

## KHẢO SÁT VỀ CAHPS<sup>®</sup> HOSPICE

\*\*Hospice: Một loại dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Vui lòng trả lời các câu hỏi khảo sát về việc chăm sóc bệnh nhân đã được nhận từ Hospice này:

[NAME OF HOSPICE]

**Tất cả những câu hỏi trong cuộc khảo sát này sẽ hỏi về những trải nghiệm với Hospice.**

Nếu bạn muốn biết thêm về cuộc khảo sát này, xin vui lòng gọi vào [TOLL FREE NUMBER].  
Tất cả các cuộc gọi đến số điện thoại này là miễn phí.

OMB#0938-1257

Hết hạn vào ngày 31/12/2023

# KHẢO SÁT VỀ CAHPS® HOSPICE

## HƯỚNG DẪN KHẢO SÁT

- ◆ Xin vui lòng đưa cuộc khảo sát này cho người trong gia đình của bạn, người mà hiểu biết nhiều nhất về việc Hospice care được nhận bởi người được liệt kê trên thư xin khảo sát.
- ◆ Sử dụng cây bút màu đen để điền vào bản khảo sát.
- ◆ Đánh một dấu X trực tiếp vào bên trong ô vuông để biết phản hồi của bạn, như mẫu dưới đây:
  - Có
  - Không
- ◆ Đôi khi bạn sẽ bỏ qua một số câu hỏi trong cuộc khảo sát này. Khi điều đó xảy ra, bạn sẽ thấy một mũi tên với một lưu ý cho bạn biết những câu hỏi tiếp theo để bạn trả lời, như sau:
  - Có → Nếu có, trả lời tiếp câu hỏi 1
  - Không

### BỆNH NHÂN CỦA HOSPICE

#### 1. Bạn có quan hệ như thế nào đối với người đã được liệt kê trong thư khảo sát?

- 1  Vợ hoặc chồng của tôi
- 2  Cha/ mẹ của tôi
- 3  Cha/ mẹ vợ của tôi hoặc cha/ mẹ chồng của tôi
- 4  Ông bà nội/ngoại của tôi
- 5  Cô/chú của tôi
- 6  Anh/ chị/ em của tôi
- 7  Con của tôi
- 8  Bạn bè của tôi
- 9  Khác (vui lòng viết ra):  
\_\_\_\_\_

#### 2. Đối với cuộc điều tra này, cụm từ "thành viên gia đình" đề cập đến những người có tên trong thư khảo sát. Ở những địa điểm nào thành viên gia đình bạn được chăm sóc từ Hospice này? Vui lòng chọn một hoặc nhiều.

- 1  Nhà
- 2  Trung tâm trợ sinh
- 3  Viện dưỡng lão
- 4  Bệnh viện
- 5  Cơ sở/ viện tế bào
- 6  Khác (vui lòng viết ra):  
\_\_\_\_\_

---

## VAI TRÒ CỦA BẠN

---

3. Trong khi thành viên gia đình của bạn đang được chăm sóc của Hospice care, bạn có thường xuyên tham gia chăm sóc hoặc quan sát người thân của bạn hay không:

- <sup>1</sup>  Không bao giờ → Nếu không bao giờ, trả lời tiếp câu 41
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

---

## THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BẠN CỦA HOSPICE CARE

---

Khi bạn trả lời các câu hỏi còn lại của cuộc điều tra này, xin vui lòng chỉ nghĩ về kinh nghiệm của thành viên gia đình bạn với Hospice được đặt tên trên bì khảo sát.

4. Đối với khảo sát này, nhóm Hospice bao gồm tất cả các y tá, bác sĩ, nhân viên xã hội, giáo sĩ và những người khác, người mà cung cấp dịch vụ Hospice Care cho thành viên gia đình của bạn. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn đang được Hospice chăm sóc, bạn có cần gặp gỡ hay liên lạc với nhóm Hospice trong thời gian buổi tối, ngày nghỉ cuối tuần, hoặc ngày lễ cho những vấn đề hoặc cần giúp đỡ chăm sóc thành viên gia đình của bạn?

- <sup>1</sup>  Có
- <sup>2</sup>  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 6

5. Bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ mà bạn cần từ nhóm Hospice vào buổi tối, cuối tuần hoặc là những ngày nghỉ hay không?

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

6. Trong khi thành viên gia đình bạn đang được Hospice Care chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên thông tin cho bạn biết về việc khi nào họ sẽ đến để chăm sóc thành viên gia đình của bạn?

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

7. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice Care chăm sóc, khi bạn hay thành viên gia đình của bạn yêu cầu sự giúp đỡ từ nhóm Hospice, bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ sớm nhất như bạn cần không?

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

8. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice Care chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên giải thích những vấn đề một cách dễ hiểu không?

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

9. Trong thời gian thành viên của gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên thông báo tình trạng của thành viên gia đình bạn không?

- 1  Không bao giờ
- 2  Thỉnh thoảng
- 3  Thường thường
- 4  Luôn luôn

10. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên cung cấp cho bạn thông tin nhằm lẫn hoặc mâu thuẫn về tình trạng hay sự chăm sóc thành viên trong gia đình bạn hay không?

- 1  Không bao giờ
- 2  Thỉnh thoảng
- 3  Thường thường
- 4  Luôn luôn

11. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên đối xử tốt và tôn trọng với thành viên của gia đình bạn?

- 1  Không bao giờ
- 2  Thỉnh thoảng
- 3  Thường thường
- 4  Luôn luôn

12. Trong thời gian thành viên của gia đình bạn được Hospice chăm sóc, bạn có thường cảm thấy rằng nhóm Hospice thực sự quan tâm đến gia đình của bạn?

- 1  Không bao giờ
- 2  Thỉnh thoảng
- 3  Thường thường
- 4  Luôn luôn

13. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn đang ở Hospice care, bạn có từng nói chuyện với nhóm Hospice care về bất cứ vấn đề về thành viên gia đình bạn với Hospice care?

- 1  Có
- 2  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 15

14. Nhóm Hospice có thường xuyên lắng nghe cẩn thận khi bạn nói chuyện với họ về các vấn đề về thành viên của bạn khi đang ở Hospice care?

- 1  Không bao giờ
- 2  Thỉnh thoảng
- 3  Thường thường
- 4  Luôn luôn

15. Trong thời gian được Hospice chăm sóc, người thân của bạn có bất kỳ cơn đau nào không?

- 1  Có
- 2  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 17

16. Thành viên gia đình bạn có nhận được nhiều sự giúp đỡ khi anh ấy/ cô ấy có những cơn đau hay không?

- 1  Có, chắc chắn rồi
- 2  Có, một chút
- 3  Không

17. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, họ có nhận bất kỳ thuốc giảm đau nào không?

- 1  Có
- 2  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu hỏi 21

**18. Tác dụng phụ của thuốc giảm đau bao gồm những việc như gây buồn ngủ. Đã bất kỳ thành viên nào của nhóm Hospice thảo luận về tác dụng phụ của thuốc giảm đau với bạn hoặc thành viên gia đình của bạn?**

- 1 Có, chắc chắn rồi
- 2 Có, một chút
- 3 Không

**19. Nhóm Hospice có dạy hoặc hướng dẫn cho bạn về những tác dụng phụ của thuốc giảm đau không?**

- 1 Có, chắc chắn rồi
- 2 Có, một chút
- 3 Không

**20. Nhóm Hospice có hướng dẫn cho bạn khi đưa nhiều hơn thuốc giảm đau cho thành viên gia đình bạn hay không?**

- 1 Có, chắc chắn rồi
- 2 Có, một chút
- 3 Không
- 4 Tôi đã không cần thuốc giảm đau cho thành viên gia đình tôi

**21. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, họ có từng bị khó thở hoặc nhận được sự điều trị khi bị khó thở không?**

- 1 Có
- 2 Không → Nếu không, trả lời tiếp câu hỏi 24

**22. Thành viên gia đình của bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ khi họ cần lúc bị khó thở hay không?**

- 1 Không bao giờ
- 2 Thỉnh thoảng
- 3 Thường thường
- 4 Luôn luôn

**23. Nhóm Hospice có hướng dẫn hoặc dạy cho bạn cách xử lý khi thành viên gia đình của bạn gặp vấn đề khó thở hay không?**

- 1 Có, chắc chắn rồi
- 2 Có, một chút
- 3 Không
- 4 Tôi đã không cần trợ giúp thành viên gia đình tôi khi gặp vấn đề khó thở

**24. Trong thời gian được Hospice chăm sóc, có bao giờ thành viên gia đình bạn gặp vấn đề táo bón?**

- 1 Có
- 2 Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 26

**25. Thành viên gia đình bạn có thường xuyên nhận được sự trợ giúp hoặc họ có cần sự trợ giúp khi gặp vấn đề táo bón không?**

- 1 Không bao giờ
- 2 Thỉnh thoảng
- 3 Thường thường
- 4 Luôn luôn

26. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, họ có thể hiện bất kỳ sự lo lắng hay buồn bã nào không?

- <sup>1</sup>  Có  
<sup>2</sup>  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 28

27. Thành viên gia đình bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ hay họ cần sự giúp đỡ từ nhóm Hospice khi họ lo lắng hay khi họ buồn hay không?

- <sup>1</sup>  Không bao giờ  
<sup>2</sup>  Thỉnh thoảng  
<sup>3</sup>  Thường thường  
<sup>4</sup>  Luôn luôn

28. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, có bao giờ anh ấy/cô ấy trở nên không ngủ được hoặc bị kích động không?

- <sup>1</sup>  Có  
<sup>2</sup>  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 30

29. Nhóm Hospice có hướng dẫn cho bạn cách xử lý nếu thành viên của gia đình bạn trở nên không ngủ được hoặc bị kích động không?

- <sup>1</sup>  Có, chắc chắn rồi  
<sup>2</sup>  Có, một chút  
<sup>3</sup>  Không

30. Di chuyển thành viên gia đình bạn bao gồm những việc như giúp anh ấy/cô ấy lật người trên giường, hoặc lên xuống giường hay xe lăn. Nhóm Hospice có hướng dẫn cho bạn cách di chuyển thành viên gia đình bạn một cách toàn không?

- <sup>1</sup>  Có, chắc chắn rồi  
<sup>2</sup>  Có, một chút  
<sup>3</sup>  Không  
<sup>4</sup>  Tôi không cần dịch chuyển thành viên gia đình tôi

31. Nhóm Hospice có thông báo cho bạn nhiều thông tin như bạn muốn về những điều mong đợi khi thành viên gia đình bạn đang hấp hối?

- <sup>1</sup>  Có, chắc chắn rồi  
<sup>2</sup>  Có, một chút  
<sup>3</sup>  Không

---

## NHẬN ĐƯỢC SỰ CHĂM SÓC CỦA HOSPICE CARE TRONG VIỆN DƯỠNG LÃO

---

32. Vài người nhận được sự chăm sóc từ Hospice khi họ đang sống ở viện dưỡng lão. Gia đình bạn có nhận được chăm sóc từ Hospice này trong khi anh ấy/cô ấy đang sống ở viện dưỡng lão hay không?

- <sup>1</sup>  Có  
<sup>2</sup>  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 35

**33. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhân viên viện dưỡng lão và nhóm Hospice có thường xuyên làm việc chung để chăm sóc tốt cho thành viên gia đình bạn hay không?**

- 1 Không bao giờ
- 2 Thỉnh thoảng
- 3 Thường thường
- 4 Luôn luôn

**34. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, có bao giờ thông tin được cung cấp cho thành viên gia đình bạn từ nhân viên của viện dưỡng lão và nhóm Hospice là khác nhau không?**

- 1 Không bao giờ
- 2 Thỉnh thoảng
- 3 Thường thường
- 4 Luôn luôn

---

## KINH NGHIỆM CỦA BẢN THÂN BẠN VỚI HOSPICE

---

**35. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên lắng nghe ý kiến của bạn một cách cẩn thận không?**

- 1 Không bao giờ
- 2 Thỉnh thoảng
- 3 Thường thường
- 4 Luôn luôn

**36. Về việc hỗ trợ cho các hoạt động về tôn giáo hay tín ngưỡng tâm linh bao gồm việc trò chuyện, cầu nguyện, thời gian yên tĩnh, hoặc các hoạt động hội họp về tôn giáo và các nhu cầu tín ngưỡng. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có hỗ trợ các hoạt động về tôn giáo hay tín ngưỡng tâm linh cho bạn không?**

- 1 Rất ít
- 2 Đúng mức, vừa phải
- 3 Rất nhiều

**37. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, mức độ hỗ trợ nhiệt tình từ nhóm Hospice đối với gia đình bạn như thế nào?**

- 1 Rất ít
- 2 Đúng mức, vừa phải
- 3 Rất nhiều

**38. Trong những tuần sau khi thành viên của gia đình bạn qua đời, mức độ hỗ trợ nhiệt tình từ nhóm Hospice đối với gia đình bạn như thế nào?**

- 1 Rất ít
- 2 Đúng mức, vừa phải
- 3 Rất nhiều

## ĐÁNH GIÁ TỔNG THỂ VỀ HOSPICE CARE

39. Vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây về sự chăm sóc thành viên gia đình bạn từ Hospice được đặt tên trên bìah khảo sát. Không bao gồm sự chăm sóc từ các Hospice khác trong câu trả lời của bạn.

Sử dụng số từ 0 đến 10, số 0 thể hiện mức độ chăm sóc tệ nhất, 10 thể hiện mức độ chăm sóc tốt nhất, con số nào để bạn đánh giá mức độ chăm sóc từ Hospice cho thành viên gia đình bạn?

- 0 Hospice chăm sóc tôi tệ nhất có thể
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Hospice chăm sóc tốt nhất có thể

40. Bạn có đề xuất Hospice care này cho bạn bè và gia đình bạn không?

- 1 Chắc chắn là không
- 2 Có thể không
- 3 Có thể có
- 4 Chắc chắn là có

## THÔNG TIN THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH CỦA BẠN

41. Trình độ học vấn cao nhất của thành viên gia đình bạn đã hoàn thành là gì?

- 1 Lóp 8 hoặc thấp hơn
- 2 Trung học phổ thông, nhưng chưa tốt nghiệp phổ thông
- 3 Tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc tương đương GED
- 4 Cao đẳng hoặc Khoá học 2 năm
- 5 Tốt nghiệp cao đẳng hệ 4 năm
- 6 Tốt nghiệp cao đẳng trên 4 năm học
- 7 Không biết

42. Thành viên gia đình bạn là người Tây Ban Nha, La tinh/ hay có gốc Nam Mỹ không?

- 1 Không, không phải người Tây Ban Nha/ gốc Nam Mỹ/ người La Tinh
- 2 Phải, Puerto Rican
- 3 Phải, người Mễ Tây Cơ, người Mỹ gốc Mễ Tây Cơ, người Chicano (người gốc Mễ Tây Cơ sinh tại Mỹ)
- 4 Phải, Cuba
- 5 Phải, người Tây Ban Nha, người gốc Nam Mỹ/ La Tinh

43. Chủng tộc của thành viên gia đình bạn là gì? Vui lòng chọn một hoặc nhiều hơn.

- 1 Người da Trắng
- 2 Người da Đen hoặc người Mỹ gốc Phi
- 3 Người Châu Á
- 4 Người có nguồn gốc đảo Hawaii hay đảo khác ở Thái Bình Dương
- 5 Người có nguồn gốc từ bất cứ sắc dân bản địa nào ở Bắc Mỹ và Nam Mỹ



---

## THÔNG TIN VỀ BẠN

---

### 44. Bạn bao nhiêu tuổi?

- <sup>1</sup>  18 đến 24  
<sup>2</sup>  25 đến 34  
<sup>3</sup>  35 đến 44  
<sup>4</sup>  45 đến 54  
<sup>5</sup>  55 đến 64  
<sup>6</sup>  65 đến 74  
<sup>7</sup>  75 đến 84  
<sup>8</sup>  85 hoặc trên 85

### 45. Bạn là nam hay nữ?

- <sup>1</sup>  Nam  
<sup>2</sup>  Nữ

### 46. Trình độ học vấn cao nhất mà bạn đã hoàn thành là gì?

- <sup>1</sup>  Lớp 8 hoặc thấp hơn  
<sup>2</sup>  Trung học phổ thông, nhưng chưa tốt nghiệp  
<sup>3</sup>  Tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc GED  
<sup>4</sup>  Cao đẳng hoặc khoá học 2 năm  
<sup>5</sup>  Tốt nghiệp cao đẳng hệ 4 năm học  
<sup>6</sup>  Tốt nghiệp cao đẳng hệ trên 4 năm học

### 47. Ngôn ngữ bạn sử dụng chính để giao tiếp ở nhà là gì?

- <sup>1</sup>  Tiếng Anh  
<sup>2</sup>  Tiếng Tây Ban Nha  
<sup>3</sup>  Tiếng Trung Quốc  
<sup>4</sup>  Tiếng Nga  
<sup>5</sup>  Tiếng Bồ Đào Nha  
<sup>6</sup>  Tiếng Việt  
<sup>7</sup>  Tiếng Ba Lan  
<sup>8</sup>  Tiếng Hàn Quốc  
<sup>9</sup>  Ngôn ngữ khác (vui lòng viết ra):  
\_\_\_\_\_

---

*CHÂN THÀNH CẢM ƠN QUÝ VỊ*

Vui lòng dùng bao thư đính kèm có sẵn bưu phí và gửi trở lại bản thăm dò ý kiến sau khi trả lời đầy đủ.

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]



## KHẢO SÁT VỀ CAHPS<sup>®</sup> HOSPICE

\*\*Hospice: Một loại dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Vui lòng trả lời các câu hỏi khảo sát về việc chăm sóc bệnh nhân đã được nhận từ Hospice này:

[NAME OF HOSPICE]

**Tất cả những câu hỏi trong cuộc khảo sát này sẽ hỏi về những trải nghiệm với Hospice.**

Nếu bạn muốn biết thêm về cuộc khảo sát này, xin vui lòng gọi vào [TOLL FREE NUMBER].  
Tất cả các cuộc gọi đến số điện thoại này là miễn phí.

OMB#0938-1257

Hết hạn vào ngày 31/12/2023

# KHẢO SÁT VỀ CAHPS® HOSPICE

## HƯỚNG DẪN KHẢO SÁT

- ◆ Xin vui lòng đưa cuộc khảo sát này cho người trong gia đình của bạn, người mà hiểu biết nhiều nhất về việc Hospice care được nhận bởi người được liệt kê trên thư xin khảo sát.
- ◆ Sử dụng cây bút màu đen để điền vào bản khảo sát.
- ◆ Trả lời **tất cả** các câu hỏi bằng cách điền đầy đủ vào ô bầu dục ở phía trái câu trả lời của bạn.
  - Có
  - Không
- ◆ Đôi khi bạn sẽ bỏ qua một số câu hỏi trong cuộc khảo sát này. Khi điều đó xảy ra, bạn sẽ thấy một mũi tên với một lưu ý cho bạn biết những câu hỏi tiếp theo để bạn trả lời, như sau:
  - Có → **Nếu có, trả lời tiếp câu hỏi 1**
  - Không

### BỆNH NHÂN CỦA HOSPICE

#### 1. Bạn có quan hệ như thế nào đối với người đã được liệt kê trong thư khảo sát?

- <sup>1</sup>  Vợ hoặc chồng của tôi
- <sup>2</sup>  Cha/ mẹ của tôi
- <sup>3</sup>  Cha/ mẹ vợ của tôi hoặc cha/ mẹ chồng của tôi
- <sup>4</sup>  Ông bà nội/ngoại của tôi
- <sup>5</sup>  Cô/chú của tôi
- <sup>6</sup>  Anh/ chị/ em của tôi
- <sup>7</sup>  Con của tôi
- <sup>8</sup>  Bạn bè của tôi
- <sup>9</sup>  Khác (vui lòng viết ra):  
\_\_\_\_\_

#### 2. Đối với cuộc điều tra này, cụm từ "thành viên gia đình" đề cập đến những người có tên trong thư khảo sát. Ở những địa điểm nào thành viên gia đình bạn được chăm sóc từ Hospice này? Vui lòng chọn một hoặc nhiều.

- <sup>1</sup>  Nhà
- <sup>2</sup>  Trung tâm trợ sinh
- <sup>3</sup>  Viện dưỡng lão
- <sup>4</sup>  Bệnh viện
- <sup>5</sup>  Cơ sở/ viện tế bào
- <sup>6</sup>  Khác (vui lòng viết ra):  
\_\_\_\_\_

---

## VAI TRÒ CỦA BẠN

---

3. Trong khi thành viên gia đình của bạn đang được chăm sóc của Hospice care, bạn có thường xuyên tham gia chăm sóc hoặc quan sát người thân của bạn hay không:

<sup>1</sup>  Không bao giờ → Nếu không bao giờ, trả lời tiếp câu 41

<sup>2</sup>  Thỉnh thoảng

<sup>3</sup>  Thường thường

<sup>4</sup>  Luôn luôn

---

## THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BẠN CỦA HOSPICE CARE

---

Khi bạn trả lời các câu hỏi còn lại của cuộc điều tra này, xin vui lòng chỉ nghĩ về kinh nghiệm của thành viên gia đình bạn với Hospice được đặt tên trên bìa khảo sát.

4. Đối với khảo sát này, nhóm Hospice bao gồm tất cả các y tá, bác sĩ, nhân viên xã hội, giáo sĩ và những người khác, người mà cung cấp dịch vụ Hospice Care cho thành viên gia đình của bạn. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn đang được Hospice chăm sóc, bạn có cần gặp gỡ hay liên lạc với nhóm Hospice trong thời gian buổi tối, ngày nghỉ cuối tuần, hoặc ngày lễ cho những vấn đề hoặc cần giúp đỡ chăm sóc thành viên gia đình của bạn?

<sup>1</sup>  Có

<sup>2</sup>  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 6

5. Bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ mà bạn cần từ nhóm Hospice vào buổi tối, cuối tuần hoặc là những ngày nghỉ hay không?

<sup>1</sup>  Không bao giờ

<sup>2</sup>  Thỉnh thoảng

<sup>3</sup>  Thường thường

<sup>4</sup>  Luôn luôn

6. Trong khi thành viên gia đình bạn đang được Hospice Care chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên thông tin cho bạn biết về việc khi nào họ sẽ đến để chăm sóc thành viên gia đình của bạn?

<sup>1</sup>  Không bao giờ

<sup>2</sup>  Thỉnh thoảng

<sup>3</sup>  Thường thường

<sup>4</sup>  Luôn luôn

7. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice Care chăm sóc, khi bạn hay thành viên gia đình của bạn yêu cầu sự giúp đỡ từ nhóm Hospice, bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ sớm nhất như bạn cần không?

<sup>1</sup>  Không bao giờ

<sup>2</sup>  Thỉnh thoảng

<sup>3</sup>  Thường thường

<sup>4</sup>  Luôn luôn

8. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice Care chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên giải thích những vấn đề một cách dễ hiểu không?

<sup>1</sup>  Không bao giờ

<sup>2</sup>  Thỉnh thoảng

<sup>3</sup>  Thường thường

<sup>4</sup>  Luôn luôn

9. Trong thời gian thành viên của gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên thông báo tình trạng của thành viên gia đình bạn không?

- 1 Không bao giờ
- 2 Thỉnh thoảng
- 3 Thường thường
- 4 Luôn luôn

10. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên cung cấp cho bạn thông tin nhằm lẫn hoặc mâu thuẫn về tình trạng hay sự chăm sóc thành viên trong gia đình bạn hay không?

- 1 Không bao giờ
- 2 Thỉnh thoảng
- 3 Thường thường
- 4 Luôn luôn

11. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên đối xử tốt và tôn trọng với thành viên của gia đình bạn?

- 1 Không bao giờ
- 2 Thỉnh thoảng
- 3 Thường thường
- 4 Luôn luôn

12. Trong thời gian thành viên của gia đình bạn được Hospice chăm sóc, bạn có thường cảm thấy rằng nhóm Hospice thực sự quan tâm đến gia đình của bạn?

- 1 Không bao giờ
- 2 Thỉnh thoảng
- 3 Thường thường
- 4 Luôn luôn

13. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn đang ở Hospice care, bạn có từng nói chuyện với nhóm Hospice care về bất cứ vấn đề về thành viên gia đình bạn với Hospice care?

- 1 Có
- 2 Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 15

14. Nhóm Hospice có thường xuyên lắng nghe cẩn thận khi bạn nói chuyện với họ về các vấn đề về thành viên của bạn khi đang ở Hospice care?

- 1 Không bao giờ
- 2 Thỉnh thoảng
- 3 Thường thường
- 4 Luôn luôn

15. Trong thời gian được Hospice chăm sóc, người thân của bạn có bất kỳ cơn đau nào không?

- 1 Có
- 2 Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 17

16. Thành viên gia đình bạn có nhận được nhiều sự giúp đỡ khi anh ấy/ cô ấy có những cơn đau hay không?

- 1 Có, chắc chắn rồi
- 2 Có, một chút
- 3 Không

17. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, họ có nhận bất kỳ thuốc giảm đau nào không?

- 1 Có
- 2 Không → Nếu không, trả lời tiếp câu hỏi 21

**18. Tác dụng phụ của thuốc giảm đau bao gồm những việc như gây buồn ngủ. Đã bất kỳ thành viên nào của nhóm Hospice thảo luận về tác dụng phụ của thuốc giảm đau với bạn hoặc thành viên gia đình của bạn?**

- <sup>1</sup>  Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup>  Có, một chút
- <sup>3</sup>  Không

**19. Nhóm Hospice có dạy hoặc hướng dẫn cho bạn về những tác dụng phụ của thuốc giảm đau không?**

- <sup>1</sup>  Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup>  Có, một chút
- <sup>3</sup>  Không

**20. Nhóm Hospice có hướng dẫn cho bạn khi đưa nhiều hơn thuốc giảm đau cho thành viên gia đình bạn hay không?**

- <sup>1</sup>  Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup>  Có, một chút
- <sup>3</sup>  Không
- <sup>4</sup>  Tôi đã không cần thuốc giảm đau cho thành viên gia đình tôi

**21. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, họ có từng bị khó thở hoặc nhận được sự điều trị khi bị khó thở không?**

- <sup>1</sup>  Có
- <sup>2</sup>  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu hỏi 24

**22. Thành viên gia đình của bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ khi họ cần lúc bị khó thở hay không?**

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

**23. Nhóm Hospice có hướng dẫn hoặc dạy cho bạn cách xử lý khi thành viên gia đình của bạn gặp vấn đề khó thở hay không?**

- <sup>1</sup>  Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup>  Có, một chút
- <sup>3</sup>  Không
- <sup>4</sup>  Tôi đã không cần trợ giúp thành viên gia đình tôi khi gặp vấn đề khó thở

**24. Trong thời gian được Hospice chăm sóc, có bao giờ thành viên gia đình bạn gặp vấn đề táo bón?**

- <sup>1</sup>  Có
- <sup>2</sup>  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 26

**25. Thành viên gia đình bạn có thường xuyên nhận được sự trợ giúp hoặc họ có cần sự trợ giúp khi gặp vấn đề táo bón không?**

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

**26. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, họ có thể hiện bất kỳ sự lo lắng hay buồn bã nào không?**

- <sup>1</sup>  Có
- <sup>2</sup>  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 28

**27. Thành viên gia đình bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ hay họ cần sự giúp đỡ từ nhóm Hospice khi họ lo lắng hay khi họ buồn hay không?**

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

**28. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, có bao giờ anh ấy/cô ấy trở nên không ngủ được hoặc bị kích động không?**

<sup>1</sup> 0 Có

<sup>2</sup> 0 Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 30

**29. Nhóm Hospice có hướng dẫn cho bạn cách xử lý nếu thành viên của gia đình bạn trở nên không ngủ được hoặc bị kích động không?**

<sup>1</sup> 0 Có, chắc chắn rồi

<sup>2</sup> 0 Có, một chút

<sup>3</sup> 0 Không

**30. Di chuyển thành viên gia đình bạn bao gồm những việc như giúp anh ấy/cô ấy lật người trên giường, hoặc lên xuống giường hay xe lăn. Nhóm Hospice có hướng dẫn cho bạn cách di chuyển thành viên gia đình bạn một cách toàn không?**

<sup>1</sup> 0 Có, chắc chắn rồi

<sup>2</sup> 0 Có, một chút

<sup>3</sup> 0 Không

<sup>4</sup> 0 Tôi không cần dịch chuyển thành viên gia đình tôi

**31. Nhóm Hospice có thông báo cho bạn nhiều thông tin như bạn muốn về những điều mong đợi khi thành viên gia đình bạn đang hấp hối?**

<sup>1</sup> 0 Có, chắc chắn rồi

<sup>2</sup> 0 Có, một chút

<sup>3</sup> 0 Không

## **NHẬN ĐƯỢC SỰ CHĂM SÓC CỦA HOSPICE CARE TRONG VIỆN DƯỠNG LÃO**

---

**32. Vài người nhận được sự chăm sóc từ Hospice khi họ đang sống ở viện dưỡng lão. Gia đình bạn có nhận được chăm sóc từ Hospice này trong khi anh ấy/cô ấy đang sống ở viện dưỡng lão hay không?**

<sup>1</sup> 0 Có

<sup>2</sup> 0 Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 35

**33. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhân viên viện dưỡng lão và nhóm Hospice có thường xuyên làm việc chung để chăm sóc tốt cho thành viên gia đình bạn hay không?**

<sup>1</sup> 0 Không bao giờ

<sup>2</sup> 0 Thỉnh thoảng

<sup>3</sup> 0 Thường thường

<sup>4</sup> 0 Luôn luôn

**34. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, có bao giờ thông tin được cung cấp cho thành viên gia đình bạn từ nhân viên của viện dưỡng lão và nhóm Hospice là khác nhau không?**

<sup>1</sup> 0 Không bao giờ

<sup>2</sup> 0 Thỉnh thoảng

<sup>3</sup> 0 Thường thường

<sup>4</sup> 0 Luôn luôn



---

## KINH NGHIỆM CỦA BẢN THÂN BẠN VỚI HOSPICE

---

35. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên lắng nghe ý kiến của bạn một cách cẩn thận không?

- <sup>1</sup> 0 Không bao giờ
- <sup>2</sup> 0 Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> 0 Thường thường
- <sup>4</sup> 0 Luôn luôn

36. Về việc hỗ trợ cho các hoạt động về tôn giáo hay tín ngưỡng tâm linh bao gồm việc trò chuyện, cầu nguyện, thời gian yên tĩnh, hoặc các hoạt động hội họp về tôn giáo và các nhu cầu tín ngưỡng. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có hỗ trợ các hoạt động về tôn giáo hay tín ngưỡng tâm linh cho bạn không?

- <sup>1</sup> 0 Rất ít
- <sup>2</sup> 0 Đúng mức, vừa phải
- <sup>3</sup> 0 Rất nhiều

37. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, mức độ hỗ trợ nhiệt tình từ nhóm Hospice đối với gia đình bạn như thế nào?

- <sup>1</sup> 0 Rất ít
- <sup>2</sup> 0 Đúng mức, vừa phải
- <sup>3</sup> 0 Rất nhiều

38. Trong những tuần sau khi thành viên của gia đình bạn qua đời, mức độ hỗ trợ nhiệt tình từ nhóm Hospice đối với gia đình bạn như thế nào?

- <sup>1</sup> 0 Rất ít
- <sup>2</sup> 0 Đúng mức, vừa phải
- <sup>3</sup> 0 Rất nhiều

---

## ĐÁNH GIÁ TỔNG THỂ VỀ HOSPICE CARE

---

39. Vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây về sự chăm sóc thành viên gia đình bạn từ Hospice được đặt tên trên bìa khảo sát. Không bao gồm sự chăm sóc từ các Hospice khác trong câu trả lời của bạn.

Sử dụng số từ 0 đến 10, số 0 thể hiện mức độ chăm sóc tệ nhất, 10 thể hiện mức độ chăm sóc tốt nhất, con số nào để bạn đánh giá mức độ chăm sóc từ Hospice cho thành viên gia đình bạn?

- <sup>0</sup> 0 Hospice chăm sóc tồi tệ nhất có thể
- <sup>1</sup> 0 1
- <sup>2</sup> 0 2
- <sup>3</sup> 0 3
- <sup>4</sup> 0 4
- <sup>5</sup> 0 5
- <sup>6</sup> 0 6
- <sup>7</sup> 0 7
- <sup>8</sup> 0 8
- <sup>9</sup> 0 9
- <sup>10</sup> 0 10 Hospice chăm sóc tốt nhất có thể

40. Bạn có đề xuất Hospice care này cho bạn bè và gia đình bạn không?

- <sup>1</sup> 0 Chắc chắn là không
- <sup>2</sup> 0 Có thể không
- <sup>3</sup> 0 Có thể có
- <sup>4</sup> 0 Chắc chắn là có

---

## THÔNG TIN THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH CỦA BẠN

---

**41. Trình độ học vấn cao nhất của thành viên gia đình bạn đã hoàn thành là gì?**

- <sup>1</sup>  Lớp 8 hoặc thấp hơn
- <sup>2</sup>  Trung học phổ thông, nhưng chưa tốt nghiệp phổ thông
- <sup>3</sup>  Tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc tương đương GED
- <sup>4</sup>  Cao đẳng hoặc Khóa học 2 năm
- <sup>5</sup>  Tốt nghiệp cao đẳng hệ 4 năm
- <sup>6</sup>  Tốt nghiệp cao đẳng trên 4 năm học
- <sup>7</sup>  Không biết

**42. Thành viên gia đình bạn là người Tây Ban Nha, La tinh/ hay có gốc Nam Mỹ không?**

- <sup>1</sup>  Không, không phải người Tây Ban Nha/ gốc Nam Mỹ/ người La Tinh
- <sup>2</sup>  Phải, Puerto Rican
- <sup>3</sup>  Phải, người Mễ Tây Cơ, người Mỹ gốc Mễ Tây Cơ, người Chicano (người gốc Mễ Tây Cơ sinh tại Mỹ)
- <sup>4</sup>  Phải, Cuba
- <sup>5</sup>  Phải, người Tây Ban Nha, người gốc Nam Mỹ/ La Tinh

**43. Chủng tộc của thành viên gia đình bạn là gì? Vui lòng chọn một hoặc nhiều hơn.**

- <sup>1</sup>  Người da Trắng
- <sup>2</sup>  Người da Đen hoặc người Mỹ gốc Phi
- <sup>3</sup>  Người Châu Á
- <sup>4</sup>  Người có nguồn gốc đảo Hawaii hay đảo khác ở Thái Bình Dương
- <sup>5</sup>  Người có nguồn gốc từ bất cứ sắc dân bản địa nào ở Bắc Mỹ và Nam Mỹ

---

## THÔNG TIN VỀ BẠN

---

**44. Bạn bao nhiêu tuổi?**

- <sup>1</sup>  18 đến 24
- <sup>2</sup>  25 đến 34
- <sup>3</sup>  35 đến 44
- <sup>4</sup>  45 đến 54
- <sup>5</sup>  55 đến 64
- <sup>6</sup>  65 đến 74
- <sup>7</sup>  75 đến 84
- <sup>8</sup>  85 hoặc trên 85

**45. Bạn là nam hay nữ?**

- <sup>1</sup>  Nam
- <sup>2</sup>  Nữ

**46. Trình độ học vấn cao nhất mà bạn đã hoàn thành là gì?**

- <sup>1</sup>  Lớp 8 hoặc thấp hơn
- <sup>2</sup>  Trung học phổ thông, nhưng chưa tốt nghiệp
- <sup>3</sup>  Tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc GED
- <sup>4</sup>  Cao đẳng hoặc khoá học 2 năm
- <sup>5</sup>  Tốt nghiệp cao đẳng hệ 4 năm học
- <sup>6</sup>  Tốt nghiệp cao đẳng hệ trên 4 năm học

**47. Ngôn ngữ bạn sử dụng chính để giao tiếp ở nhà là gì?**

- <sup>1</sup>  Tiếng Anh
- <sup>2</sup>  Tiếng Tây Ban Nha
- <sup>3</sup>  Tiếng Trung Quốc
- <sup>4</sup>  Tiếng Nga
- <sup>5</sup>  Tiếng Bồ Đào Nha
- <sup>6</sup>  Tiếng Việt
- <sup>7</sup>  Tiếng Ba Lan
- <sup>8</sup>  Tiếng Hàn Quốc
- <sup>9</sup>  Ngôn ngữ khác (vui lòng viết ra):  
\_\_\_\_\_

---

***CHÂN THÀNH CẢM ƠN QUÝ VỊ***

**Vui lòng dùng bao thư đính kèm có sẵn bưu phí và gửi trở lại bản thăm dò ý kiến sau khi trả lời đầy đủ.**

**[NAME OF SURVEY VENDOR]**

**[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]**



## KHẢO SÁT VỀ CAHPS® HOSPICE

\*\*Hospice: Một loại dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Vui lòng trả lời các câu hỏi khảo sát về việc chăm sóc bệnh nhân đã được nhận từ Hospice này:

[NAME OF HOSPICE]

**Tất cả những câu hỏi trong cuộc khảo sát này sẽ hỏi về những trải nghiệm với Hospice.**

Nếu bạn muốn biết thêm về cuộc khảo sát này, xin vui lòng gọi vào [TOLL FREE NUMBER].  
Tất cả các cuộc gọi đến số điện thoại này là miễn phí.

OMB#0938-1257

Hết hạn vào ngày 31/12/2023

# KHẢO SÁT VỀ CAHPS® HOSPICE

## HƯỚNG DẪN KHẢO SÁT

- ◆ Xin vui lòng đưa cuộc khảo sát này cho người trong gia đình của bạn, người mà hiểu biết nhiều nhất về việc Hospice care được nhận bởi người được liệt kê trên thư xin khảo sát.
- ◆ Sử dụng cây bút màu đen để điền vào bản khảo sát.
- ◆ Trả lời **tất cả** các câu hỏi bằng cách điền đầy đủ vào hình tròn ở phía trái câu trả lời của bạn.
  - Có
  - Không
- ◆ Đôi khi bạn sẽ bỏ qua một số câu hỏi trong cuộc khảo sát này. Khi điều đó xảy ra, bạn sẽ thấy một mũi tên với một lưu ý cho bạn biết những câu hỏi tiếp theo để bạn trả lời, như sau:
  - Có → Nếu có, trả lời tiếp câu hỏi 1
  - Không

### **BỆNH NHÂN CỦA HOSPICE**

1. Bạn có quan hệ như thế nào đối với người đã được liệt kê trong thư khảo sát?

- <sup>1</sup> ○ Vợ hoặc chồng của tôi
- <sup>2</sup> ○ Cha/ mẹ của tôi
- <sup>3</sup> ○ Cha/ mẹ vợ của tôi hoặc cha/ mẹ chồng của tôi
- <sup>4</sup> ○ Ông bà nội/ngoại của tôi
- <sup>5</sup> ○ Cô/chú của tôi
- <sup>6</sup> ○ Anh/ chị/ em của tôi
- <sup>7</sup> ○ Con của tôi
- <sup>8</sup> ○ Bạn bè của tôi
- <sup>9</sup> ○ Khác (vui lòng viết ra):  
\_\_\_\_\_

2. Đối với cuộc điều tra này, cụm từ "thành viên gia đình" đề cập đến những người có tên trong thư khảo sát. Ở những địa điểm nào thành viên gia đình bạn được chăm sóc từ Hospice này? Vui lòng chọn một hoặc nhiều.

- <sup>1</sup> ○ Nhà
- <sup>2</sup> ○ Trung tâm trợ sinh
- <sup>3</sup> ○ Viện dưỡng lão
- <sup>4</sup> ○ Bệnh viện
- <sup>5</sup> ○ Cơ sở/ viện tế bần
- <sup>6</sup> ○ Khác (vui lòng viết ra):  
\_\_\_\_\_

---

## VAI TRÒ CỦA BẠN

---

3. Trong khi thành viên gia đình của bạn đang được chăm sóc của Hospice care, bạn có thường xuyên tham gia chăm sóc hoặc quan sát người thân của bạn hay không:

- <sup>1</sup>  Không bao giờ → Nếu không bao giờ, trả lời tiếp câu 41
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

---

## THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BẠN CỦA HOSPICE CARE

---

Khi bạn trả lời các câu hỏi còn lại của cuộc điều tra này, xin vui lòng chỉ nghĩ về kinh nghiệm của thành viên gia đình bạn với Hospice được đặt tên trên bìa khảo sát.

4. Đối với khảo sát này, nhóm Hospice bao gồm tất cả các y tá, bác sĩ, nhân viên xã hội, giáo sĩ và những người khác, người mà cung cấp dịch vụ Hospice Care cho thành viên gia đình của bạn. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn đang được Hospice chăm sóc, bạn có cần gặp gỡ hay liên lạc với nhóm Hospice trong thời gian buổi tối, ngày nghỉ cuối tuần, hoặc ngày lễ cho những vấn đề hoặc cần giúp đỡ chăm sóc thành viên gia đình của bạn?

- <sup>1</sup>  Có
- <sup>2</sup>  Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 6

5. Bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ mà bạn cần từ nhóm Hospice vào buổi tối, cuối tuần hoặc là những ngày nghỉ hay không?

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

6. Trong khi thành viên gia đình bạn đang được Hospice Care chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên thông tin cho bạn biết về việc khi nào họ sẽ đến để chăm sóc thành viên gia đình của bạn?

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

7. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice Care chăm sóc, khi bạn hay thành viên gia đình của bạn yêu cầu sự giúp đỡ từ nhóm Hospice, bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ sớm nhất như bạn cần không?

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

8. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice Care chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên giải thích những vấn đề một cách dễ hiểu không?

- <sup>1</sup>  Không bao giờ
- <sup>2</sup>  Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup>  Thường thường
- <sup>4</sup>  Luôn luôn

9. Trong thời gian thành viên của gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên thông báo tình trạng của thành viên gia đình bạn không?

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

10. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên cung cấp cho bạn thông tin nhằm lẫn hoặc mâu thuẫn về tình trạng hay sự chăm sóc thành viên trong gia đình bạn hay không?

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

11. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên đối xử tốt và tôn trọng với thành viên của gia đình bạn?

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

12. Trong thời gian thành viên của gia đình bạn được Hospice chăm sóc, bạn có thường cảm thấy rằng nhóm Hospice thực sự quan tâm đến gia đình của bạn?

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

13. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn đang ở Hospice care, bạn có từng nói chuyện với nhóm Hospice care về bất cứ vấn đề về thành viên gia đình bạn với Hospice care?

- <sup>1</sup> Có
- <sup>2</sup> Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 15

14. Nhóm Hospice có thường xuyên lắng nghe cẩn thận khi bạn nói chuyện với họ về các vấn đề về thành viên của bạn khi đang ở Hospice care?

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

15. Trong thời gian được Hospice chăm sóc, người thân của bạn có bất kỳ cơn đau nào không?

- <sup>1</sup> Có
- <sup>2</sup> Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 17

16. Thành viên gia đình bạn có nhận được nhiều sự giúp đỡ khi anh ấy/ cô ấy có những cơn đau hay không?

- <sup>1</sup> Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup> Có, một chút
- <sup>3</sup> Không

17. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, họ có nhận bất kỳ thuốc giảm đau nào không?

- <sup>1</sup> Có
- <sup>2</sup> Không → Nếu không, trả lời tiếp câu hỏi 21



**18. Tác dụng phụ của thuốc giảm đau bao gồm những việc như gây buồn ngủ. Đã bất kỳ thành viên nào của nhóm Hospice thảo luận về tác dụng phụ của thuốc giảm đau với bạn hoặc thành viên gia đình của bạn?**

- <sup>1</sup> Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup> Có, một chút
- <sup>3</sup> Không

**19. Nhóm Hospice có dạy hoặc hướng dẫn cho bạn về những tác dụng phụ của thuốc giảm đau không?**

- <sup>1</sup> Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup> Có, một chút
- <sup>3</sup> Không

**20. Nhóm Hospice có hướng dẫn cho bạn khi đưa nhiều hơn thuốc giảm đau cho thành viên gia đình bạn hay không?**

- <sup>1</sup> Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup> Có, một chút
- <sup>3</sup> Không
- <sup>4</sup> Tôi đã không cần thuốc giảm đau cho thành viên gia đình tôi

**21. Trong thời gian thành viên gia đình của bạn được Hospice chăm sóc, họ có từng bị khó thở hoặc nhận được sự điều trị khi bị khó thở không?**

- <sup>1</sup> Có
- <sup>2</sup> Không → Nếu không, trả lời tiếp câu hỏi 24

**22. Thành viên gia đình của bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ khi họ cần lúc bị khó thở hay không?**

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

**23. Nhóm Hospice có hướng dẫn hoặc dạy cho bạn cách xử lý khi thành viên gia đình của bạn gặp vấn đề khó thở hay không?**

- <sup>1</sup> Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup> Có, một chút
- <sup>3</sup> Không
- <sup>4</sup> Tôi đã không cần trợ giúp thành viên gia đình tôi khi gặp vấn đề khó thở

**24. Trong thời gian được Hospice chăm sóc, có bao giờ thành viên gia đình bạn gặp vấn đề táo bón?**

- <sup>1</sup> Có
- <sup>2</sup> Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 26

**25. Thành viên gia đình bạn có thường xuyên nhận được sự trợ giúp hoặc họ có cần sự trợ giúp khi gặp vấn đề táo bón không?**

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

**26. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, họ có thể hiện bất kỳ sự lo lắng hay buồn bã nào không?**

- <sup>1</sup> Có
- <sup>2</sup> Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 28

**27. Thành viên gia đình bạn có thường xuyên nhận được sự giúp đỡ hay họ cần sự giúp đỡ từ nhóm Hospice khi họ lo lắng hay khi họ buồn hay không?**

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

**28. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, có bao giờ anh ấy/cô ấy trở nên không ngủ được hoặc bị kích động không?**

- <sup>1</sup> Có
- <sup>2</sup> Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 30

**29. Nhóm Hospice có hướng dẫn cho bạn cách xử lý nếu thành viên của gia đình bạn trở nên không ngủ được hoặc bị kích động không?**

- <sup>1</sup> Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup> Có, một chút
- <sup>3</sup> Không

**30. Di chuyển thành viên gia đình bạn bao gồm những việc như giúp anh ấy/cô ấy lật người trên giường, hoặc lên xuống giường hay xe lăn. Nhóm Hospice có hướng dẫn cho bạn cách di chuyển thành viên gia đình bạn một cách toàn không?**

- <sup>1</sup> Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup> Có, một chút
- <sup>3</sup> Không
- <sup>4</sup> Tôi không cần dịch chuyển thành viên gia đình tôi

**31. Nhóm Hospice có thông báo cho bạn nhiều thông tin như bạn muốn về những điều mong đợi khi thành viên gia đình bạn đang hấp hối?**

- <sup>1</sup> Có, chắc chắn rồi
- <sup>2</sup> Có, một chút
- <sup>3</sup> Không

---

### **NHẬN ĐƯỢC SỰ CHĂM SÓC CỦA HOSPICE CARE TRONG VIỆN DƯỠNG LÃO**

---

**32. Vài người nhận được sự chăm sóc từ Hospice khi họ đang sống ở viện dưỡng lão. Gia đình bạn có nhận được chăm sóc từ Hospice này trong khi anh ấy/cô ấy đang sống ở viện dưỡng lão hay không?**

- <sup>1</sup> Có
- <sup>2</sup> Không → Nếu không, trả lời tiếp câu 35

**33. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhân viên viện dưỡng lão và nhóm Hospice có thường xuyên làm việc chung để chăm sóc tốt cho thành viên gia đình bạn hay không?**

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

34. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, có bao giờ thông tin được cung cấp cho thành viên gia đình bạn từ nhân viên của viện dưỡng lão và nhóm Hospice là khác nhau không?

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

---

**KINH NGHIỆM CỦA BẢN THÂN  
BẠN  
VỚI HOSPICE**

---

35. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có thường xuyên lắng nghe ý kiến của bạn một cách cẩn thận không?

- <sup>1</sup> Không bao giờ
- <sup>2</sup> Thỉnh thoảng
- <sup>3</sup> Thường thường
- <sup>4</sup> Luôn luôn

36. Về việc hỗ trợ cho các hoạt động về tôn giáo hay tín ngưỡng tâm linh bao gồm việc trò chuyện, cầu nguyện, thời gian yên tĩnh, hoặc các hoạt động hội họp về tôn giáo và các nhu cầu tín ngưỡng. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, nhóm Hospice có hỗ trợ các hoạt động về tôn giáo hay tín ngưỡng tâm linh cho bạn không?

- <sup>1</sup> Rất ít
- <sup>2</sup> Đúng mức, vừa phải
- <sup>3</sup> Rất nhiều

37. Trong thời gian thành viên gia đình bạn được Hospice chăm sóc, mức độ hỗ trợ nhật tình từ nhóm Hospice đối với gia đình bạn như thế nào?

- <sup>1</sup> Rất ít
- <sup>2</sup> Đúng mức, vừa phải
- <sup>3</sup> Rất nhiều

38. Trong những tuần sau khi thành viên của gia đình bạn qua đời, mức độ hỗ trợ nhật tình từ nhóm Hospice đối với gia đình bạn như thế nào?

- <sup>1</sup> Rất ít
- <sup>2</sup> Đúng mức, vừa phải
- <sup>3</sup> Rất nhiều

---

## ĐÁNH GIÁ TỔNG THỂ VỀ HOSPICE CARE

---

**39. Vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây về sự chăm sóc thành viên gia đình bạn từ Hospice được đặt tên trên bìu khảo sát. Không bao gồm sự chăm sóc từ các Hospice khác trong câu trả lời của bạn.**

**Sử dụng số từ 0 đến 10, số 0 thể hiện mức độ chăm sóc tệ nhất, 10 thể hiện mức độ chăm sóc tốt nhất, con số nào để bạn đánh giá mức độ chăm sóc từ Hospice cho thành viên gia đình bạn?**

- 0 Hospice chăm sóc tồi tệ nhất có thể
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Hospice chăm sóc tốt nhất có thể

**40. Bạn có đề xuất Hospice care này cho bạn bè và gia đình bạn không?**

- 1 Chắc chắn là không
- 2 Có thể không
- 3 Có thể có
- 4 Chắc chắn là có

---

## THÔNG TIN THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH CỦA BẠN

---

**41. Trình độ học vấn cao nhất của thành viên gia đình bạn đã hoàn thành là gì?**

- 1 Lớp 8 hoặc thấp hơn
- 2 Trung học phổ thông, nhưng chưa tốt nghiệp phổ thông
- 3 Tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc tương đương GED
- 4 Cao đẳng hoặc Khoá học 2 năm
- 5 Tốt nghiệp cao đẳng hệ 4 năm
- 6 Tốt nghiệp cao đẳng trên 4 năm học
- 7 Không biết

**42. Thành viên gia đình bạn là người Tây Ban Nha, La tinh/ hay có gốc Nam Mỹ không?**

- 1 Không, không phải người Tây Ban Nha/ gốc Nam Mỹ/ người La Tinh
- 2 Phải, Puerto Rican
- 3 Phải, người Mễ Tây Cơ, người Mỹ gốc Mễ Tây Cơ, người Chicano (người gốc Mễ Tây Cơ sinh tại Mỹ)
- 4 Phải, Cuba
- 5 Phải, người Tây Ban Nha, người gốc Nam Mỹ/ La Tinh

**43. Chủng tộc của thành viên gia đình bạn là gì? Vui lòng chọn một hoặc nhiều hơn.**

- 1 Người da Trắng
- 2 Người da Đen hoặc người Mỹ gốc Phi
- 3 Người Châu Á
- 4 Người có nguồn gốc đảo Hawaii hay đảo khác ở Thái Bình Dương
- 5 Người có nguồn gốc từ bất cứ sắc dân bản địa nào ở Bắc Mỹ và Nam Mỹ

---

## THÔNG TIN VỀ BẠN

---

### 44. Bạn bao nhiêu tuổi?

- <sup>1</sup>  18 đến 24
- <sup>2</sup>  25 đến 34
- <sup>3</sup>  35 đến 44
- <sup>4</sup>  45 đến 54
- <sup>5</sup>  55 đến 64
- <sup>6</sup>  65 đến 74
- <sup>7</sup>  75 đến 84
- <sup>8</sup>  85 hoặc trên 85

### 45. Bạn là nam hay nữ?

- <sup>1</sup>  Nam
- <sup>2</sup>  Nữ

### 46. Trình độ học vấn cao nhất mà bạn đã hoàn thành là gì?

- <sup>1</sup>  Lớp 8 hoặc thấp hơn
- <sup>2</sup>  Trung học phổ thông, nhưng chưa tốt nghiệp
- <sup>3</sup>  Tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc GED
- <sup>4</sup>  Cao đẳng hoặc Khoa học 2 năm
- <sup>5</sup>  Tốt nghiệp cao đẳng hệ 4 năm học
- <sup>6</sup>  Tốt nghiệp cao đẳng hệ trên 4 năm học

### 47. Ngôn ngữ bạn sử dụng chính để giao tiếp ở nhà là gì?

- <sup>1</sup>  Tiếng Anh
- <sup>2</sup>  Tiếng Tây Ban Nha
- <sup>3</sup>  Tiếng Trung Quốc
- <sup>4</sup>  Tiếng Nga
- <sup>5</sup>  Tiếng Bồ Đào Nha
- <sup>6</sup>  Tiếng Việt
- <sup>7</sup>  Tiếng Ba Lan
- <sup>8</sup>  Tiếng Hàn Quốc
- <sup>9</sup>  Ngôn ngữ khác (vui lòng viết ra):  
\_\_\_\_\_

---

*CHÂN THÀNH CẢM ƠN QUÝ VỊ*

Vui lòng dùng bao thư đính kèm có sẵn bưu phí và gửi trở lại bản thăm dò ý kiến sau khi trả lời đầy đủ.

[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]

Kính thưa [SAMPLED CAREGIVER NAME]:

[HOSPICE NAME] đang tiến hành một cuộc khảo sát về dịch vụ hospice mà bệnh nhân và gia đình họ nhận được. Bạn được chọn cho cuộc khảo sát này vì bạn được xác định là người đã chăm sóc cho [DECEDENT NAME]. Chúng tôi nhận thấy điều này có thể là thời gian khó khăn đối với bạn, nhưng chúng tôi hy vọng rằng, bạn sẽ giúp chúng tôi tìm hiểu về chất lượng mà bạn và thành viên gia đình hay bạn bè của bạn nhận được sự chăm sóc.

Câu hỏi [NOTE THE QUESTION NUMBERS] trong cuộc khảo sát được đính kèm là một phần sáng kiến quốc gia được tài trợ bởi Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS) để đo lường chất lượng chăm sóc của hospices. Dịch vụ Bảo hiểm Y tế Người già và Trợ giúp Bảo hiểm Y tế Người nghèo (CMS) – một phần của HHS – đang tiến hành cuộc khảo sát này để nâng cao dịch vụ chăm sóc. CMS chi cho hầu hết cho việc chăm sóc tại hospice care ở Hoa Kỳ. Đó là trách nhiệm của CMS để đảm bảo rằng, bệnh nhân của hospice và người thân hay bạn bè của họ có được sự chăm sóc với chất lượng cao nhất. Một trong những cách để họ có thể thực hiện trách nhiệm này là để tìm hiểu trực tiếp từ bạn về dịch vụ chăm sóc hospice mà người thân hay gia đình bạn nhận được. Sự tham gia của bạn là tình nguyện và sẽ không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến vấn đề sức khỏe hay quyền lợi mà bạn nhận được.

Chúng tôi hy vọng rằng, bạn sẽ dành thời gian để hoàn thành cuộc khảo sát này. Sau khi bạn hoàn thành cuộc khảo sát, vui lòng gửi trả lại vào phong bì trả trước. Câu trả lời của bạn có thể được chia sẻ với hospice với mục đích cải thiện chất lượng. [OPTIONAL: Bạn có thể chú ý đến con số trong cuộc khảo sát của bạn. Con số này được sử dụng để cho chúng tôi biết nếu bạn hoàn trả bảng khảo sát của bạn, vì vậy, chúng tôi không phải nhắc nhở bạn.]

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi gì về khảo sát đính kèm, vui lòng gọi miễn phí tới số điện thoại 1-800-xxx-xxxx. Cảm ơn sự giúp đỡ của bạn để cải thiện dịch vụ chăm sóc của Hospice cho tất cả các khách hàng.

Chân thành cảm ơn,

[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]

Kính thưa [SAMPLED CAREGIVER NAME]:

Hồ sơ của chúng tôi cho thấy rằng, cách đây không lâu, bạn là người chăm sóc cho [DECEDENT NAME] tại [NAME OF HOSPICE]. Khoảng ba tuần trước, chúng tôi đã gửi cho bạn một khảo sát liên quan đến việc chăm sóc mà bạn và các thành viên gia đình hay bạn bè của bạn đã nhận từ hay hospice của chúng tôi. Nếu bạn đã gửi trả lại khảo sát đó cho chúng tôi, xin hãy vui lòng đón nhận lời cảm ơn và bỏ qua lá thư này. Tuy nhiên, nếu bạn chưa gửi trả bản khảo sát đó, chúng tôi thực sự cảm kích nếu bạn dành thời gian để hoàn thành bảng câu hỏi quan trọng này.

Chúng tôi hy vọng, bạn sẽ tận dụng cơ hội này để giúp chúng tôi tìm hiểu về chất lượng chăm sóc thành viên gia đình hay bạn bè của bạn đã nhận được. Kết quả từ cuộc khảo sát này sẽ được sử dụng để đảm bảo rằng, tất cả người Mỹ có được sự chăm sóc với chất lượng cao nhất từ hospice care.

Những câu hỏi [NOTE THE QUESTION NUMBERS] trong cuộc khảo sát được đính kèm là một phần của một sáng kiến quốc gia được tài trợ bởi Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS) để đo lường chất lượng của việc chăm sóc tại hospices. Dịch vụ Bảo hiểm Y tế Người già và Trợ giúp Bảo hiểm Y tế Người nghèo (CMS) – một phần của HHS – đang tiến hành cuộc khảo sát này để nâng cao dịch vụ chăm sóc. CMS chi cho hầu hết cho việc chăm sóc tại hospice care ở Hoa Kỳ. Đó là trách nhiệm của CMS để đảm bảo rằng, bệnh nhân của hospice và người thân hay bạn bè của họ có được sự chăm sóc với chất lượng cao nhất. Một trong những cách để họ có thể thực hiện trách nhiệm này là để tìm hiểu trực tiếp từ bạn về dịch vụ chăm sóc hospice care mà người thân hay gia đình bạn nhận được.

Vui lòng dành một vài phút và hoàn thành khảo sát được đính kèm. Sau khi bạn hoàn thành bảng khảo sát, vui lòng gửi trả lại vào trong phong bì trả trước. Câu trả lời của bạn có thể được chia sẻ với các hospice với mục đích cải thiện chất lượng. [OPTIONAL: Bạn có thể chú ý đến con số trong cuộc khảo sát của bạn. Con số này được sử dụng để cho chúng tôi biết nếu bạn hoàn trả bảng khảo sát của bạn, vì vậy, chúng tôi không phải nhắc nhở bạn.]

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi gì về khảo sát đính kèm, vui lòng gọi miễn phí tới số điện thoại 1-800-xxx-xxxx. Cảm ơn sự giúp đỡ của bạn để cải thiện dịch vụ chăm sóc của Hospice cho tất cả các khách hàng.

Chân thành cảm ơn,

[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:*

### **Vietnamese Version**

“Thể theo Đạo luật Giảm thiểu Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không một ai bị bắt buộc phải trả lời và cung cấp thông tin trừ khi trên bản câu hỏi có ghi rõ số kiểm soát OMB có hiệu lực. Số kiểm soát OMB có hiệu lực cho bản thu thập thông tin này là 0938-1257 (Hết hạn vào ngày 31/12/2023). Thời gian cần thiết để hoàn thành bản thu thập thông tin này được ước tính trung bình 11 phút cho các câu hỏi từ 1 – 40, những câu hỏi “Giới thiệu Thành viên Gia đình Bạn” và những câu hỏi “Thông tin về Bạn” trong cuộc khảo sát, bao gồm thời gian để xem xét hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét lại việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến gì về mức chính xác của thời gian ước tính hoặc đề nghị gì trong việc đơn giản hóa bản thăm dò ý kiến này, vui lòng gửi thư về: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.”

