

## Kwestionariusz ankiety ewaluacyjnej

**Szanowni Państwo,**

zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza ankiety, dotyczącego realizacji programu **Wsparcie kobiet ciężarnych i matek dzieci z wrodzoną wadą rozwojową oraz ich rodzin pn. "OD-ŻYJ"**, finansowanego z budżetu Miasta Wrocławia. Badanie jest anonimowe a wyniki każdego wypełnionego kwestionariusza stanowiąc będą informację dotyczącą doskonalenia Programu.

**Dziękujemy za poświęcony czas**

### Instrukcja wypełniania kwestionariusza ankiety

Przy każdym pytaniu prosimy o zaznaczenie znakiem x odpowiedzi TAK lub NIE, jeśli TAK, wówczas należy zakreślić znakiem X wartość procentową/liczbową.

Prosimy zakreślić tę cyfrę, która najlepiej odpowiada Pani/Pana ocenie.

Będziemy wdzięczni za uzupełnienie ankiety własnymi opiniami i spostrzeżeniami.

#### 1. Czy w ramach Programu korzystał/a Pan/Pani z opieki psychologicznej?

TAK  NIE

#### 2. Jeśli tak, proszę ocenić w skali od 0-100% wpływ konsultacji psychologicznych i/lub udział w grupach wsparcia na poprawę Pani/Pana samopoczucia psychicznego

(0% brak poprawy samopoczucia- 100% bardzo wysoki poziom poprawy samopoczucia)

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

#### 3. Czy wsparcie specjalistów pomogło Pani/Panu w zaakceptowaniu diagnozy medycznej dotyczącej wrodzonej wady rozwojowej dziecka?

TAK  NIE

#### 4. Jeśli tak, proszę ocenić o ile procent

(0% brak akceptacji- 100% bardzo wysoki poziom akceptacji)

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

#### 5. Czy udział w Programie wpłynął na zwiększenie poziomu Pani/Pana wiedzy o wrodzonej wadzie rozwojowej, sposobie leczenia, rehabilitacji i opiece nad dzieckiem z niepełnosprawnościami?

TAK  NIE

#### 6. Jeśli tak, proszę ocenić o ile procent

(0% brak wiedzy- 100% bardzo wysoki poziom wiedzy)

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

#### 7. Czy rehabilitant uczył Panią/Pana usprawniania ruchowego dziecka?

TAK  NIE

#### 8. Jeśli tak, proszę ocenić o ile wzrosły Pani/Pana umiejętności rehabilitacyjne

(0% brak umiejętności rehabilitacyjnych- 100% bardzo wysoki poziom umiejętności)

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

**9. Czy urodzenie dziecka niepełnosprawnego spowodowało u Pani/Pana poczucie izolacji społecznej ?**

TAK  NIE

**10. Jeśli tak, proszę podać przyczyny odczuwanej izolacji społecznej:**

- ograniczanie osobistych kontaktów przez rodzinę
- brak wsparcia i pomocy pracowników z podmiotów leczniczych (np. POZ, poradnie specjalistyczne)
- brak wsparcia pracowników instytucji pomocy społecznej (np. MOPS)
- ograniczanie osobistych kontaktów z sąsiadami, ze znajomymi
- inne, jakie?

**11. Czy Pani/Pana udział w Programie wpłynął na poprawę funkcjonowania społecznego?**

TAK  NIE

**12. Jeśli tak, proszę ocenić o ile procent.**

(0% brak poprawy funkcjonowania społecznego – 100% bardzo wysoka poprawa)

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

**13. Czy udział w Programie poprawił Pani jakość życia?**

TAK  NIE

**14. Jeśli tak, proszę ocenić o ile procent**

(0% brak poprawy jakości życia – 100% bardzo duża poprawa jakości życia)

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

**15. Jak ocenia Pani/Pan jakość udzielanych konsultacji specjalistycznych w Programie?**

Każde pytanie proszę ocenić używając skali od **0-5** i zaznaczyć wybrane odpowiedzi znakiem X.  
**Cyfra 0** oznacza nie korzystanie np. z konsultacji, porady telefonicznej, **cyfra 1** najniższą ocenę, **cyfra 5** najwyższą ocenę.

Lp.	Kryteria oceny	Skala ocen					
		0	1	2	3	4	5
1.	Punktualność. Czy konsultacja odbyła się o umówionej godzinie?	0	1	2	3	4	5
2.	Zapewnienie warunków bezpieczeństwa	0	1	2	3	4	5
3.	Wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji, komunikatywność i cierpliwość	0	1	2	3	4	5
4.	Życzliwość i zaangażowanie oraz troska o pacjenta	0	1	2	3	4	5
5.	Informacja o dalszym postępowaniu profilaktycznym i leczeniu	0	1	2	3	4	5

**16. Uwagi**