

SZANOWNY PANIE, SZANOWNA PANI !

Uprzejmie proszę o wzięcie udziału w badaniu i wypełnienie kwestionariusza. Celem tego badania jest poznanie opinii pełnoletnich Pacjentów na temat dostępności do świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii COVID-19. Badanie ma charakter anonimowy. Po wypełnieniu kwestionariusza nie należy składać podpisu. Wnioski sformułowane w wyniku zbiorczego opracowania ankiety zostaną wykorzystane do opracowań naukowych. Przed wypełnieniem kwestionariusza proszę o uważne zapoznanie się z jego treścią. Udzielając odpowiedzi na kolejne pytania, należy spośród podanych odpowiedzi wybrać odpowiedź(i) zgodną(e) z osobistymi poglądami lub wpisać odpowiedź we właściwym miejscu. Proszę o udzielenie odpowiedzi na każde pytanie.

Wypełnienie ankiety jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w badaniu.

Serdecznie dziękuję za uważne i szczere wypełnienie ankiety.

Magdalena Tuczyńska

METRYCZKA:

pole wybranej odpowiedzi proszę zaznaczyć - X

KOBIETA - ☐

MĘŻCZYŻNA - ☐

Jakie jest Pana/Pani miejsce zamieszkania:

- miasto do 50 tys. mieszkańców ☐
- miasto powyżej 50 tys. do 100 tys. mieszkańców ☐
- miasto powyżej 100 tys. mieszkańców ☐
- wieś ☐

Czy mieszka Pan/Pani:

- samotnie ☐
- z żoną/mężem ☐
- z partnerką/partnerem ☐
- z rodziną ☐
- inne ☐

Ile ma Pan/Pani lat:

- mężczyźni 18-64 lata ☐
- mężczyźni powyżej 65 lat ☐
- kobiety 18-59 lat ☐
- kobiety powyżej 60 lat ☐

Czy jest Pan/Pani osobą z określoną niepełną sprawnością:

- tak ☐
- nie ☐

<u>Jaka jest Pana/Pani sytuacja:</u> • utrzymuje się samodzielnie ☐ • jestem na utrzymaniu rodziców, innych osób ☐ • częściowo jestem na utrzymaniu rodziców, innych osób ☐ <u>Ile wynosi osiągany przez Pana/Panią miesięczny dochód:</u> • poniżej średniej krajowej ☐ • równy średniej krajowej ☐ • powyżej średniej krajowej ☐ • nie osiągam dochodów ☐	<u>Jakie ma Pan/Pani wykształcenie:</u> • podstawowe ☐ • gimnazjalne ☐ • ponadgimnazjalne ☐ • policealne ☐ • <u>wyższe:</u> - licencjackie ☐ - magisterskie ☐ - doktorat i powyżej ☐
---	--

<u>Proszę określić Pana/Pani samoocenę stanu zdrowia:</u> • bardzo dobre ☐ • dobre ☐ • takie sobie, ani dobre ani złe ☐ • złe ☐ • bardzo złe ☐	<u>Jaka jest Pana/Pani przynależność religijna:</u> <u>Jakie znaczenie ma dla Pana/Pani religia w życiu:</u> • ma kluczowe znaczenie ☐ • odgrywa dużą rolę ☐ • trudno powiedzieć ☐
---	---

1. Czy w okresie pandemii COVID-19 korzystał/a Pan/Pani z świadczeń medycznych?:

- ☐ tak
☐ nie

Jeżeli tak, to proszę zaznaczyć z jakich (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- ☐ świadczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ)
☐ świadczenia pełnopłatne
☐ świadczenia w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)
☐ inne, proszę wymienić jakie
.....

2. Czy Pan/Pani zachorował/a na COVID-19?:

- ☐ tak
☐ nie

Jeżeli tak, to czy był problem z (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- ☐ umówieniem się na wizytę do lekarza POZ
☐ udzieleniem bezpośredniej porady lekarskiej

- ☐ udzieleniem teleporady
- ☐ inne, proszę wymienić jakie

.....

3. Czy w czasie pandemii COVID-19 korzystał/a Pan/Pani ze świadczeń specjalistycznych?:

- ☐ tak
- ☐ nie

Jeżeli tak, to proszę zaznaczyć z jakich:

- ☐ kardiologicznych
- ☐ internistycznych
- ☐ laryngologicznych
- ☐ psychiatrycznych
- ☐ psychologicznych
- ☐ dermatologicznych
- ☐ pulmonologicznych
- ☐ neurologicznych
- ☐ ortopedycznych
- ☐ ginekologiczno - położniczych
- ☐ urologicznych
- ☐ endokrynologicznych
- ☐ okulistycznych
- ☐ stomatologicznych
- ☐ pielęgniarских
- ☐ fizjoterapeutycznych
- ☐ inne, proszę wymienić jakie

.....

4. Czy w czasie trwania pandemii COVID-19 miał/a Pan/Pani problem z otrzymaniem skierowania na badania diagnostyczne?:

- ☐ tak
- ☐ nie

Jeżeli tak, to proszę zaznaczyć jakie (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- ☐ RTG
- ☐ rezonans magnetyczny (MRI)
- ☐ tomograf komputerowy (TK)
- ☐ ultrasonografia (USG)
- ☐ mammografia
- ☐ badania laboratoryjne
- ☐ inne, proszę wymienić jakie

.....

5. Czy w czasie pandemii COVID-19 ktoś bliski z Pana/Pani rodziny lub ze znajomych przebywał na oddziale COVID-19?:

- ☐ tak
- ☐ nie

Jeżeli tak, to proszę zaznaczyć, czy była możliwość (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- ☐ odwiedzin
- ☐ kontaktu telefonicznego
- ☐ wideorozmowy

- ☐ przekazania paczki
 - ☐ dostępu do informacji medycznych
 - ☐ inne, proszę wymienić jakie
-

6. Czy w czasie pandemii COVID-19 odwołał/a Pan/Pani wizytę lekarską?:

- ☐ tak
- ☐ nie

Jeżeli tak, to proszę zaznaczyć przyczynę (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- ☐ obawa przed zakażeniem
 - ☐ kwarantanna
 - ☐ obawa związana z korzystaniem z transportu publicznego
 - ☐ inne, proszę wymienić jakie:
-

Jeżeli tak, to proszę zaznaczyć, z jakiej innej formy leczenia, skorzystał/a Pan/Pani (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- ☐ porada farmaceuty w aptece
 - ☐ domowe sposoby leczenia
 - ☐ porada przez Internet (wyszukiwarka internetowa, fora internetowe)
 - ☐ inne, proszę wymienić jakie:
-

7. Czy Pana/Pani zdaniem w czasie pandemii COVID-19 były przestrzegane Prawa Pacjenta?:

- ☐ tak
- ☐ nie

8. Czy życie duchowe (uważność, praktyki religijne, medytacja, skupienie, rozwijanie własnych pasji, wsparcie bliskich osób i/lub wykorzystanie innych zasobów wewnętrznych) pomagało Panu/Pani w czasie pandemii COVID-19?:

- ☐ tak
- ☐ nie

9. Jak ocenia Pan/Pani dostępność do świadczeń zdrowotnych w trakcie pandemii COVID-19?:

PRZED PANDEMIA

W TRAKCIE PANDEMII

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
bardzo źle											bardzo dobrze

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
bardzo źle											bardzo dobrze

10. Jak ocenia Pan/Pani jakość świadczeń zdrowotnych w trakcie pandemii COVID-19?:

PRZED PANDEMIA

W TRAKCIE PANDEMII

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle					bardzo dobrze					

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle					bardzo dobrze					

Pytania otwarte:

Jeśli Pan/Pani ma jakiegokolwiek uwagi dotyczące dostępności do świadczeń zdrowotnych proszę wskazać je poniżej:

.....
.....

.....
.....