

PRACTA

AKTYWIZACJA SENIORÓW  
w PR@KTYCE MEDYCZNEJ

ACTIVATING THE ELDERLY  
by MEDICAL PR@CTICE



MEDICAL  
UNIVERSITY  
OF WARSAW



NTNU – Trondheim  
Norwegian University of  
Science and Technology



POLISH-NORWEGIAN  
RESEARCH  
PROGRAMME



Narodowe Centrum  
Badań i Rozwoju



## INFORMACJE O BADANIU

**Tytuł badania:** Promocja aktywności seniorów w publicznej opiece zdrowotnej: diagnoza psychospołecznych potrzeb pacjentów i wzmacnianie interpersonalnych kompetencji lekarzy.

Badanie, do udziału w którym zapraszamy Państwa, dotyczy potrzeb pacjentów korzystających z publicznej opieki zdrowotnej oraz możliwości lekarzy w zakresie ich zaspokajania. Badanie realizowane jest w ramach Polsko-Norweskiej Współpracy Badawczej.

### Zasady badania

Badanie zawiera zestaw kwestionariuszy dotyczących Państwa oczekiwań wobec wizyty u lekarza oraz jakości i zadowolenia z uzyskanej opieki medycznej. Do kwestionariuszy tych dołączona jest także seria pytań ankietowych nawiązujących do Państwa sytuacji życiowej i zdrowotnej. Ani w kwestionariuszach, ani w ankiecie nie ma złych czy dobrych odpowiedzi. Chodzi w nich po prostu o odpowiedzi szczerze.

### Anonimowość wyników badania

Prowadzone badania są anonimowe. Wszystkie zebrane w badaniu dane przetwarzane będą bez Państwa imienia i nazwiska. Zawierający imię i nazwisko arkusz Świadomej Zgody na udział w badaniu przechowywany będzie oddzielnie od kwestionariuszy, bez możliwości połączenia ich ze sobą. Ankieterzy zobowiązani są do zachowania pełnej dyskrecji.

### Kto prowadzi badania?

Badania prowadzone są przez badaczy z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) oraz badaczy z Norweskiego Uniwersytetu Nauki i Techniki (Trondheim, Norwegia). Administratorem danych jest WUM. Kierownikiem projektu jest dr n. med. Dorota Włodarczyk z Zakładu Psychologii Medycznej WUM.

**Udział w badaniu jest dobrowolny.** Jeżeli zgadzają się Państwo w nim uczestniczyć, prosimy o podpisanie zamieszczonej na odwrocie Świadomej Zgody na udział w badaniu.

Wierzymy, iż prowadzone badanie pozwoli uzyskać odpowiedź na wiele pytań dotyczących potrzeb i oczekiwań pacjentów korzystających z publicznej opieki zdrowotnej i w konsekwencji – pomoże lekarzom w odpowiednim planowaniu wizyt. Z tego powodu będziemy niezwykle wdzięczni za Państwa udział w badaniu.

Serdecznie dziękujemy za zainteresowanie naszym badaniem i chęć wzięcia w nim udziału. Państwa pomoc i otwartość są dla nas bardzo cenne.

*Dr Dorota Włodarczyk*  
Kierownik Projektu PRACTA

PRACTA

AKTYWIZACJA SENIORÓW  
w PR@KTYCE MEDYCZNEJ  
ACTIVATING THE ELDERLY  
by MEDICAL PR@CTICE



MEDICAL  
UNIVERSITY  
OF WARSAW



NTNU – Trondheim  
Norwegian University of  
Science and Technology



POLISH-NORWEGIAN  
RESEARCH  
PROGRAMME



Narodowe Centrum  
Badań i Rozwoju



## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIU

**Tytuł badania:** Promocja aktywności seniorów w publicznej opiece zdrowotnej: diagnoza psychospołecznych potrzeb pacjentów i wzmacnianie interpersonalnych kompetencji lekarzy.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am przedstawione mi informacje dotyczące badania poświęconego potrzebom pacjentów korzystających z publicznej opieki zdrowotnej oraz możliwości lekarzy w zakresie ich zaspokajania. Otrzymałem/am wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu i jestem świadomy/a faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na dalszy w nim udział bez podania przyczyny.

Swoje dane podaję dobrowolnie. Zostałem/am poinformowany/a o anonimowym sposobie przetwarzania danych z badania oraz o tym, że administratorem danych będzie Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Rozumiem, że wszelkie dane zbierane i wykorzystane zostaną jedynie w celach naukowych i zgadzam się na to.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w tym badaniu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o Ochronie Danych Osobowych z 29.08.1997). Zgadzam się na przekazanie moich anonimowych danych do innych krajów i na przetwarzanie ich w celach naukowych.

Otrzymałem/am kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem ankietera i datą.

### Pacjent

.....  
IMIĘ I NAZWISKO (CZYTELNIE)

.....  
PODPIS

.....  
DATA ZŁOŻENIA PODPISU

(ręką pacjenta)

### Osoba uzyskująca zgodę na badanie

Oświadczam, że omówiłem/am przedstawione badanie z pacjentem/pacjentką używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem/am informacji dotyczących natury i znaczenia badania.

.....  
IMIĘ I NAZWISKO (CZYTELNIE)

.....  
PODPIS

.....  
DATA ZŁOŻENIA PODPISU

PRACTA

AKTYWIZACJA SENIORÓW  
w PR@KTYCE MEDYCZNEJ

ACTIVATING THE ELDERLY  
by MEDICAL PR@CTICE



MEDICAL  
UNIVERSITY  
OF WARSAW



NTNU – Trondheim  
Norwegian University of  
Science and Technology



POLISH-NORWEGIAN  
RESEARCH  
PROGRAMME



Narodowe Centrum  
Badań i Rozwoju



## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIU

**Tytuł badania:** Promocja aktywności seniorów w publicznej opiece zdrowotnej; diagnoza psychospołecznych potrzeb pacjentów i wzmacnianie interpersonalnych kompetencji lekarzy.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am przedstawione mi informacje dotyczące badania poświęconego potrzebom pacjentów korzystających z publicznej opieki zdrowotnej oraz możliwości lekarzy w zakresie ich zaspokajania. Otrzymałem/am wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu i jestem świadomy/a faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na dalszy w nim udział bez podania przyczyny.

Swoje dane podaję dobrowolnie. Zostałem/am poinformowany/a o anonimowym sposobie przetwarzania danych z badania oraz o tym, że administratorem danych będzie Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Rozumiem, że wszelkie dane zbierane i wykorzystane zostaną jedynie w celach naukowych i zgadzam się na to.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w tym badaniu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o Ochronie Danych Osobowych z 29.08.1997). Zgadzam się na przekazanie moich anonimowych danych do innych krajów i na przetwarzanie ich w celach naukowych.

Otrzymałem/am kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem ankietera i datą.

### Pacjent

.....  
IMIĘ I NAZWISKO (CZYTELNIE)

.....  
PODPIS

.....  
DATA ZŁOŻENIA PODPISU

(ręką pacjenta)

### Osoba uzyskująca zgodę na badanie

Oświadczam, że omówiłem/am przedstawione badanie z pacjentem/pacjentką używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem/am informacji dotyczących natury i znaczenia badania.

.....  
IMIĘ I NAZWISKO (CZYTELNIE)

.....  
PODPIS

.....  
DATA ZŁOŻENIA PODPISU

## Skala Oczeowań Pacjenta – P - PRZED

Poniżej przedstawiono zestaw stwierdzeń odnoszących się do różnych elementów wizyty u lekarza. Przy każdym stwierdzeniu zamieszczono 7-stopniową skalę odpowiedzi. **Prosimy zaznaczyć znakiem X kwadrat przy tej cyfrze, która najlepiej wyraża stopień, w jakim dany element wizyty u lekarza jest dla Pana/Pani istotny.** Cyfra 1 oznacza, że jest on dla Pana/Pani *zupełnie nieistotny*, a cyfra 7 - że jest *bardzo istotny*. Bardzo prosimy o szczere odpowiedzi i ustosunkowanie się do wszystkich stwierdzeń.

### Zależy mi na tym, aby podczas tej wizyty lekarz ...

1. ... stwierdził przyczynę moich dolegliwości.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

2. ... przedstawił mi prawdopodobny dalszy przebieg leczenia.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

3. ... omówił możliwe konsekwencje choroby.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

### Zależy mi na tym, aby podczas tej wizyty lekarz ...

1. ... przedstawił wyniki przeprowadzonych badań.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

2. ... udzielił mi porady na temat lekarstw, które przyjmuję.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

3. ... przedstawił zalecenia związane z kuracją.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

### Zależy mi na tym, aby podczas tej wizyty lekarz ...

1. ... porozmawiał ze mną o tym jak się czuję i jak sobie radzę.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

2. ... dodał mi otuchy.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

3. ... okazał mi troskę.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*



### Zależy mi na tym, aby podczas tej wizyty lekarz ...

1. ... porozmawiał ze mną o tym, co szkodzi mojemu zdrowiu.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

2. ... poradził, co mogę robić, aby poprawiać swoje funkcjonowanie w codziennym życiu.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

3. ... zachęcił mnie do wprowadzania zmian sprzyjających zdrowiu (np. aktywność fizyczną, stosowanie diety).

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

### Zależy mi na tym, aby podczas tej wizyty lekarz ...

1. ... odpowiedział, jak podtrzymywać kontakty z innymi ludźmi.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

2. ... porozmawiał ze mną o tym, jak mogę aktywnie spędzać czas.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

3. ... odpowiedział, jak utrzymać zadowolenie z życia.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

### Zależy mi na tym, aby podczas tej wizyty lekarz ...

1. ... był do mnie życzliwie nastawiony.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

2. ... potraktował mnie z powagą.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*

3. ... okazał mi szacunek.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zupełnie nieistotne*

*bardzo istotne*



## Skala Komunikacji – P – PRZED

Poniżej przedstawiono listę konkretnych zachowań lekarza w czasie wizyty. Podobnie jak poprzednio **prosimy zaznaczyć znakiem X kwadrat przy tej cyfrze, która najlepiej wyraża stopień, w jakim ważne jest dla Pana/Pani, aby lekarz zachowywał się w czasie wizyty w określony sposób.**

Jest dla mnie ważne, aby lekarz ...	Zupełnie nieważne	Bardzo ważne
1. ... przywitał mnie w uprzejmy sposób.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
2. ... omówił ze mną powód wizyty.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
3. ... słuchał mnie uważnie.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
4. ... okazał zrozumienie dla moich problemów.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
5. ... upewniał się czy mnie dobrze rozumie.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
6. ... zachęcał mnie do zadawania pytań.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
7. ... odpowiadał na wszystkie moje pytania.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	

Jest dla mnie ważne, aby lekarz ...	Zupełnie nieważne	Bardzo ważne
8. ... upewniał się czy dobrze go rozumiałem/am.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
9. ... wyrażał się w zrozumiały dla mnie sposób.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
10. ... na bieżąco podsumowywał poszczególne tematy.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
11. ... poinformował mnie jak będzie przebiegało badanie.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
12. ... zadbał o mój komfort w czasie badania (np. mierzenia ciśnienia, osłuchiwania).	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
13. ... przeznaczył tyle czasu ile mi potrzebne na wszystkie części wizyty (rozmowę, przygotowanie do badania, zastanowienie itp.).	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	

Zupełnie nieważne

Bardzo ważne



<b>Jest dla mnie ważne, aby lekarz ...</b>	<i>Zupełnie nieważne</i>	<i>Bardzo ważne</i>
14. ... przedstawił dostępne w mojej sytuacji możliwości leczenia.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
15. ... wyjaśnił dlaczego powinienem zastosować się do przedstawionych zaleceń.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
16. ... upewnił się, czy będę mógł zastosować się do tych zaleceń.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
17. ... zanotował główne zalecenia dla mnie (np. zapisał leki i sposób ich przyjmowania).	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
18. ... omówił plan dalszego postępowania i leczenia.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
19. ... krótko podsumował całą wizytę.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
<b>Jest dla mnie ważne, aby lekarz ...</b>	<i>Zupełnie nieważne</i>	<i>Bardzo ważne</i>
20. ... zachęcił do udziału w podejmowaniu decyzji.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
21. ... dał możliwość wyrażenia własnej opinii.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
22. ... uwzględnił moje zdanie w podejmowaniu decyzji.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
23. ... stworzył atmosferę, w której w nieskrępowany sposób można mówić o swoich intymnych sprawach.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
24. ... dostrzegł moje uczucia i podszedł do nich ze zrozumieniem.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
25. ... zadbał o dobrą atmosferę w czasie całej wizyty.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
26. ... wzbudził moje zaufanie.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
	<i>Zupełnie nieważne</i>	<i>Bardzo ważne</i>



## Dane ogólne

1. Wiek:
2. Płeć: K  M
3. Stan cywilny:
- panna/kawaler  w separacji/rozwiedziony
- związek małżeński/partnerski  wdowa/wdowiec
4. Wykształcenie:
- podstawowe  średnie, zakończone maturą
- zawodowe  wyższe
- średnie, bez matury
5. Miejsce zamieszkania:
- wieś  duże miasto (101-500 tys. mieszkańców)
- małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)  Warszawa
- średnie miasto (21-100 tys. mieszkańców)  inne bardzo duże miasto (powyżej 500 tys. mieszkańców)
6. Z kim Pan(i) mieszka? [jeden lub więcej „X”]
- sam(a)  z innymi członkami swojej rodziny
- ze współmałżonkiem/partnerem  z innymi osobami nie będącymi członkami rodziny
- z dziećmi  w ośrodku dla osób starszych
- z wnukami
7. Jaki jest Pana/i status zawodowy? [jeden lub więcej „X”]
- aktywny/a zawodowo – pełny wymiar czasu pracy  emeryt
- aktywny/a zawodowo – niepełny wymiar czasu pracy  rencista
- bezrobotny
8. Jak Pan/Pani ocenia swoją sytuację materialną?
- zła  raczej zła  przeciętna  raczej dobra  dobra





## Stan zdrowia

1. Jak ocenia Pan(i) swój aktualny stan zdrowia? (w porównaniu do osób będących w podobnym wieku)
- bardzo dobry     dobry     przeciętny     zły     bardzo zły
2. Czy w ciągu ostatnich 6. miesięcy był(a) Pan(i) [jeden lub więcej „X”]:
- | <u>W szpitalu</u>  | <u>Bez pobytu w szpitalu</u>   |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> na ostrym dyżurze, bez konieczności pozostania w szpitalu | <input type="checkbox"/> na wizycie u innego lekarza pierwszego kontaktu |
| <input type="checkbox"/> na zabiegu/operacji                                       | <input type="checkbox"/> na wizycie u specjalisty                        |
| <input type="checkbox"/> na innym leczeniu lub obserwacji                          | <input type="checkbox"/> na badaniach diagnostycznych                    |
|  | <input type="checkbox"/> w sanatorium                                    |
|  | <input type="checkbox"/> żadne z powyższych                              |
3. Na ile chorób choruje i/lub leczy się Pan(i) obecnie?
- żadną     1 choroba     2-3 choroby     4-5 chorób     6 i więcej
4. Proszę określić, w jakim stopniu Pana/Pani aktualny stan zdrowia powoduje ograniczenia w następujących czynnościach [jeden „X” przy każdym twierdzeniu]:

	<i>Nie ogranicza</i>	<i>W niewielkim stopniu ogranicza</i>	<i>W średnim stopniu ogranicza</i>	<i>Bardzo ogranicza</i>
Samodzielna toaleta całego ciała	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ubieranie się	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Przygotowywanie i spożywanie posiłków	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Przyjmowanie leków	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poruszanie się po domu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Czytanie i oglądanie telewizji	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Robienie zakupów	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Korzystanie z komunikacji miejskiej	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Prowadzenie samochodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Załatwianie spraw urzędowych	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>



## Dzisiejsza wizyta u lekarza

Odpowiadając na poniższe pytania proszę odnosić się do dzisiejszej wizyty u lekarza.

1. Jak długo leczy się Pan(i) u tego lekarza?  
 będzie to moja pierwsza wizyta  leczę się dłużej, proszę podać ile lat \_\_\_\_\_
2. Ile razy był(a) Pan(i) u tego lekarza w ciągu ostatniego roku?  
 wcale  1 – 2 razy  3 – 7 razy  8 i więcej razy
3. Jak długo oczekiwał(a) Pan(i) na tę wizytę od momentu zapisania?  
 wizyta była w dniu zapisu  powyżej tygodnia do 2 tygodni  
 do 3 dni  powyżej 2 tygodni  
 4 – 7 dni  nie pamiętam
4. Czy łatwo było dostać się do tego lekarza?  
 bardzo łatwo  łatwo  przeciętnie  trudno  bardzo trudno
5. Jaki jest cel Pana/Pani dzisiejszej wizyty? [jeden lub więcej „X”]  
 zasięgnięcie porady  badania kontrolne  
 leczenie (np. przepisanie leków, skierowanie na zabieg)  podpisanie dokumentów  
 skierowanie do specjalisty  inne  
 skierowanie na badania

### CZAS na WIZYTĘ u LEKARZA

W tym miejscu przerwiemy badanie.

O wypełnienie kilku dalszych ankiet poprosimy Pana/Panią po zakończeniu wizyty u lekarza.



## Skala Zadowolenia Pacjenta z Wizyty – P - PO

1. Czy polecił/a/by Pan/Pani tego lekarza swojej rodzinie lub przyjaciołom?

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. Czy chciał/a/by Pan/Pani przyjść do tego lekarza ponownie?

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. Gdyby była możliwość łatwej zmiany przychodni, czy nadal leczył/a/by się Pan/Pani tutaj?

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

1. W jakim stopniu jest Pan/Pani zadowolona z wizyty u tego lekarza?

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie niezadowolony/a*

*zdecydowanie zadowolony/a*

2. Czy Pana/Pani oczekiwania związane z wizytą u lekarza zostały spełnione?

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. W jakim stopniu jest Pan/Pani zadowolona z czasu, jaki lekarz przeznaczył na konsultację?

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie niezadowolony/a*

*zdecydowanie zadowolony/a*

4. Biorąc pod uwagę rejestrację, podróż, czas oczekiwania, otrzymaną pomoc itd., warto było przyjść na tę wizytę?

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

Jak długo oczekiwał(a) Pan(i) na tę wizytę w poczekalni?

nie dłużej niż  
kwadrans

około pół godziny

około godziny lub  
dłużej

nie pamiętam



## Skala Oczeowań Pacjenta – P - PO

### W czasie tej wizyty lekarz ...

1. ... stwierdził przyczynę moich dolegliwości.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... przedstawił mi prawdopodobny dalszy przebieg leczenia.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... omówił możliwe konsekwencje choroby.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

### W czasie tej wizyty lekarz ...

1. ... przedstawił wyniki przeprowadzonych badań.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... udzielił mi porady na temat lekarstw, które przyjmuję.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... przedstawił zalecenia związane z kuracją.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

### W czasie tej wizyty lekarz ...

1. ... porozmawiał ze mną o tym jak się czuję i jak sobie radzę.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... dodał mi otuchy.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... okazał mi troskę.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*



### W czasie tej wizyty lekarz ...

1. ... porozmawiał ze mną o tym, co szkodzi mojemu zdrowiu.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... poradził, co mogę robić, aby poprawiać swoje funkcjonowanie w codziennym życiu.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... zachęcił mnie do wprowadzania zmian sprzyjających zdrowiu (np. aktywność fizyczną, stosowanie diety).

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

### W czasie tej wizyty lekarz ...

1. ... odpowiedział, jak podtrzymywać kontakty z innymi ludźmi.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... porozmawiał ze mną o tym, jak mogę aktywnie spędzać czas.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... odpowiedział, jak utrzymać zadowolenie z życia.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

### W czasie tej wizyty lekarz ...

1. ... był do mnie życzliwie nastawiony.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... potraktował mnie z powagą.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... okazał mi szacunek.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*



## Skala Komunikacji – P - PO

### W czasie tej wizyty lekarz ...

Zdecydowanie  
nie

Zdecydowanie  
tak

1. ... przywitał mnie w uprzejmy sposób. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
2. ... omówił ze mną powód wizyty. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
3. ... słuchał mnie uważnie. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
4. ... okazał zrozumienie dla moich problemów. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
5. ... upewniał się czy mnie dobrze rozumie. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
6. ... zachęcał mnie do zadawania pytań. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
7. ... odpowiadał na wszystkie moje pytania. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

### W czasie tej wizyty lekarz ...

Zdecydowanie  
nie

Zdecydowanie  
tak

8. ... upewniał się czy dobrze go zrozumiałem/am. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
9. ... wyrażał się w zrozumiały dla mnie sposób. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
10. ... na bieżąco podsumowywał poszczególne tematy. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
11. ... poinformował mnie jak będzie przebiegało badanie. 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
12. ... zadbał o mój komfort w czasie badania (np. mierzenia ciśnienia, osłuchiwania). 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7
13. ... przeznaczył tyle czasu ile było mi potrzeba na wszystkie części wizyty (rozmowę, przygotowania do badania, zastanowienie itp.). 1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

Zdecydowanie  
nie

Zdecydowanie  
tak





<b>W czasie tej wizyty lekarz ...</b>	<b>Zdecydowanie nie</b>	<b>Zdecydowanie tak</b>
14. ... przedstawił dostępne w mojej sytuacji możliwości leczenia.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
15. ... wyjaśnił dlaczego powinienem zastosować się do przedstawionych zaleceń.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
16. ... upewnił się, czy będę mógł zastosować się do tych zaleceń.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
17. ... zanotował główne zalecenia dla mnie (np. zapisał leki i sposób ich przyjmowania).	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
18. ... omówił plan dalszego postępowania i leczenia.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
19. ... krótko podsumował całą wizytę.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	

<b>W czasie tej wizyty lekarz ...</b>	<b>Zdecydowanie nie</b>	<b>Zdecydowanie tak</b>
20. ... zachęcał mnie do udziału w podejmowaniu decyzji.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
21. ... dawał możliwość wyrażenia własnej opinii.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
22. ... uwzględniał moje zdanie w podejmowaniu decyzji.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
23. ... stworzył atmosferę, w której w nieskrępowany sposób można mówić o swoich intymnych sprawach.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
24. ... dostrzegał moje uczucia i podchodził do nich ze zrozumieniem.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
25. ... zadbał o dobrą atmosferę w czasie całej wizyty.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
26. ... wzbudził moje zaufanie.	1 <input type="checkbox"/> — 2 <input type="checkbox"/> — 3 <input type="checkbox"/> — 4 <input type="checkbox"/> — 5 <input type="checkbox"/> — 6 <input type="checkbox"/> — 7 <input type="checkbox"/>	
	<b>Zdecydowanie nie</b>	<b>Zdecydowanie tak</b>



## Skala Postawy Wobec Choroby i Leczenia – P - PO

Poniższe stwierdzenia odnoszą się do dzisiejszej wizyty u lekarza. Prosimy o wstawienie znaku X w kwadracie przy tej cyfrze na skali od 1 do 7, która najlepiej określa stopień, w jakim zgadza się Pan/Pani z każdym z nich.

### Ta wizyta u lekarza sprawiła, że ...

1. ... rozumiem naturę i przyczyny swoich dolegliwości.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... znam dostępne sposoby leczenia moich dolegliwości.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... rozumiem wyniki wszystkich swoich badań.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

4. ... wiem, jak działa każdy z przepisanych mi leków.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

5. ... wiem, jak zapobiegać dalszym problemom ze zdrowiem.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

6. ... wiem, jak odpowiednio do mojego wieku utrzymywać lub polepszyć zdrowie.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

### Ta wizyta u lekarza sprawiła, że ...

1. ... poradzę sobie w dalszym leczeniu i stosowaniu zaleceń.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... uważam, że mam wpływ na to, jak będę czuć się w przyszłości.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... rozumiem, że mój aktywny udział w leczeniu i zapobieganiu chorobom jest ważny dla mojego funkcjonowania i sprawności.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*



### Ta wizyta u lekarza sprawiła, że ...

1. ... czuję się spokojniejszy/a.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... wierzę w skuteczność zaleconego leczenia.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... mam nadzieję, że mój stan zdrowia się poprawi.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

### Ta wizyta u lekarza sprawiła, że ...

1. ... czuję się przygnębiony/a.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... mam obawy dotyczące moich dolegliwości.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... wątpię w możliwość poprawy mojego funkcjonowania.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

### Ta wizyta u lekarza sprawiła, że ...

1. ... zamierzam sumiennie przestrzegać zaleceń.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

2. ... mam zamiar dowiedzieć się więcej o swoim stanie zdrowia.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

3. ... obmyślałam plan, jak wykonywać dane mi zalecenia.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

4. ... zamierzam aktywnie uczestniczyć w leczeniu.

1  — 2  — 3  — 4  — 5  — 6  — 7

*zdecydowanie nie*

*zdecydowanie tak*

**BYŁ TO OSTATNI ZESTAW PYTAŃ.**

**RAZ JESZCZE BARDZO DZIĘKUJEMY ZA POMOC  
ORAZ ZA TO, ŻE POŚWIĘCILI NAM PAŃSTWO SWÓJ CZAS.**



## Wypełnia ankieter

Kod placówki:

--	--	--

(3-cyfrowy numer porządkowy placówki, np. placówka nr 4 - kod 004, placówka nr 78 – kod 078)

Data badania:

--	--	--	--	--	--	--	--

(format zapisu: dd mm rrrr)

Czas trwania wizyty:

--	--

(opis formatu w minutach, np. 15 min., 65 min.)

Pomoc w wypełnianiu: TAK  NIE

Braki danych (maksymalnie 5):

--	--	--	--	--

Odmowa udzielenia odpowiedzi w pytaniach (nazwa kwestionariusza, numer pytania):

.....

.....

.....