

(Załącznik nr 14 do Umowy)

ANKIETA

dotycząca badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości udzielonych świadczeń

☐

kobieta

☐

mężczyzna

Niniejsza ankieta skierowana jest do Państwa w związku z realizacją świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 „Opolskie dla Rodziny”” w celu oceny poziomu satysfakcji uczestnika, jak również oceny jakości świadczeń medycznych.

Badanie przeprowadzane jest anonimowo

1. Jak ocenia Pani sposób realizacji zadania przez wykonawcę?

1.	2.	3.	4.	5.
1. Bardzo źle	2. Źle	3. Neutralnie	4. Dobrze	5. Bardzo dobrze

proszę postawić znak X przy odpowiedniej kratce

2. Czy wsparcie otrzymane w ramach Programu było w Pani ocenie wystarczające?

1.	2.	3.	4.	5.
1. Zdecydowanie nie	2. Raczej nie	3. Trudno powiedzieć	4. Raczej tak	5. Zdecydowanie tak

proszę postawić znak X przy odpowiedniej kratce

3. Czy w przyszłości wzięłaby Pani udział w podobnym Programie?

1.	2.	3.	4.	5.
1. Zdecydowanie nie	2. Raczej nie	3. Trudno powiedzieć	4. Raczej tak	5. Zdecydowanie tak

proszę postawić znak X przy odpowiedniej kratce

Jak ocenia Pani, czy realizacja Programu przyczyniła się do (proszę postawić znak X w odpowiedniej kratce):

	SKALA OCEN					
	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Trudno powiedzieć	Raczej tak	Zdecydowanie tak	Nie dotyczy
Zwiększenia Pani świadomości w zakresie konieczności fizycznego i psychicznego przygotowania się do porodu?						
Zwiększenia poziomu Pani wiedzy na temat praw wynikających ze standardów opieki okołoporodowej?						
Zwiększenia poziomu Pani wiedzy na temat ciąży, porodu, położu i macierzyństwa w porównaniu z okresem zanim została Pani objęta Programem?						
Wypracowania umiejętności wczesnego rozpoznawania symptomów rozpoczynającego się porodu?						
Nabycia przez Panią umiejętności w zakresie stosowania technik relaksacyjnych, wykonywania ćwiczeń usprawniających, prawidłowego oddychania podczas porodu, karmienia piersią, pielęgnacji i kąpieli noworodka/niemowlęcia?						
Zadowolenia z przebiegu porodu?						

Zwiększenia Pani poczucia bezpieczeństwa podczas porodu?						
Pozytywnego nastawienia do bólu porodowego i samego porodu?						
Podjęcia przez Panią decyzji o karmieniu dziecka piersią?						
Zwiększenia poziomu Pani wiedzy na temat rozwoju dziecka?						
Zwiększenia poziomu Pani wiedzy na temat prawidłowego żywienia dzieci?						
Zwiększenia wiedzy i świadomości w zakresie konieczności diagnozowania i postępowania z dzieckiem do 2 roku życia z zaburzeniami rozwojowymi?						
Zwiększenia wiedzy na temat świadomego, prawidłowego pielęgnowania dziecka?						
Podjęcia przez Panią decyzji o zaszczepieniu dziecka przeciwko pneumokokom?	- Nie dotyczy -					
Zaangażowania bliskich w proces rehabilitacji i leczenia dziecka?						
Zwiększenia świadomości prozdrowotnej?						
Wzrostu Pani wiedzy na temat możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci (w ramach świadczeń przysługujących z NFZ oraz spoza NFZ)?						

4. Czy planuje Pani kolejną ciążę?

1.	2.	3.	4.	5.
1. Zdecydowanie nie	2. Raczej nie	3. Trudno powiedzieć	4. Raczej tak	5. Zdecydowanie tak
proszę postawić znak X przy odpowiedniej kratce				

5. Czy uważa Pani, szczepienia ochronne dzieci za konieczne dla zdrowia dzieci i młodzieży?

1.	2.	3.	4.	5.
1. Zdecydowanie nie	2. Raczej nie	3. Trudno powiedzieć	4. Raczej tak	5. Zdecydowanie tak
proszę postawić znak X przy odpowiedniej kratce				

6. Przez jaki okres czasu karmiła Pani dziecko piersią?*

☐ do 6 miesięcy
 ☐ od 6 miesięcy do 12 miesięcy
 ☐ Powyżej 12 miesięcy

7. Czy w okresie laktacyjnym występowały jakiegokolwiek trudności lub przeciwwskazania do karmienia dziecka piersią?*

.....

.....

8. Jakie są Pani potrzeby lub propozycje w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej na terenie województwa opolskiego w przyszłości?

.....

.....

*jeśli dotyczy