

Kwestionariusz

Doświadczenia z (ambulatoryjnej) opieki w zakresie zdrowia psychicznego (GGZ) lub uzależnień (VZ)

Przeznaczone dla osób od 16 roku życia, które były lub są leczone w poradni zdrowia psychicznego lub poradni leczenia uzależnień

Indeks CQ Opieka zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień

Wersja 5.1

Kwestionariusz został opracowany przez Significant i Alliantie Kwaliteit in de GGZ (**Akwa GGZ**) na zlecenie i we współpracy z (przedstawicielami) holenderskich służb zdrowia psychicznego i Narodowej Platformy Zdrowia Psychicznego **MIND**.

Podziękowania dla SynQust za umożliwienie przeprowadzenia pilotażu walidacyjnego.

Kwestionariusz powstał w oparciu o wcześniejsze wersje indeksu CO Krótkoterminowa ambulatoryjna opieka nad zdrowiem psychicznym i leczenia uzależnień, z udziałem Trimbos Instituut Stichting Miletus, Stichting Benchmark GGZ i organizacji powiązanych

(Adaptacja polska/wersja pilotażowa: Bujek-Kubas I.C., Mojs E., Dodot A., Kuklis M. (2022))

Szanowni Państwo,

prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety, dotyczącej leczenia/terapii, które podjęte zostało w poradni zdrowia psychicznego

Udzielone przez Państwa odpowiedzi pomogą nam udoskonalić jakość świadczonych usług oraz przyczynią się do podniesienia poziomu opieki terapeutycznej w naszej placówce.

Ankieta składa się z 21 pytań. Zależy nam na poznaniu Państwa subiektywnych opinii związanych

z przebytym leczeniem. Nie ma odpowiedzi ani dobrych ani złych. Przy udzielaniu odpowiedzi dotyczących specjalisty prosimy o ocenę tej osoby, z którą mieli Państwo najczęstszy kontakt.

Wszystkie zebrane dane będą traktowane poufnie.

Udział w ankiecie jest dobrowolny i nie będzie miał wpływu na dalszy proces leczenia.

W poradniach zdrowia psychicznego oraz placówkach zajmujących się uzależnieniami wykorzystuje się zamiennie różne określenia, które często oznaczają to samo np. w jednej przychodni będzie mowa o planie leczenia, a w innej o ramowych etapach leczenia.

Pod pojęciem specjalisty rozumiemy: terapeutę/psychologa, psychiatrę lub pracownika socjalnego.

Pod nazwą leczenie rozumiemy: terapię, pomoc socjalną, wsparcie/doradztwo, opiekę psychiatryczną, farmakoterapię.

Pod pojęciem dolegliwości, rozumiane są problemy natury psychicznej, które przyczyniły się do podjęcia leczenia lub terapii.

1. Czy prowadząca Cię osoba potraktowała Cię poważnie ?

Zdecydowanie NIE  Zdecydowanie TAK

2. Czy prowadząca Cię osoba wyjaśniła Tobie wszystko w zrozumiały sposób?

Zdecydowanie NIE  Zdecydowanie TAK

3. Czy byłeś/aś w stanie łatwo skontaktować się z prowadzącą Cię osobą?
(telefonicznie, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub w inny sposób?)

Zdecydowanie NIE  Zdecydowanie TAK

4. Czy wyjaśniono Tobie zalety oraz wady przyjętych metod leczenia?

Zdecydowanie NIE  Zdecydowanie TAK

5. Czy poinformowano Cię o możliwych sposobach radzenia sobie z dolegliwościami?

Zdecydowanie NIE  Zdecydowanie TAK

6. Czy udzielono Tobie informacji na temat rezultatów, jakich możesz się spodziewać po ukończeniu leczenia?

Zdecydowanie NIE  Zdecydowanie TAK

7. Czy otrzymałeś/aś informacje o organizacjach pacjentów i/lub grupach samopomocy?

Zdecydowanie NIE  Zdecydowanie TAK

8. Czy mogłeś/aś współdecydować o swoim leczeniu?

Zdecydowanie NIE



Zdecydowanie TAK

9. Czy wspólnie z prowadzącą Cię osobą ustaliliście cel leczenia?

Zdecydowanie NIE



Zdecydowanie TAK

10. Czy Twoje życzenia były wzięte pod uwagę podczas leczenia?

(np. miejsce terapii, liczba sesji, pora dnia, pojedynczo lub w grupie, wybór osoby prowadzącej terapię: mężczyzna lub kobieta terapeuta)

Zdecydowanie NIE



Zdecydowanie TAK

11. Czy poinformowano Cię o możliwości zaangażowania Twoich bliskich (rodziny lub przyjaciół) w proces Twojego leczenia?

Zdecydowanie NIE



Zdecydowanie TAK

12. Czy Twoim zdaniem zastosowane leczenie było odpowiednie do Twoich dolegliwości?

Zdecydowanie NIE



Zdecydowanie TAK

13. Czy jesteś zadowolony/a z rezultatów leczenia?

Zdecydowanie NIE



Zdecydowanie TAK

14. Jeśli wypełniałeś kwestionariusze dotyczące Twojego samopoczucia, czy były one z Tobą omówione?

nie dotyczy, nie wypełniłem/am żadnego kwestionariusza`

Zdecydowanie NIE



Zdecydowanie TAK

15. Jeśli w trakcie leczenia otrzymywałeś/aś leki, czy omówiono z Tobą ich możliwe skutki uboczne?

- nie dotyczy, nie otrzymywałem/am żadnych leków podczas leczenia

Zdecydowanie NIE      Zdecydowanie TAK

16. Jak oceniasz proces leczenia?

Ocena od 1 do 10, gdzie 1 oznacza "bardzo źle", a 10 "doskonale".

- 1 bardzo złe leczenie
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 doskonałe leczenie

O Tobie samym /o Tobie samej:

17. Na jakie dolegliwości byłeś/aś leczony/a?

(można wskazać kilka odpowiedzi)

- Depresja lub objawy depresyjne
 Zaburzenia lękowe lub objawy lękowe
 Choroba afektywna dwubiegunowa
 Uzależnienie lub problemy z używaniem środków psychoaktywnych
 Zaburzenia osobowości
 Zaburzenia psychiatryczne
 Zaburzenia odżywiania
 Inne, jakie:

18. Na jakiej dolegliwości koncentrowało się Twoje leczenie w ubiegłym roku?

(Proszę wskazać jedną dominującą odpowiedź)

- Depresja lub objawy depresyjne
- Zaburzenia lękowe lub objawy lękowe
- Choroba afektywna dwubiegunowa
- Uzależnienie lub problemy z używaniem środków psychoaktywnych
- Zaburzenia osobowości
- Zaburzenia psychotyczne
- Zaburzeniem odżywiania
- Inne, jakie:.....

19. Płeć:

- Mężczyzna
- Kobieta
- Płeć neutralna

20. Wiek:

- od 16 do 24 lat
- od 25 do 34 lat
- od 35 do 44 lat
- od 45 do 54 lat
- od 55 do 64 lat
- od 65 do 74 lat
- od 75 do 79 lat
- 80 lat i starsi

21. Wykształcenie :

(proszę wskazać ostatnią ukończoną dyplomem szkołę)

- Brak wykształcenia
- Wykształcenie podstawowe
- Wykształcenie zawodowe
- Wykształcenie średnie - liceum ogólnokształcące
- Wykształcenie średnie zawodowe lub technikum
- Wykształcenie wyższe (3 lata - licencjackie, inżynierskie)
- Wykształcenie wyższe magisterskie
- Wykształcenie uniwersyteckie (5 lat)
- Inne, jakie:.....

Jeśli masz jakieś uwagi lub wskazówki dotyczące funkcjonowania naszej poradni lub sposobów leczenia, prosimy wpisać je poniżej. Pomogą nam one udoskonalić jakość świadczonych usług.

SERDECZNIE DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA