回報病人的病況變化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 在必要時操作醫療器材	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 了解我的家人應該吃哪些食物和做多少運動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 辨別緊急狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) 了解在看診時應該帶哪些東西，以及應該和醫生討論哪 些事情	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

意見：

F. 照護計畫的變更

6. 當照護計畫內容變更時，有人告訴過我：

	是	否	不知道	不相關
a) 為什麼要做這些變更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 何時開始變更				

意見：

G. 當居家照護結束時

7. 在居家照護結束之前，居家照護機構人員：

	是	否	不知道	不相關
a) 告訴過我他們的服務和家訪將何時停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 告訴過我如有需要，該如何獲得其他照護服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 給了我有關飲食、活動和症狀管理的指示	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 給了我一位聯絡人員的姓名和電話號碼，讓我可以隨時打電話詢問任何問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 告訴過我何時應與醫生預約看診時間，以及看診時應帶哪些東西	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) 給了我一些對我自己有幫助的社區資源訊息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

意見：

H. 滿意度

8. 整體來說，我對居家照護機構所提供的訓練、支持和資訊感到滿意。

非常同意	同意	無意見 ◀	不同意	非常不同意	不知道/ 不相關
<input type="checkbox"/>					

9. 根據我這次的經驗，我會向別人推薦這所居家照護機構。

非常 同意	同意	無意見 ◀	不同意	非常不同意	不知道/ 不相關
<input type="checkbox"/>					