****

Załącznik nr 14 do Umowy

**A N K I E T A**

**dotycząca badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości udzielonych świadczeń**

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 | | | | | | | | | |

1. **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 | | | | | | | | | |

1. **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, połogu 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?** |  |  |  |  |  |  |
| **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)?** |  |  |  |  |  |  |

1. **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** | | | | | | | | | |

1. **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** | | | | | | | | | |

1. **Przez jaki okres czasu karmiła Pani dziecko piersią?\***

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Czy w okresie laktacyjnym występowały jakiekolwiek trudności lub przeciwwskazania do karmienia dziecka piersią?\***

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

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

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

\*jeśli dotyczy