

CAHPS® 安宁疗护问卷调查

请根据患者从以下安宁疗护机构所得到的服务回答下列调查问题:

[NAME OF HOSPICE]

在此问卷中所有的问题都与这个安宁疗护机构的经验有关.

如果您想知道更多有关此问卷的信息, 请打免费电话 [TOLL FREE NUMBER]. 所有打到这个号码的电话都是免费的.

OMB# 0938-1257

2020年12月31日到期

患者名字已列在问卷调查的首页，请将此问卷交给您家中最了解患者所接受到安宁疗护的人

问卷填写指南

- ◆ 此问卷需用深色的笔填写.
- ◆ 请直接在选项前面的方框内画“X”作为回答，如下所示：
 - 是
 - 否
- ◆ 调查中有些地方会提示您跳过一些问题.在这种情况下，您会看到一个箭头，旁边的提示信息会告诉您接下来要回答哪个问题，如下所示：
 - 是 → 如果选择“是”，请跳至问题 1
 - 否

安宁疗护患者

1. 您与调查问卷附件中所列的患者是什么关系？

- 1 我的配偶或伴侣
- 2 我的父母
- 3 我的岳母（婆婆）或岳父（公公）
- 4 我的（外）祖父/母
- 5 我的姑姑（姨妈）或叔叔（舅舅）
- 6 我的姐妹或兄弟
- 7 我的孩子
- 8 我的朋友
- 9 其他（请用正楷填写）：

2. 在此次问卷调查中,词语“家属”是指在问卷调查的首页中所列之患者.您的家属在什么地方接受了该机构的安宁疗护服务？请选择一项或多项.

- 1 家
- 2 辅助生活机构
- 3 疗养院
- 4 医院
- 5 安宁疗护机构/瞻养院
- 6 其他（请用正楷填写）：

您的角色

3. 在您的家属接受安宁疗护期间，您有多少机会参与或监督安宁疗护？

- 1 从未 → 如果选择“从未”，请跳至问题 41
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

您的家属的安宁疗护

在回答问卷中所有问题的时候，请只考虑您的家属在本调查问卷附件中所列的安宁疗护机构的经验。

4. 在此问卷中，安宁疗护小组包括所有护士、医生、社工、灵性辅导员以及其他曾经向您的家属提供安宁疗护的人。在您的家属接受安宁疗护期间您是否曾需要在夜间、周末或假日里联络安宁疗护小组，对家属的护理提出问题或者寻求帮助呢？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 6

5. 在夜间、周末或假日里，您多常能从安宁疗护小组那里得到所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

6. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组多常会通知您他们将何时到场来照料您的家属？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

7. 在您的家属接受安宁疗护期间，当您或者您的家属向安宁疗护小组求助的时候，多常能立即得到所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

8. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组有多经常能用清晰易懂的方式向您解释事情？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

9. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组多经常会通知您让您了解您家属的情况？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

10. 在您的家属接受安宁疗护期间，对于您家属的状况或护理情况，安宁疗护小组的成员有多常提供您令人困惑或相互矛盾的信息？

- 1 从未
2 有时
3 经常
4 总是

11. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组有多常以有尊严和尊重的态度对待您的家属？

- 1 从未
2 有时
3 经常
4 总是

12. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组有多常让您感到他们真的关心您的家属？

- 1 从未
2 有时
3 经常
4 总是

13. 在您的家属接受安宁疗护期间，您是否有跟安宁疗护小组讨论过任何在安宁疗护中遇到的问题？

- 1 是
2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 15

14. 在您与安宁疗护小组讨论家属的安宁疗护中出现的问题时，他们多经常会认真倾听？

- 1 从未
2 有时
3 经常
4 总是

15. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否有任何疼痛？

- 1 是
2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 17

16. 您的家属是否得到过所须的帮助以缓解他或她的疼痛？

- 1 是的，当然是
2 是的，某种程度上是
3 否

17. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否服用了任何止痛的药物？

- 1 是
2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 21

18. 止痛药物有副作用，其中包括嗜睡，安宁疗护小组是否曾与您或者您的家属讨论过止痛药物的副作用？

- 1 是的，当然是
2 是的，某种程度上是
3 否

19. 关于使用止痛药物时需要注意哪些副作用，安宁疗护小组是否提供您所需的训练？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否

20. 关于是否与何时要给您的家属服用更多剂量的止痛药物，安宁疗护小组是否提供过您所需的训练？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否
- 4 我不需要给我的家属服用任何止痛药物

21. 在您的家属接受安宁疗护期间，您的家属是否曾有过呼吸困难或者接受过呼吸困难的治疗？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 24

22. 您的家属多经常能在呼吸困难的时候得到了他或她所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

23. 关于在家属呼吸困难时如何给予帮助，安宁疗护小组是否提供过您所需的训练??

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否
- 4 我不需要帮助我的家属解决呼吸困难问题

24. 在您的家属接受安宁疗护期间，您的家属是否曾有便秘问题？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 26

25. 您的家属多经常能在遭遇便秘问题的时候得到他或她所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

26. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否曾表现出焦虑或悲伤的迹象？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问 28

27. 在您的家属感到焦虑或悲伤时，他或她有多常能从安宁疗护小组处得到所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

28. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否曾变得不安或激动？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 30

29. 关于在家属变得不安或激动时应该如何处理，安宁疗护小组是否提供过您所需的训练？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否

30. 搬动您的家属包括帮助他或她在床上翻身，或者上下床和上下轮椅等等。安宁疗护小组是否提供过您所需的训练来安全搬动您的家属呢？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否
- 4 我不需要移动我的家属

31. 关于家属濒临死亡时会发生的事，安宁疗护小组是否尽可能地向您提供了你所想要的相关信息？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否

在疗养院中得到的安宁疗护

32. 有些人是在疗养院中接受安宁疗护服务的。您的家属是否在他或她于疗养院居住期间从该安宁疗护医院接受安宁疗护服务？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 35

33. 在您的家属接受安宁疗护期间，疗养院工作人员和安宁疗护小组多经常能协调一致来照顾您的家属？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

34. 在您的家属接受安宁疗护期间，疗养院工作人员给您的信息与安宁疗护小组给您的信息不一样的情况多经常发生？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

您自己的与安宁疗护有关的经历

35. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组多经常认真听您说话？

- 1 从未
2 有时
3 经常
4 总是

36. 对宗教或灵性上的支持包括谈话、祷告、灵修或其他以满足您宗教需要或灵性需求的方式。在您的家属接受安宁疗护期间，您从安宁疗护小组得到了多少对宗教和灵性上的支持？

- 1 太少
2 适中
3 太多

37. 在您的家属接受安宁疗护期间，您从安宁疗护小组得到了多少的情感支持？

- 1 太少
2 适中
3 太多

38. 在您的家属去世后的几周，您从安宁疗护小组得到了多少情感支持？

- 1 太少
2 适中
3 太多

安宁疗护整体评分

39. 根据您的家属从问卷首页所示的安宁疗护得到的服务，回答以下问题。在回答时请不要将其他安宁疗护的服务考虑在内。

请用 0 到 10 的数字表示，0 代表最差的安宁疗护服务，10 则代表最好的安宁疗护。您会用哪个数字评价您家属的安宁疗护？

0 0 最差的安宁疗护

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

6 6

7 7

8 8

9 9

10 10 最好的安宁疗护

40. 您会向您的朋友和家人推荐该安宁疗护机构吗？

1 当然不会

2 可能不会

3 可能会

4 当然会

关于您的家属

41. 您的家属已完成的最高学校年级或最高学历是？

- 1 初中 (8年级) 或以下
- 2 上过高中，但是没有毕业
- 3 高中毕业或高中同等学历
- 4 上过大学或两年制大学学位
- 5 四年制大学毕业
- 6 四年以上大学学位
- 7 不知道

42. 您的家属是否是西班牙裔、拉丁裔、西班牙后裔或有西班牙血统？

- 1 否，不是西班牙人/西班牙裔/拉丁裔
- 2 是，是波多黎各人
- 3 是，是墨西哥人、墨西哥裔美国人或齐卡诺人
- 4 是，是古巴人
- 5 是，是其他西班牙人/西班牙裔/拉丁裔人

43. 您的家属的种族是？请选择一项或多项。

- 1 白人
- 2 黑人或非裔美国人
- 3 亚洲人
- 4 夏威夷岛原住民或其他太平洋岛民
- 5 印第安人或阿拉斯加原住民

关于您自己

44. 您的年龄是？

- 1 18 至 24
- 2 25 至 34
- 3 35 至 44
- 4 45 至 54
- 5 55 至 64
- 6 65 至 74
- 7 75 至 84
- 8 85 及以上

45. 您的性别是？

- 1 男
- 2 女

46. 您已完成的最高学校年级或最高学历是？

- 1 初中 (8年级) 或以下
- 2 上过高中，但是没有毕业
- 3 高中毕业或高中同等学历
- 4 上过大学或两年制大学学位
- 5 四年制大学毕业
- 6 四年以上大学学位

47. 您在家里主要讲哪种语言？

- 1 英语
- 2 西班牙语
- 3 中文
- 4 俄语
- 5 葡萄牙语
- 6 越南語
- 7 波兰文
- 8 韩文
- 9 其他语言（请用正楷填写）：

谢谢.

请完成填写此问卷后将其放入已付邮费的信封中寄回.

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]

CAHPS® 安宁疗护问卷调查

请根据患者从以下安宁疗护机构所得到的服务回答下列调查问题:

[NAME OF HOSPICE]

在此问卷中所有的问题都与这个安宁疗护机构的经验有关。

如果您想知道更多有关此问卷的信息, 请打免费电话 [TOLL FREE NUMBER]. 所有打到这个号码的电话都是免费的.

OMB# 0938-1257

2020年12月31日到期

患者名字已列在问卷调查的首页，请将此问卷交给您家中最了解患者所接受到安宁疗护的人

问卷填写指南

- ◆ 此问卷需用深色的笔填写。
- ◆ 请直接在选项前面的圆圈内画“X”作为回答，如下所示：
 - 是
 - 否
- ◆ 调查中有些地方会提示您跳过一些问题。在这种情况下，您会看到一个箭头，旁边的提示信息会告诉您接下来要回答哪个问题，如下所示：
 - 是 → 如果选择“是”，请跳至问题 1
 - 否

安宁疗护患者

1. 您与调查问卷附件中所列的患者是什么关系？

- 10 我的配偶或伴侣
- 20 我的父母
- 30 我的岳母（婆婆）或岳父（公公）
- 40 我的（外）祖父/母
- 50 我的姑姑（姨妈）或叔叔（舅舅）
- 60 我的姐妹或兄弟
- 70 我的孩子
- 80 我的朋友
- 90 其他（请用正楷填写）：

2. 在此次问卷调查中，词语“家属”是指在问卷调查的首页中所列之患者。您的家属在什么地方接受了该机构的安宁疗护服务？请选择一项或多项。

- 10 家
- 20 辅助生活机构
- 30 疗养院
- 40 医院
- 50 安宁疗护机构/瞻养院
- 60 其他（请用正楷填写）：

您的角色

3. 在您的家属接受安宁疗护期间，您有多少机会参与或监督安宁疗护？

- 1 0 从未 → 如果选择“从未”，请跳至问题 41
- 2 0 有时
- 3 0 经常
- 4 0 总是

您的家属的安宁疗护

在回答问卷中所有问题的时候，请只考虑您的家属在本调查问卷附件中所列的安宁疗护机构的经验。

4. 在此问卷中，安宁疗护小组包括所有护士、医生、社工、灵性辅导员以及其他曾经向您的家属提供安宁疗护的人。在您的家属接受安宁疗护期间您是否曾需要在夜间、周末或假日里联络安宁疗护小组，对家属的护理提出问题或者寻求帮助呢？

- 1 0 是
- 2 0 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 6

5. 在夜间、周末或假日里，您多常能从安宁疗护小组那里得到所需的帮助？

- 1 0 从未
- 2 0 有时
- 3 0 经常
- 4 0 总是

6. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组多常会通知您他们将何时到场来照料您的家属？

- 1 0 从未
- 2 0 有时
- 3 0 经常
- 4 0 总是

7. 在您的家属接受安宁疗护期间，当您或者您的家属向安宁疗护小组求助的时候，多常能立即得到所需的帮助？

- 1 0 从未
- 2 0 有时
- 3 0 经常
- 4 0 总是

8. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组有多经常能用清晰易懂的方式向您解释事情？

- 1 0 从未
- 2 0 有时
- 3 0 经常
- 4 0 总是

9. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组多经常会通知您让您了解您家属的情况？

- 1 0 从未
- 2 0 有时
- 3 0 经常
- 4 0 总是

10. 在您的家属接受安宁疗护期间，对于您家属的状况或护理情况，安宁疗护小组的成员有多常提供您令人困惑或相互矛盾的信息？

- 10 从未
- 20 有时
- 30 经常
- 40 总是

11. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组有多常以有尊严和尊重的态度对待您的家属？

- 10 从未
- 20 有时
- 30 经常
- 40 总是

12. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组有多常让您感到他们真的关心您的家属？

- 10 从未
- 20 有时
- 30 经常
- 40 总是

13. 在您的家属接受安宁疗护期间，您是否有跟安宁疗护小组讨论过任何在安宁疗护中遇到的问题？

- 10 是
- 20 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 15

14. 在您与安宁疗护小组讨论家属的安宁疗护中出现的问题时，他们多经常会认真倾听？

- 10 从未
- 20 有时
- 30 经常
- 40 总是

15. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否有任何疼痛？

- 10 是
- 20 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 17

16. 您的家属是否得到过所须的帮助以缓解他或她的疼痛？

- 10 是的，当然是
- 20 是的，某种程度上是
- 30 否

17. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否服用了任何止痛的药物？

- 10 是
- 20 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 21

18. 止痛药物有副作用，其中包括嗜睡，安宁疗护小组是否曾与您或者您的家属讨论过止痛药物的副作用？

- 10 是的，当然是
- 20 是的，某种程度上是
- 30 否

19. 关于使用止痛药物时需要注意哪些副作用，安宁疗护小组是否提供您所需的训练？

- 10 是的，当然是
- 20 是的，某种程度上是
- 30 否

20. 关于是否与何时要给您的家属服用更多剂量的止痛药物，安宁疗护小组是否提供过您所需的训练？

- 10 是的，当然是
- 20 是的，某种程度上是
- 30 否
- 40 我不需要给我的家属服用任何止痛药物

21. 在您的家属接受安宁疗护期间，您的家属是否曾有过呼吸困难或者接受过呼吸困难的治疗？

- 10 是
- 20 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 24

22. 您的家属多经常能在呼吸困难的时候得到了他或她所需的帮助？

- 10 从未
- 20 有时
- 30 经常
- 40 总是

23. 关于在家属呼吸困难时如何给予帮助，安宁疗护小组是否提供过您所需的训练??

- 10 是的，当然是
- 20 是的，某种程度上是
- 30 否
- 40 我不需要帮助我的家属解决呼吸困难问题

24. 在您的家属接受安宁疗护期间，您的家属是否曾有便秘问题？

- 10 是
- 20 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 26

25. 您的家属多经常能在遭遇便秘问题的时候得到他或她所需的帮助？

- 10 从未
- 20 有时
- 30 经常
- 40 总是

26. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否曾表现出焦虑或悲伤的迹象？

- 10 是
- 20 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 28

27. 在您的家属感到焦虑或悲伤时，他或她有多常能从安宁疗护小组处得到所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

28. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否曾变得不安或激动？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 30

29. 关于在家属变得不安或激动时应该如何处理，安宁疗护小组是否提供过您所需的训练？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否

30. 搬动您的家属包括帮助他或她在床上翻身，或者上下床和上下轮椅等等。安宁疗护小组是否提供过您所需的训练来安全搬动您的家属呢？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否
- 4 我不需要移动我的家属

31. 关于家属濒临死亡时会发生的事，安宁疗护小组是否尽可能地向您提供了你所想要的相关信息？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否

在疗养院中得到的安宁疗护

32. 有些人是在疗养院中接受安宁疗护服务的。您的家属是否在他或她于疗养院居住期间从该安宁疗护医院接受安宁疗护服务？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 35

33. 在您的家属接受安宁疗护期间，疗养院工作人员和安宁疗护小组多经常能协调一致来照顾您的家属？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

34. 在您的家属接受安宁疗护期间，疗养院工作人员给您的信息与安宁疗护小组给您的信息不一样的情况多经常发生？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

您自己的与安宁疗护有关的经历

35. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组多经常认真听您说话？
- 10 从未
 - 20 有时
 - 30 经常
 - 40 总是
36. 对宗教或灵性上的支持包括谈话、祷告、灵修或其他以满足您宗教需要或灵性需求的方式。在您的家属接受安宁疗护期间，您从安宁疗护小组得到了多少对宗教和灵性上的支持？
- 10 太少
 - 20 适中
 - 30 太多
37. 在您的家属接受安宁疗护期间，您从安宁疗护小组得到了多少的情感支持？
- 10 太少
 - 20 适中
 - 30 太多
38. 在您的家属去世后的几周，您从安宁疗护小组得到了多少情感支持？
- 10 太少
 - 20 适中
 - 30 太多

安宁疗护整体评分

39. 根据您的家属从问卷首页所示的安宁疗护得到的服务，回答以下问题。在回答时请不要将其他安宁疗护的服务考虑在内。

请用 0 到 10 的数字表示，0 代表最差的安宁疗护服务，10 则代表最好的安宁疗护。您会用哪个数字评价您家属的安宁疗护？

00 0 最差的安宁疗护

10 1

20 2

30 3

40 4

50 5

60 6

70 7

80 8

90 9

100 10 最好的安宁疗护

40. 您会向您的朋友和家人推荐该安宁疗护机构吗？

10 当然不会

20 可能不会

30 可能会

40 当然会

关于您的家属

41. 您的家属已完成的最高学校年级或最高学历是?

- 1 初中 (8年级) 或以下
- 2 上过高中, 但是没有毕业
- 3 高中毕业或高中同等学历
- 4 上过大学或两年制大学学位
- 5 四年制大学毕业
- 6 四年以上大学学位
- 7 不知道

42. 您的家属是否是西班牙裔、拉丁裔、西班牙后裔或有西班牙血统?

- 1 否, 不是西班牙人/西班牙裔/拉丁裔
- 2 是, 是波多黎各人
- 3 是, 是墨西哥人、墨西哥裔美国人或齐卡诺人
- 4 是, 是古巴人
- 5 是, 是其他西班牙人/西班牙裔/拉丁裔人

43. 您的家属的种族是? 请选择一项或多项.

- 1 白人
- 2 黑人或非裔美国人
- 3 亚洲人
- 4 夏威夷岛原住民或其他太平洋岛民
- 5 印第安人或阿拉斯加原住民

关于您自己

44. 您的年龄是?

- 1 18 至 24
- 2 25 至 34
- 3 35 至 44
- 4 45 至 54
- 5 55 至 64
- 6 65 至 74
- 7 75 至 84
- 8 85 及以上

45. 您的性别是?

- 1 男
- 2 女

46. 您已完成的最高学校年级或最高学历是？

- 1 初中 (8年级) 或以下
- 2 上过高中，但是没有毕业
- 3 高中毕业或高中同等学历
- 4 上过大学或两年制大学学位
- 5 四年制大学毕业
- 6 四年以上大学学位

47. 您在家里主要讲哪种语言？

- 1 英语
- 2 西班牙语
- 3 中文
- 4 俄语
- 5 葡萄牙语
- 6 越南語
- 7 波兰文
- 8 韩文
- 9 其他语言（请用正楷填写）：

谢谢.

请完成填写此问卷后将其放入已付邮费的信封中寄回.

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]

CAHPS® 安宁疗护问卷调查

请根据患者从以下安宁疗护机构所得到的服务回答下列调查问题:

[NAME OF HOSPICE]

在此问卷中所有的问题都与这个安宁疗护机构的经验有关。

如果您想知道更多有关此问卷的信息, 请打免费电话 [TOLL FREE NUMBER]. 所有打到这个号码的电话都是免费的.

OMB# 0938-1257

2020年12月31日到期

患者名字已列在问卷调查的首页，请将此问卷交给您家中最了解患者所接受到安宁疗护的人

问卷填写指南

- ◆ 此问卷需用深色的笔填写。
- ◆ 请直接在选项前面的圆圈内画“X”作为回答，如下所示：
 - 是
 - 否
- ◆ 调查中有些地方会提示您跳过一些问题。在这种情况下，您会看到一个箭头，旁边的提示信息会告诉您接下来要回答哪个问题，如下所示：
 - 是 → 如果选择“是”，请跳至问题 1
 - 否

安宁疗护患者

1. 您与调查问卷附件中所列的患者是什么关系？

- 1 我的配偶或伴侣
- 2 我的父母
- 3 我的岳母（婆婆）或岳父（公公）
- 4 我的（外）祖父/母
- 5 我的姑姑（姨妈）或叔叔（舅舅）
- 6 我的姐妹或兄弟
- 7 我的孩子
- 8 我的朋友
- 9 其他（请用正楷填写）：

2. 在此次问卷调查中，词语“家属”是指在问卷调查的首页中所列之患者。您的家属在什么地方接受了该机构的安宁疗护服务？请选择一项或多项。

- 1 家
- 2 辅助生活机构
- 3 疗养院
- 4 医院
- 5 安宁疗护机构/瞻养院
- 6 其他（请用正楷填写）：

您的角色

3. 在您的家属接受安宁疗护期间，您有多少机会参与或监督安宁疗护？

- 1 从未 → 如果选择“从未”，请跳至问题 41
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

您的家属的安宁疗护

在回答问卷中所有问题的时候，请只考虑您的家属在本调查问卷附件中所列的安宁疗护机构的经验。

4. 在此问卷中，安宁疗护小组包括所有护士、医生、社工、灵性辅导员以及其他曾经向您的家属提供安宁疗护的人。在您的家属接受安宁疗护期间您是否曾需要在夜间、周末或假日里联络安宁疗护小组，对家属的护理提出问题或者寻求帮助呢？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 6

5. 在夜间、周末或假日里，您多常能从安宁疗护小组那里得到所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

6. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组多常会通知您他们将何时到场来照料您的家属？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

7. 在您的家属接受安宁疗护期间，当您或者您的家属向安宁疗护小组求助的时候，多常能立即得到所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

8. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组有多经常能用清晰易懂的方式向您解释事情？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

9. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组多经常会通知您让您了解您家属的情况？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

10. 在您的家属接受安宁疗护期间，对于您家属的状况或护理情况，安宁疗护小组的成员有多常提供您令人困惑或相互矛盾的信息？

- 1 从未
 2 有时
 3 经常
 4 总是

11. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组有多常以有尊严和尊重的态度对待您的家属？

- 1 从未
 2 有时
 3 经常
 4 总是

12. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组有多常让您感到他们真的关心您的家属？

- 1 从未
 2 有时
 3 经常
 4 总是

13. 在您的家属接受安宁疗护期间，您是否有跟安宁疗护小组讨论过任何在安宁疗护中遇到的问题？

- 1 是
 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 15

14. 在您与安宁疗护小组讨论家属的安宁疗护中出现的问题时，他们多经常会认真倾听？

- 1 从未
 2 有时
 3 经常
 4 总是

15. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否有任何疼痛？

- 1 是
 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 17

16. 您的家属是否得到过所须的帮助以缓解他或她的疼痛？

- 1 是的，当然是
 2 是的，某种程度上是
 3 否

17. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否服用了任何止痛的药物？

- 1 是
 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 21

18. 止痛药物有副作用，其中包括嗜睡，安宁疗护小组是否曾与您或者您的家属讨论过止痛药物的副作用？

- 1 是的，当然是
 2 是的，某种程度上是
 3 否

19. 关于使用止痛药物时需要注意哪些副作用，安宁疗护小组是否提供您所需的训练？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否

20. 关于是否与何时要给您的家属服用更多剂量的止痛药物，安宁疗护小组是否提供过您所需的训练？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否
- 4 我不需要给我的家属服用任何止痛药物

21. 在您的家属接受安宁疗护期间，您的家属是否曾有过呼吸困难或者接受过呼吸困难的治疗？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 24

22. 您的家属多经常能在呼吸困难的时候得到了他或她所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

23. 关于在家属呼吸困难时如何给予帮助，安宁疗护小组是否提供过您所需的训练??

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否
- 4 我不需要帮助我的家属解决呼吸困难问题

24. 在您的家属接受安宁疗护期间，您的家属是否曾有便秘问题？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 26

25. 您的家属多经常能在遭遇便秘问题的时候得到他或她所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

26. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否曾表现出焦虑或悲伤的迹象？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问 28

27. 在您的家属感到焦虑或悲伤时，他或她有多常能从安宁疗护小组处得到所需的帮助？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

28. 在您的家属接受安宁疗护期间，他或她是否曾变得不安或激动？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 30

29. 关于在家属变得不安或激动时应该如何处理，安宁疗护小组是否提供过您所需的训练？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否

30. 搬动您的家属包括帮助他或她在床上翻身，或者上下床和上下轮椅等等。安宁疗护小组是否提供过您所需的训练来安全搬动您的家属呢？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否
- 4 我不需要移动我的家属

31. 关于家属濒临死亡时会发生的事，安宁疗护小组是否尽可能地向您提供了你所想要的相关信息？

- 1 是的，当然是
- 2 是的，某种程度上是
- 3 否

在疗养院中得到的安宁疗护

32. 有些人是在疗养院中接受安宁疗护服务的。您的家属是否在他或她于疗养院居住期间从该安宁疗护医院接受安宁疗护服务？

- 1 是
- 2 否 → 如果选择“否”，请跳至问题 35

33. 在您的家属接受安宁疗护期间，疗养院工作人员和安宁疗护小组多经常能协调一致来照顾您的家属？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

34. 在您的家属接受安宁疗护期间，疗养院工作人员给您的信息与安宁疗护小组给您的信息不一样的情况多经常发生？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

您自己的与安宁疗护有关的经历

35. 在您的家属接受安宁疗护期间，安宁疗护小组多经常认真听您说话？

- 1 从未
- 2 有时
- 3 经常
- 4 总是

36. 对宗教或灵性上的支持包括谈话、祷告、灵修或其他以满足您宗教需要或灵性需求的方式。在您的家属接受安宁疗护期间，您从安宁疗护小组得到了多少对宗教和灵性上的支持？

- 1 太少
- 2 适中
- 3 太多

37. 在您的家属接受安宁疗护期间，您从安宁疗护小组得到了多少的情感支持？

- 1 太少
- 2 适中
- 3 太多

38. 在您的家属去世后的几周，您从安宁疗护小组得到了多少情感支持？

- 1 太少
- 2 适中
- 3 太多

安宁疗护整体评分

39. 根据您的家属从问卷首页所示的安宁疗护得到的服务，回答以下问题。在回答时请不要将其他安宁疗护的服务考虑在内。

请用 0 到 10 的数字表示，0 代表最差的安宁疗护服务，10 则代表最好的安宁疗护。您会用哪个数字评价您家属的安宁疗护？

- 0 0 最差的安宁疗护
- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6
- 7 7
- 8 8
- 9 9
- 10 10 最好的安宁疗护

40. 您会向您的朋友和家人推荐该安宁疗护机构吗？

- 1 当然不会
- 2 可能不会
- 3 可能会
- 4 当然会

关于您的家属

41. 您的家属已完成的最高学校年级或最高学历是？

- 1 初中 (8年级) 或以下
- 2 上过高中，但是没有毕业
- 3 高中毕业或高中同等学历
- 4 上过大学或两年制大学学位
- 5 四年制大学毕业
- 6 四年以上大学学位
- 7 不知道

42. 您的家属是否是西班牙裔、拉丁裔、西班牙后裔或有西班牙血统？

- 1 否，不是西班牙人/西班牙裔/拉丁裔
- 2 是，是波多黎各人
- 3 是，是墨西哥人、墨西哥裔美国人或齐卡诺人
- 4 是，是古巴人
- 5 是，是其他西班牙人/西班牙裔/拉丁裔人

43. 您的家属的种族是？请选择一项或多项。

- 1 白人
- 2 黑人或非裔美国人
- 3 亚洲人
- 4 夏威夷岛原住民或其他太平洋岛民
- 5 印第安人或阿拉斯加原住民

关于您自己

44. 您的年龄是？

- 1 18 至 24
- 2 25 至 34
- 3 35 至 44
- 4 45 至 54
- 5 55 至 64
- 6 65 至 74
- 7 75 至 84
- 8 85 及以上

45. 您的性别是？

- 1 男
- 2 女

46. 您已完成的最高学校年级或最高学历是？

- 1 初中 (8年级) 或以下
- 2 上过高中，但是没有毕业
- 3 高中毕业或高中同等学历
- 4 上过大学或两年制大学学位
- 5 四年制大学毕业
- 6 四年以上大学学位

47. 您在家里主要讲哪种语言？

- 1 英语
- 2 西班牙语
- 3 中文
- 4 俄语
- 5 葡萄牙语
- 6 越南語
- 7 波兰文
- 8 韩文
- 9 其他语言（请用正楷填写）：

谢谢。

请完成填写此问卷后将其放入已付邮费的信封中寄回。

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]

Sample Initial Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

亲爱的[SAMPLED CAREGIVER NAME]:

[HOSPICE NAME]正在对患者及其家属接受的安宁疗护服务进行调查.您被抽中参加此次调查,是因为您曾是[DECEDENT NAME]的护理员.我们知道您现在心里可能很难受,但是我们希望您能帮助我们了解安宁疗护机构为您和您的家人或者朋友提供的护理质量情况.

所附的调查问题[NOTE THE QUESTION NUMBERS]是美国卫生及公共服务部(HHS)为了衡量安宁疗护机构的护理质量所倡议的一项全国调查的一部分.这项调查由HHS的下属机构联邦医疗保险及各州医疗补助服务中心(CMS)开展,目的是为了改善安宁疗护护理质量.美国大部分安宁疗护护理都由CMS支付费用,CMS有责任确保安宁疗护患者及其家属和朋友能得到优质护理服务.要履行这个责任,其中一个方法就是直接向您了解您的家属或朋友得到的安宁疗护护理情况.你的参与纯属自愿,您的健康护理或福利不受任何影响.

我们希望您能花些时间填写这项调查.填写完后,请用邮资预付的信封将它寄回给我们.您的答案可能会与安宁疗护机构分享,以便改进质量.[OPTIONAL:您可能会注意到调查问卷上有个编号.这个编号是用来告诉我们您是否寄回了调查问卷,这样我们就无需向您发送提醒.]

如果您对所附的调查有任何疑问,请拨打我们的免费电话1-800-xxx-xxxx.感谢您为改善所有消费者的安宁疗护护理所提供的帮助.

敬启

[HOSPICE ADMINISTRATOR]

[HOSPICE NAME]

Sample Follow-up Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

亲爱的[SAMPLED CAREGIVER NAME]:

我们的记录显示您最近在[HOSPICE NAME]为[DECEDENT NAME]提供了护理. 大约三周前, 我们给您发送了一份有关您和您的家人或朋友在这件安宁疗护机构所接受的护理的调查. 如果您已经将调查寄回给我们, 请接受我们的谢意, 并忽略此信. 但是如果您还没有寄出, 如果您能花些时间完成这份重要的调查问卷, 我们将不胜感激.

我们希望您能借此机会帮助我们了解您的家人或朋友所受到的护理质量情况. 这份调查的结果将用来帮助确保所有美国人都能受到最高质量的安宁疗护护理服务.

所附的调查问题[NOTE THE QUESTION NUMBERS]是美国卫生及公共服务部 (HHS) 为了衡量安宁疗护机构的护理质量所倡议的一项全国调查的一部分. 这项调查由HHS的下属机构联邦医疗保险及各州医疗补助服务中心 (CMS) 开展, 目的是为了改善安宁疗护护理质量. 美国大部分安宁疗护护理都由CMS支付费用, CMS有责任确保安宁疗护患者及其家属和朋友能得到优质护理服务. 要履行这个责任, 其中一个方法就是直接向您了解您的家属或朋友得到的安宁疗护护理情况. 你的参与纯属自愿, 您的健康护理或福利不受任何影响.

请花几分钟的时间填写所附的调查. 填写完后, 请用邮资预付的信封将它寄回给我们. 您的答案可能会与安宁疗护机构分享, 以便改进质量. [OPTIONAL: 您可能会注意到调查问卷上有个编号. 这个编号是用来告诉我们您是否寄回了调查问卷, 这样我们就无需向您发送提醒.]

如果您对所附的调查有任何疑问, 请拨打我们的免费电话1-800-xxx-xxxx. 感谢您为改善所有消费者的安宁疗护护理所提供的帮助.

敬启

[HOSPICE ADMINISTRATOR]

[HOSPICE NAME]

OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must appear in the mailing, either on the cover letter or on the front or back of the questionnaire. In addition, the OMB control number must appear on the front page of the questionnaire. The following is the language that must be used:

Simplified Chinese Version

“根据1995年削减公文法案(Paperwork Reduction Act), 除非资料收集文件附有正式的OMB号码, 任何人都无须对此类文件作出回应。这份数据收集文件的正式OMB号码是0938-1257 (2020年12月31日到期)。完成这份数据收集中1 - 40项问题“关于你的家人”及“关于你”部分所需时间估计是平均11分钟, 这包括阅读指示、查询现有数据来源、收集所需数据及完成并检查填写的数据。如果您对估计时间的准确性有任何指教或有改进本表格的建议, 请写信到: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850。”

