МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

Републике Србије

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ

„Др Милан Јовановић Батут”



ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Дијализни центар** или **2. Одељење за хемодијализу**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| РЕДНИ БРОЈ УПИТНИКА |  |  |  |

**УПИТНИК О ЗАДОВОЉСТВУ КОРИСНИКА ЛЕЧЕЊА**

**ХРОНИЧНИМ ПРОГРАМОМ ДИЈАЛИЗЕ**

Поштовани,

Љубазно Вас молимо да одговорите на питања која се односе на Ваше задовољство током коришћења услуга дијализног центра/одељења за хемодијализу. Ваши искрени одговори ће нам помоћи да сагледамо Ваше потребе и да унапредимо здравствену заштиту

Учешће у анкети је добровољно и анонимно.*.*

**1. Пол**

1. Мушки
2. Женски

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Године старости** (уписати у кућицу): |  |  |

**3. Место становања**

1. Градско насеље
2. Остало

**4. Завршена школа:**

1. Непотпуна основна школа
2. Основна школа
3. Средња школа
4. Виша и висока школа

**5. Какав је Ваш брачни статус?**

1. Никад се нисам женио/удавала
2. У браку/ ванбрачној заједници
3. Удовац/ица
4. Разведен/а

**6. Како бисте дефинисали Ваш тренутни радни статус?**

* 1. Запослен/а
  2. Незапослен/a
  3. Ученик/ца, студент/киња
  4. У пензији

**7 . Материјално стање Вашег домаћинства је:**

1. Веома лоше
2. Лоше
3. Осредње
4. Добро
5. Веома добро

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**8. Колико година сте на хроничном програму дијализе**

(број уписати у кућицу, уколико је време краће од годину дана уписати 00):

**9. Колико пута недељно Вам је лекар прописао да се дијализирате**

* 1. Два пута или мање
  2. Три пута
  3. Четири пута

**10. Колико просечно сати траје Ваша дијализа**

1. Мање од 4 сата
2. 4 сата
3. Више од 4 сата

**О ВАШЕМ ЦЕНТРУ ЗА ДИЈАЛИЗУ**

1. **Да ли је дијализни центар у коме се тренутно дијализирате** *(заокружите оно што одговара у моменту попуњавања упитника):*
   1. у Вашој матичној установи
   2. у другој здравственој установи у коју сте послати из Ваше матичне установе због постављања венског катетера/АВ фистуле или пратећих обољења
2. **Коју врсту транспорта користите за долазак у центар за дијализу?**
   1. Приватни превоз (возач/путник/аутобус/такси)
   2. Организовани транспорт здравствене установе у којој је дијализни центар
   3. Организовани транспорт друге здравствене установе
3. **Време које проведете у превозу у једном смеру (од куће до дијализног центра) је \_\_\_ минута**
4. **Да ли имате могућност да бирате дане који Вам одговарају за дијализу** 1. Да 2. Не
5. **Да ли имате могућност да бирате периоде током дана (термин) који Вам одговара за дијализу**

1. Да 2. Не

**УСЛОВИ У ПОГЛЕДУ ПРОСТОРА ТОКОМ ДИЈАЛИЗЕ**

1. **Оцените од 1 до 5 (где 1 значи веома лоше, а 5 одлично) услове/опремљеност собе за дијализу?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Карактеристика*** | ***Оцена*** | | | | |
| а) Расположиви простор око дијализне постеље | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| б) Температура просторије | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| в) Осветљење просторије | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| г) Ниво буке | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**17. Оцените од 1 до 5 (где 1 значи веома лоше, а 5 одлично) колико сте задовољни**

*Напомена: Н/П (није примењиво) означава да у Вашем дијализном центру не постоји нпр. гардероба/туш и сл.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Карактеристика*** | ***Оцена*** | | | | | ***Н/П*** |
| а) Начином да се забавите током поступака дијализе (ТВ, часописа, итд.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| б) Лаганим оброком који Вам се послужује | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| в) Условима у чекаоници (клима/грејање) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| г) Условима у гардероби | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| д) Условима у тоалету | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**О ВАШИМ ХЕМОДИЈАЛИЗАМА**

**18. Оцените од 1 до 5 (где 1 значи веома лоше, а 5 одлично) услуге сестринске неге током дијализе**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Карактеристика*** | ***Оцена*** | | | | |
| а) Време које Вам посвети за слушање | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| б) Хитно одазивање на Ваш позив | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| в) Могућност да постављате питања | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| г) Пажња која се посвећује Вашој болести | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**19. Оцените од 1 до 5 (где 1 значи веома лоше, а 5 одлично) услуге лекара током дијализе**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Карактеристика*** | ***Оцена*** | | | | |
| а) Време које Вам посвети за слушање | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| б) Хитно одазивање на Ваш позив | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| в) Могућност да постављате питања | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| г) Пажња која се посвећује Вашој болести | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**20. Оцените од 1 до 5 (где 1 значи веома лоше, а 5 одлично) следеће аспекте пружања услуге дијализе**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Карактеристика*** | ***Оцена*** | | | | |
| а) Ваше учешће у доношењу одлука о свом лечењу | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| б) Могућност добијања личних консултација када то желите | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| в) Поштовање Ваше интиме током дијализе | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| г) Могућност да приступите својој медицинској документацији када то желите | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**21. Оцените од 1 до 5 (где 1 значи веома лоше, а 5 одлично) колико сте задовољни информацијама које сте добили пре** **почетка терапије дијализом**

*Напомена: Н/П (није примењиво) означава да информацију нисте добили.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Tema*** | ***Оцена*** | | | | | ***Н/П*** |
| а) О току Ваше дијализе | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| б) О могућим компликацијама Ваше дијализе | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| в) О значају редовног дијализирања | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| г) О терапији лековима | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| д) О могућим компликацијама терапије лековима | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ђ) О ограничењима у исхрани | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| е) О бављењу физичким активностима | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ж) О сексуалном животу | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**22. Да ли добро подносите дијализу (нема грчева, пада крвног притиска и умора)?**

1. Да 2. Не

**23. Да ли скраћујете/прескачете време које је одређено за дијализу?**

1. Да 2. Не

**24. У претходних месец дана прескочили сте дијализни поступак**

1. Једном
2. Два пута
3. Три пута
4. Ниједном

**25. У претходних месец дана скратили сте дијализни поступак**

1. Једном
2. Два пута
3. Три пута
4. Ни једном

**26. Да ли се придржавате савета лекара у вези са дијетом и уносом течности?**

1. редовно се придржавам
2. повремено одступам
3. не придржавам се

**27. Да ли се придржавате савета лекара у вези са узимањем лекова ?**

1. редовно се придржавам
2. повремено одступам
3. не придржавам се

**28.** **Да ли сте били у ситуацији да морате да из сопствених средстава набавите неки лек који узимате због дијализе?**  1. Да 2. Не

**29. Да ли сте морали да одустанете од узимања неког лека због његове цене?** 1. Да 2. Не

**30. Да ли Вам је тај лек препоручен од лекара који прати Ваше лечење у дијализном центру?**  1. Да 2. Не

**31. Узимајући у обзир све наведено на скали од 1 до 5 (где је 1 – веома незадовољан, а 5 – веома задовољан) оцените колико сте генерално задовољни дијализом у Вашем дијализном центру:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Оцена укупног задовољства*** | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**32. Како мислите да може да се унапреди/побољша пружање дијализе у Вашем дијализном центру?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ХВАЛА НА САРАДЊИ И УЧЕШЋУ У АНКЕТИ!