**ANKIETA EWALUACYJNA**

**oceniająca usługi doradztwa indywidualnego**

**z zakresu opieki długoterminowej**

**dla pacjentów i ich opiekunów**

Poniższa ankieta służy wyłącznie ocenie wsparcia udzielanego w ramach usług doradztwa indywidualnego z zakresu opieki długoterminowej dla pacjentów i ich rodzin realizowanego przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie, 30-663 Kraków, ul. Wielicka 267 w ramach projektu „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej” współfinansowanego ze środków MF EOG i NMF 2009-2014 w ramach programu PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno–epidemiologicznych”.

Bardzo proszę o uważne przeczytanie poniższych pytań i wybranie wariantu odpowiedzi najbardziej odpowiadającego Państwa opinii; odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem w okienku obok wybranej odpowiedzi:

1. Osoba **wypełniająca** ankietę jest:

[ ] PACJENTEM objętym wsparciem

[ ] OPIEKUNEM pacjenta objętego wsparciem

1. Proszę podać jaki **rodzaj wsparcia** (**porady**) Pan/Pani otrzymał/otrzymała w ramach usług doradztwa indywidualnego z zakresu opieki długoterminowej?

[ ] LEKARZA

[ ] PIELĘGNIARKI

[ ] PSYCHOLOGA

[ ] REHABILITANTA

[ ] PRACOWNIKA SOCJALNEGO

1. Proszę podać jak ocenia Pan/Pani **przydatność** uzyskanego wsparcia?

- wsparcie **lekarza** oceniam:

[ ] WYSOKO [ ] DOŚĆ WYSOKO [ ] ŚREDNIO [ ] DOŚĆ NISKO [ ] NISKO

- wsparcie **pielęgniarki** oceniam:

[ ] WYSOKO [ ] DOŚĆ WYSOKO [ ] ŚREDNIO [ ] DOŚĆ NISKO [ ] NISKO

- wsparcie **psychologa** oceniam:

[ ] WYSOKO [ ] DOŚĆ WYSOKO [ ] ŚREDNIO [ ] DOŚĆ NISKO [ ] NISKO

- wsparcie **rehabilitanta** oceniam:

[ ] WYSOKO [ ] DOŚĆ WYSOKO [ ] ŚREDNIO [ ] DOŚĆ NISKO [ ] NISKO

- wsparcie **pracownika socjalnego** oceniam:

[ ] WYSOKO [ ] DOŚĆ WYSOKO [ ] ŚREDNIO [ ] DOŚĆ NISKO [ ] NISKO

4. Czy według Pana/Pani uzyskane wsparcie (porady, konsultacje) **pomogło uniknąć** sytuacji wymagających kontaktu z lekarzem lub pielęgniarką w przychodni?

[ ] TAK [ ] CZĘŚCIOWO TAK [ ] NIE [ ] TRUDNO OKREŚLIĆ

1. Czy wsparcie umożliwiło poprawę któregoś z poniższych **aspektów życia**?

[ ] CODZIENNE FUNKCJONOWANIE W DOMU

[ ] CODZIENNE FUNKCJONOWANIE POZA DOMEM

[ ] REALIZACJA ZAINTERESOWAŃ

[..] KONTAKT Z RODZINĄ

[..] KONTAKT Z BLISKĄ OSOBĄ

[ ] ŻYCIE RELIGIJNE

[ ] WIARA W SIEBIE

[ ] INNE NIEWYMIENIONE (proszę podać jakie): ………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Czy uważa Pan/Pani, że ogólnie **jakość życia** dzięki uzyskanemu wsparciu (poradom, konsultacjom) uległa poprawie?

[ ] TAK [ ] CZĘŚCIOWO TAK [ ] NIE [ ] TRUDNO OKREŚLIĆ

7. W **jaki sposób** uzyskał/uzyskała Pan/Pani informacje o możliwości uzyskania wsparcia (porad, konsultacji) z opieki długoterminowej w ramach niniejszego programu?

[ ] prasa [ ] telewizja [ ] ustnie od znajomych

[ ] lekarz [ ] internet

[ ] inne (proszę podać jak):……………………………………………………………………………………….