**ANKIETA ZDROWIE**

WSTĘP

Dzień dobry. Czy zechciałby Pan/Pani wziąć udział w badaniu dotyczącym zdrowia, zleconym przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego? Jego celem jest trafne wydatkowanie środków unijnych na bezpłatne programy zdrowotne dla mieszkańców województwa łódzkiego. Udział w takich programach może się przyczynić do poprawy stanu zdrowia i zwiększenia aktywności.

**FILTR**: Czy aktualnie mieszka Pan/Pani w województwie łódzkim? [chodzi o wyłączenie z badania osób, które są zameldowane w województwie łódzkim, ale mieszkają w innym województwie]

→ Tak, mieszkam w województwie łódzkim – ***należy przeprowadzić ankietę***

→ Nie – aktualnie mieszkam w innym województwie – ***należy odstąpić od przeprowadzenia ankiety***

Instrukcja: w każdym pytaniu wielkokrotnego wyboru można wskazać dowolną liczbę odpowiedzi

**METRYCZKA**

1. Proszę wskazać miejsce zamieszkania:

* Łódź
* Inne miasto
* Wieś

1. Płeć [zaznacza ankieter]:

* Kobieta
* Mężczyzna

1. Proszę wskazać rok urodzenia ……
   * + *Odmowa odpowiedzi*
2. Proszę wskazać poziom Pana/Pani wykształcenia:

* Podstawowe i niższe
* Zawodowe
* Średnie
* Wyższe
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Proszę określić swój status zawodowy (należy wybrać jedną odpowiedź):

* Pracujący
* Emeryt/rencista – ***proszę przejść do pytania nr 7***
* Uczeń/student – ***proszę przejść do pytania nr 7***
* Niepracujący – ***proszę przejść do pytania nr 7***
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Jaki jest charakter wykonywanego przez Pana/Panią zawodu?

* Praca umysłowa
* Praca fizyczna
  + - *Odmowa odpowiedzi*

**OCENA STANU ZDROWIA**

1. Jak ogólnie ocenia Pan/ Pani stan swojego zdrowia?

* Bardzo dobrze
* Dobrze
* Tak sobie (ani dobrze, ani źle)
* Źle
* Bardzo źle
  + - *Odmowa odpowiedzi (tylko dla ankietera)*

1. Jak ocenia Pan/Pani swoją kondycję psychiczną?

* Bardzo dobrze
* Dobrze
* Tak sobie (ani dobrze, ani źle)
* Źle
* Bardzo źle
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Czy występują u Pana/Pani choroby i schorzenia przewlekłe (trwające powyżej 6 miesięcy), takie jak np.: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, astma, choroba zwyrodnieniowa stawów?

* Tak – proszę podać jakie:………………………………………………………………………………………………
  + - *Odmowa odpowiedzi o nazwę choroby/schorzenia przewlekłego*
* Nie
  + - *Odmowa odpowiedzi „Tak” lub „Nie”*

1. Czy w porównaniu z tym co było rok temu, Pana/Pani ogólny stan zdrowia:

* Poprawił się
* Pogorszył się
* Pozostał bez zmian
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością (zarówno biologiczną, jak i prawną – orzeczenie)?

* Tak
* Nie
  + - *Odmowa odpowiedzi*

**PROFILAKTYKA**

1. Czy – w ciągu ostatnich 5 lat – korzystał/a Pan/Pani z BEZPŁATNYCH badań i programów profilaktycznych (np. kolonoskopia, mammografia, cytologia, PSA prostaty, dermatoskopia, Profilaktyka 40 PLUS)?

* Tak - ***przejść do pytania 14***
* Nie - ***przejść do pytania 13***
* *Odmowa odpowiedzi*

1. Dlaczego nie korzystał/a Pan/Pani z bezpłatnych badań i programów profilaktycznych?

* Nie docierają do mnie informacje o takich badaniach
* Nie kwalifikuję się do programów, które by mnie interesowały
* Zła jakość sprzętu medycznego
* Zła organizacja badań
* Brak zaufania do lekarzy i personelu medycznego
* Duża odległość – brak możliwości dojazdu
* Wolę korzystać z badań w mojej przychodni (mam do nich zaufanie)
* Obawa przed wykryciem poważnej choroby (lepiej nie wiedzieć)
* Z braku czasu (obowiązki zawodowe)
* Z braku czasu (obowiązki rodzinne)
* Z innych przyczyn – proszę podać z jakich:………………………………………………………………..
  + - *Odmowa odpowiedzi*

***- proszę przejść do pytania nr 15***

1. Dlaczego korzystał/a Pan/Pani z bezpłatnych badań i programów profilaktycznych?

* Otrzymałem/am propozycje badań (telefon, sms, list, mail)
* Zachęciła mnie kampania medialna (np. aktorzy, autorytety lokalne)
* Przekonał mnie lekarz
* Przekonała mnie do tego rodzina/znajomi
* Przekonały mnie informacje przekazane przez organizacje społeczne, NGO, np. Amazonki
* Z troski o własne zdrowie, choć nie mam żadnych objawów
* Ponieważ obserwuję u siebie niepokojące objawy
* Z innych przyczyn – proszę podać jakich:..……………………………………………………………………
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Czy chciał(a)by Pan/Pani korzystać w przyszłości z BEZPŁATNYCH badań i programów profilaktycznych?

* Tak – proszę podać jakich:…………………………………………………………………………………………
  + - *Odmowa odpowiedzi o nazwę badań profilaktycznych*
* Tak, ale nie wiem jakich
* Nie
  + - *Odmowa odpowiedzi „Tak” lub „Nie”*

1. Jak chciał(a)by Pan/Pani być informowana o BEZPŁATNYCH programach i badaniach profilaktycznych?

* Przez lekarza prowadzącego/rodzinnego
* Poprzez ofertę skierowaną bezpośrednio do mnie (telefon, sms, list, mail)
* Poprzez kampanie medialne i społeczne (radio, telewizja, prasa, Internet)
* Poprzez ulotki i plakaty w placówkach opieki zdrowotnej
* W inny sposób – proszę podać jaki:……………………………………………………………………
* Nie chcę być informowany/a
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Czy – w ciągu ostatnich 5 lat – korzystał/a Pan/Pani prywatnie z badań profilaktycznych?

* Tak – proszę podać jakich:……………………………………………………………………………….…………
  + - *Odmowa odpowiedzi o nazwę badań profilaktycznych*
* Nie
  + - *Odmowa odpowiedzi „Tak” lub „Nie”*

1. Czy jest Pan/Pani zainteresowany uczestnictwem w programach rehabilitacji leczniczej?

* Tak – **proszę przejść od pytania nr 19**
* Nie – **proszę przejść do pytania nr 20**
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. W jakich programach rehabilitacji leczniczej chciał(a)by Pan wziąć udział?

* Rehabilitacji ortopedycznej/ruchowej
* Rehabilitacji kardiologicznej
* Rehabilitacji neurologicznej (np. po udarach)
* Rehabilitacji oddechowej
* Rehabilitacji onkologicznej
* Rehabilitacji psychiatrycznej (np. z powodu depresji, nerwicy)
* W innej – proszę podać w jakiej? ………………………………………………………………………
  + - *Odmowa odpowiedzi*

**DOSTĘPNOŚĆ DO OPIEKI ZDROWOTNEJ**

1. Czy w ciągu ostatniego roku korzystał/a Pan/Pani z opieki zdrowotnej?

* Tak, ale tylko w ramach NFZ – ***proszę przejść do pytania nr 21***
* Tak – zarówno w ramach NFZ, jak również prywatnie – ***proszę przejść do pyt. nr 21***
* Tak, ale tylko prywatnie – ***proszę przejść do pytania nr 26***
* Nie – ***proszę przejść do pytania nr 28***
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Jak często w ciągu ostatniego roku korzystał/a Pan/Pani z usług lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (w tym w formie teleporady) finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia?

* Kilka razy w miesiącu
* Kilka razy w roku
* Raz w roku
* Wcale – nie było takiej potrzeby
* Wcale – mimo takiej potrzeby (nie dostałem/am się)
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Jak ocenia Pan/Pani dostępność do usług zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ?

* Dobra
* Przeciętna
* Zła
* Nie mam zdania
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Jak ocenia Pan/Pani dostępność do usług zdrowotnych świadczonych przez lekarzy specjalistów finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ?

* Dobra
* Przeciętna
* Zła
* Nie mam zdania
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Jakie dostrzega Pan/Pani główne bariery w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ?

* Długi czas oczekiwania na termin wizyty
* Brak możliwości rejestracji telefonicznej/internetowej
* Niechęć lekarzy do wystawiania skierowań na badania diagnostyczne
* Udzielanie jedynie teleporady
* Obawiam się zakażeniem COVID-19
* Jakość obsługi, niemiła obsługa
* Odległość, brak możliwości dojazdu do przychodni POZ
* Bariery architektoniczne (np. podjazdy, windy, toalety, czytelne oznakowanie)
* Inne – proszę podać jakie:…………………………………………………………………………………………
* Nie dostrzegam żadnych barier
* Nie korzystam, nie mam zdania
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Jakie dostrzega Pan/Pani główne bariery w dostępie do lekarzy specjalistów finansowanych z NFZ?

* Zbyt mała liczba lekarzy specjalistów
* Niechęć lekarzy POZ do wystawiania skierowań do poradni specjalistycznych
* Długie terminy oczekiwania na wizytę
* Wielogodzinne oczekiwanie w poradni na przyjęcie do lekarza specjalisty
* Udzielanie jedynie teleporady
* Obawiam się zakażenia COVID-19
* Jakość obsługi, niemiła obsługa
* Odległość, brak możliwości dojazdu do poradni specjalistycznej
* Bariery architektoniczne (np. podjazdy, windy, toalety)
* Inne – proszę podać jakie:…………………………………………………………………………………………
* Nie dostrzegam żadnych barier
* Nie korzystam, nie mam zdania
  + - *Odmowa odpowiedzi*

- dla osób, które w pytaniu nr 20 odpowiedziały, że korzystały z opieki zdrowotnej tylko w ramach NFZ → ***proszę przejść do pytania nr 28***

- dla osób, które w pytaniu nr 20 odpowiedziały, że korzystały z opieki zdrowotnej zarówno w ramach NFZ, jak również prywatnie → ***proszę przejść do pytania nr 26***

1. Z jakich form prywatnej opieki medycznej roku korzystał/a Pan/Pani w ciągu ostatniego roku?

* Z wizyty u lekarza specjalisty – **proszę przejść do pytania nr 27**
* Z wizyty u dentysty – **proszę przejść do pytania nr 28**
* Z rehabilitacji i fizjoterapii – **proszę przejść do pytania nr 28**
* Z badań profilaktycznych/diagnostycznych – **proszę przejść do pytania nr 28**
* Z innych – proszę podać jakich: …………………………………………………………….………….

………………………………………………………………… – **proszę przejść do pytania nr 28**

* + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Dlaczego korzystał/a Pan/Pani prywatnie z usług lekarzy specjalistów?

* Krótszy czas oczekiwania na wizytę
* Lepsi specjaliści, wyższe kompetencje lekarzy
* Dogodniejsze godziny przyjęć (popołudnia, weekendy)
* Sprawniejsza obsługa na miejscu, większy komfort leczenia
* Ponieważ NFZ nie refunduje usług medycznych, z których korzystałem
* Nowocześniejsza aparatura medyczna
* Inne przyczyny – proszę podać jakie: ………………………………………………………………..
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Czy w ciągu ostatniego roku – mimo takiej potrzeby – brakowało Panu/Pani pieniędzy na opłacenie:

* Zakupu leków na receptę
* Wizyty lekarskiej
* Wizyty u stomatologa
* Konsultacji z lekarzem psychiatrą lub psychologiem
* Usług rehabilitacyjnych
* Badań diagnostycznych/profilaktycznych
* Na inne potrzeby związane z leczeniem – proszę podać jakich: ……………………………………  
  ……………………………………………………………………………………………………………………………………
* Nie było takiej sytuacji
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Czy Pan/Pani doświadczył lub był świadkiem nierównego traktowania/dyskryminacji pacjentów w placówkach opieki medycznej (przychodniach i szpitalach) z uwagi na:

* Starszy wiek
* Niepełnosprawność
* Niski status materialny
* Miejsce zamieszkania (wieś)
* Uzależnienie od alkoholu, narkotyków
* Narodowość/pochodzenie etniczne
* Bezdomność
* Inne, jakie………….
* Nie było takich sytuacji
  + - *Odmowa odpowiedzi*

**CYFRYZACJA I NOWOCZESNE TECHNOLOGIE W OCHRONIE ZDROWIA**

1. Z jakich rozwiązań cyfrowych i komunikacyjnych korzystał/a Pan/Pani w ciągu ostatniego roku?

* Zapisy do lekarza przez Internet
* Powiadamianie SMS o wizycie lekarskiej/recepcie
* Teleporada lekarska
* Wideokonsultacja lekarska
* Internetowe Konto Pacjenta
* Opaska medyczna monitorująca funkcje zdrowotne
* Z innych – proszę podać jakich:……………………………………………………………………………………
* Z żadnych
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Jak ocenia Pan/Pani funkcjonowanie usług medycznych w formie teleporady?

* Zdecydowanie pozytywnie
* Pozytywnie, ale tylko w okresie pandemii
* Pozytywnie, gdy dotyczą jedynie wystawienia/przedłużenia recepty lub skierowania do lekarza specjalisty
* Negatywnie z uwagi na brak bezpośredniego kontaktu z lekarzem i brak fizycznego badania pacjenta
* Zdecydowanie negatywnie
* Nie mam zdania
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Jakie główne bariery napotkał Pan/Pani w korzystaniu z e-usług i nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia?

* Brakuje mi umiejętności obsługi Internetu i znajomości nowoczesnych technologii
* Nie mam sprzętu (komputer, smartfon) oraz dostępu do Internetu
* Personel medyczny ma słabe umiejętności obsługi komputera i programów
* Mało intuicyjna strona internetowa placówki medycznej
* Inne – proszę podać jakie:………………………………………………………………………………………………..
* Brak barier
* Nie mam zdania
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Jakie rozwiązania z zakresu nowoczesnych technologii i cyfryzacji w ochronie zdrowia są według Pana/Pani najbardziej pożądane?

* Możliwość rezerwacji i odwoływania wizyt lekarskich on-line
* Teleporady lekarskie
* Odbieranie wyników badań on-line
* Wideokonsultacje z lekarzem
* Utworzenie centralnej elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów
* Monitorowanie stanu zdrowia pacjentów za pomocą opaski medycznej rejestrującej parametry zdrowotne [chodzi tylko o opaski medyczne, które mają połączenie z konsultantem medycznym]
* Inne – proszę podać jakie:……………………………………………………………………………………………….
* Nie mam zdania
  + - *Odmowa odpowiedzi*

**ZDROWY STYL ŻYCIA**

1. Czy uważa się Pan/Pani za osobę dbającą o zdrowie?

* Zdecydowania tak
* Raczej tak
* Raczej nie
* Zdecydowanie nie
* Trudno powiedzieć
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Czy jest Pan/Pani aktywny fizycznie (np. sport, siłownia, bieganie, jazda rowerem, nordic walking, spacery)?

* Codziennie lub prawie codziennie
* Kilka razy w tygodniu
* Kilka razy w miesiącu
* Kilka razy w roku
* Wcale
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Czy pali Pan/Pani papierosy?

* Tak, codziennie
* Tak, okazjonalnie
* Nie
  + - *odmowa odpowiedzi*

1. Czy pije Pan/Pani alkohol (w tym piwo)?

* Często
* Okazjonalnie
* Wcale
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Czy zażywa Pan/Pani narkotyki lub substancje psychoaktywne/dopalacze?

* Tak
* Nie
* Okazjonalnie
  + - *Odmowa odpowiedzi*

1. Jak często spożywa Pan/Pani następujące rodzaje produktów spożywczych:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj | Codziennie | Kilka razy w tygodniu | Kilka razy w miesiącu | Kilka razy w  roku | Wcale | Odmowa odpowiedzi |
| Warzywa |  |  |  |  |  |  |
| Owoce |  |  |  |  |  |  |
| Ryby |  |  |  |  |  |  |
| Fast foody |  |  |  |  |  |  |
| Słodycze (łącznie ze słodzonymi napojami) |  |  |  |  |  |  |