**Ankieta**

**potrzeb zdrowotnych**

**mieszkańców**

**Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej**

**2022 r.**

1. **Jak ocenia Pan(i) ogólny stan swojego zdrowia?**

* Bardzo dobre
* Raczej dobre
* Średnie
* Raczej złe
* Bardzo złe

1. **Jak ocenia Pan(i) ogólny stan zdrowia członków swojej najbliższej rodziny?**

* Bardzo dobre **□** Raczej dobre
* Średnie **□** Raczej złe
* Bardzo złe

**3. Czy spotkał(a) się Pan(i) z pojęciem profilaktyki zdrowotnej?**

* Tak **□** Nie ( jeśli nie – przejdź do pytania nr 12)
* Nie wiem

**4. Co dla Pan(i) wiąże się z tym pojęciem?**

* Zapobieganie chorobom **□** Dbanie o zdrowie
* Wykonywanie różnych badań **□** Zdrowy styl życia
* Odpowiednia dieta **□** Higiena osobista
* Aktywność fizyczna **□** Czyste środowisko
* Przeciwdziałanie uzależnieniom
* Nie wiem

**5. Czy dla Pan(i) profilaktyka zdrowotna jest ważna?**

* Tak **□** Nie **□** Nie wiem

**6. Z jakich źródeł najwięcej dowiaduje się Pan(i) o profilaktyce zdrowotnej?**

**(można zaznaczyć kilka odpowiedzi).**

* Prasa **□** Ulotki **□** Telewizja
* Bilbordy **□** Internet **□** Rodzina

**□** Znajomi **□** Radio **□** Lekarz POZ

**7. Czy uprawia Pani/Pan jakąś formę aktywności fizycznej?**

* Tak **□** Nie ( jeśli nie – przejdź do pytania nr 15)

**8. Jeśli tak, to jaką?**

* Fitness / aerobic **□** Nordic walking
* Joga / pilates **□** Pływanie
* Siłownia **□** Jazda na rowerze
* Spacery **□** Bieganie
* Inne:

**9. Ile razy w tygodniu wykonuje Pan(i) ćwiczenia fizyczne?**

* 1 raz w tygodniu **□** 2-3 razy w tygodniu
* 4 razy w tygodniu i więcej **□**codziennie
* Wcale

**10. Czy ma Pan(i) problem z utrzymaniem prawidłowej wagi?**

* Tak:…………….. **□** Nie:……………….

**11. Proszę podać swój wzrost oraz wagę.**

* Wzrost:……………..  **□** Waga:……………….

**12. Czy korzystał(a) Pan(i) z pomocy dietetyka.**

* TAK:…………….. **□** Nie:……………….

**13. Swoje samopoczucie psychiczne ocenia Pan(i) jako:**

* Bardzo dobre **□** Raczej dobre
* Średnie **□** Raczej złe
* Bardzo złe

**14. Czy korzystał(a) Pan(i) z porady lekarskiej z powodu złego samopoczucia psychicznego w ostatnim roku?**

* Tak **□** Nie

**15. Jakie problemy zdrowotne występują najczęściej u Pana(i) lub u dorosłych członków najbliższej rodziny? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi).**

* Alergie **□**…Choroby jamy ustnej/próchnica
* Choroby płuc **□**…Choroby krwi i układu krzepnięcia
* Choroby serca **□**…Choroby naczyń krwionośnych
* Choroby tarczycy **□** Wady słuchu
* Choroby wątroby **□** Wady wzroku
* Nowotwory **□** Uzależnienia
* Choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach, osteoporoza)
* Choroby układu krążenia (zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia)
* Choroby układu limfatycznego (obrzęk limfatyczny, zapalenie migdałków)
* Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)
* Choroby układu nerwowego (padaczka, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia)
* Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)
* Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)
* Zaburzenia psychiczne (stres, depresja, nerwica)
* Inne:………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

1. **Czy kiedykolwiek znalazł (a) się Pan(i) w sytuacji, że musiał(a) Pan(i) zrezygnować z leczenia z powodów finansowych?**

* Tak **□** Nie

1. **Czy kiedykolwiek znalazł (a) się Pan(i) w sytuacji, że musiał(a) Pan(i) zrezygnować z leczenia z któregoś z podanych powodów?    
   Zaznacz wszystkie właściwe**

* Odległość do przychodni lekarskiej/specjalistycznej od miejsca zamieszkania
* Długie kolejki do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
* Długie oczekiwanie do lekarza specjalisty
* Nie byłem w takiej sytuacji

1. **Jak ocenia Pan(i) dostęp do lekarzy POZ?**

* Bardzo dobrze **□** Dobrze **□** Słabo

**□** Źle **□** Nie korzystam

1. **Jakie problemy zdrowotne występują najczęściej u Pana(i) niepełnoletnich dzieci? (proszę zaznaczyć trzy najczęściej występujące problemy).**

* Nie posiadam niepełnoletnich dzieci
* U moich dzieci nie występują problemy zdrowotne
* Alergie **□**  Choroby jamy ustnej/próchnica
* Choroby płuc **□** Choroby krwi
* Choroby serca **□** Choroby naczyń krwionośnych
* Choroby tarczycy **□** Wady słuchu
* Choroby wątroby **□** Wady wzroku
* Nowotwory
* Uzależnienia
* Choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa,

stawów, stany po złamaniach, osteoporoza)

* Choroby układu krążenia (zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia)
* Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu

moczu)

* Choroby układu nerwowego (padaczka, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia)
* Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)
* Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)
* Zaburzenia psychiczne (stres, depresja, nerwica)
* Inne:……………………………………………………………………………………….………………………….…………………….

1. **Jak ocenia Pan(i) dostęp do lekarzy specjalistów?**

* Bardzo dobrze **□** Dobrze **□** Słabo

**□** Źle **□** Nie korzystam

**23. Gdzie najczęściej korzysta Pan(i) z usług specjalistów?**

* Powiat kaliski □ Powiat ostrowski □ Powiat pleszewski
* Miasto Kalisz □ Miasto Ostrów Wlkp. □ Miasto Pleszew
* w swojej miejscowości

(proszę podać nazwę miejscowości)…………………………………………………….…………………….……………...

* Inne:……………………………………………………………………………………………………..……………………………….……

1. **Z usług jakich specjalistów korzystał(a) Pan(i) w ostatnim roku?**

**Zaznacz wszystkie specjalności z których usług korzystałeś.**

* Neurolog □ Kardiolog □ Chirurg
* Ginekolog/położnik □ Ortopeda □ Reumatolog
* Endokrynolog □ Pulmonolog □ Laryngolog
* Okulista □ Rehabilitacja □ Internista
* Urolog □ Nie korzystam
* Inne:……………………………………………………..

**25. Czy w ostatnim roku wymagał(a) Pan(i) rehabilitacji?**

* Tak **□** Nie

**26. Czy udało się skorzystać z rehabilitacji w ciągu trzech miesięcy od wystawienia skierowania ?**

* Tak **□** Nie

**27. Czy u Pana(i) lub najbliższych zdiagnozowano w ostatnich 2 latach chorobę nowotworową?**

* Tak **□** Nie

**28. Czy w ciągu ostatnich 2 lat chorował(a) Pan(i) na grypę?**

* Tak **□** Nie

**29. Czy szczepił(a) się Pan(i) przeciwko grypie.**

* Tak **□** Nie

**30. Szczepienia u swoich dzieci wykonuję:**

* Zgodnie z książeczką szczepień - wszystkie
* Zgodnie z książeczką szczepień - wszystkie oraz szczepienia zalecane
* Zgodnie z książeczką szczepień, ale nie wszystkie
* Nie szczepię wcale dzieci □ Nie mam dzieci

**31. Czy korzysta Pan(i) z dostępnych badań profilaktycznych?**

* Zdecydowanie tak  **□** Raczej tak
* Raczej nie **□** Zdecydowanie nie
* Jeżeli „nie” proszę odpowiedzieć na poniższe pytanie:

**32. Nie wykonuję badań kontrolnych/wizyt u lekarza, ponieważ: Zaznacz wszystkie właściwe**

* Nie mam czasu **□** Są długie kolejki
* Nie wiem jakie badania mam robić **□** Nie wiem gdzie się zgłosić

**□** Nie mam pieniędzy

**□** Mam dobry stan zdrowia i nie muszę go kontrolować

**33. (PYTANIE DO KOBIET)  Jakie badania miała pani wykonywane w ostatnim roku? Zaznacz WSZYSTKIE jakie były wykonane**

* Samobadanie piersi **□** Mammografia piersi
* USG piersi **□** Badanie cytologiczne
* Nie miałam wykonywanych powyższych badań

**34. (PYTANIE DO MĘŻCZYZN) Czy w ciągu ostatniego roku miał Pan wykonywane? Zaznacz WSZYSTKIE jakie były wykonane.**

* Badanie palpacyjne (badanie dotykowe) prostaty
* Badanie obrazowe (USG, rezonans magnetyczny) prostaty
* Oznaczenie PSA
* Nie miałem wykonywanych powyższych badań

**35. Czy skorzystałby(a) Pan(i) z bezpłatnego programu szczepień przeciwko:  Zaznacz wszystkie właściwe**

* Grypie **□** Pneumokokom
* Meningokokom **□** Kleszczowemu zapaleniu mózgu
* Nie skorzystałbym/łabym

**36.** **Czy przebył(a) Pan(i) zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?**

* Tak **□** Nie
* Nie wiem

**37. Czy otrzymał(a) Pan(i) już szczepienie przeciwko COVID-19?**

* Tak, pełne szczepienie (szczepionka dwudawkowa)
* Tak, pełne szczepienie (szczepionka jednodawkowa)
* Tak, pierwszą dawką, czekam na drugą dawkę
* Nie, ale jestem zarejestrowany(a) na szczepienie
* Nie, nie zamierzam się szczepić
* Nie otrzymałam/em

**38. Co powinno być poprawione/dodane Pana(i) zdaniem w ramach działań na rzecz zdrowia na terenie Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej? Zaznacz wszystkie właściwe**

* Szczepienia ochronne
* Wykłady/spotkania ze specjalistami
* Programy profilaktyczne/edukacyjne dla dzieci
* Programy profilaktyczne/edukacyjne dla seniorów
* Świadczenia rehabilitacyjne
* Nic, działania w ramach aglomeracji są prawidłowe
* Nie znam działania władz w zakresie zdrowia.

1. **Płeć**

* Kobieta □ Mężczyzn

**40**. **Proszę podać wiek:**

**□ ……………**

**41.** **Wykształcenie**

* Podstawowe **□** Zasadnicze zawodowe
* Średnie **□** Policealne
* Niepełne wyższe **□** Wyższe

**42. Miejsce zamieszkania:**

* Miasto **□** Wieś

**43. Miejsce zatrudnienia:**

* Prowadzę działalność gospodarczą
* Pracuję na pełnym etacie
* Pracuję na etacie w niepełnym wymiarze godzin
* Pracuję na umowę o dzieło, zlecenie
* Uczę się (szkoła, studia)
* Prowadzę gospodarstwo rolne
* Zajmuję się domem i dziećmi
* Jestem emerytem(ką)
* Jestem rencistą(ką)
* Jestem bezrobotny(a)

**Dziękuję za wypełnienie ankiety**.

Badanie ankietowe jest całkowicie anonimowe, a wyniki zostaną wykorzystane w formie statystycznej do planowania i realizacji polityki zdrowotnej na terenie Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej.   
Pytania ankietowe kierowane są do pełnoletnich mieszkańców AKO.