

ID No.



THE UNIVERSITY OF
MELBOURNE



kwestionariusz dotyczący wpływu oświaty zdrowotnej

Wersja 2.0 PRZED ROZPOCZĘCIEM

Wskazówki

Dziękujemy za wzięcie udziału w niniejszej ankiecie.

Odpowiedzi nie są oceniane jako prawidłowe lub błędne. Tym niemniej prosimy odpowiedzieć na każde pytanie najlepiej, jak Państwo mogą.

Jeśli mają Państwo jakieś pytania na temat tej ankiety, lub chcielibyście upewnić się, czy wszystko jest w niej dla Was zrozumiałe, prosimy skontaktować się z wykładowcą, tj. osobą prowadzącą kurs.

Państwa odpowiedzi zostaną potraktowane jako poufne i nie będą czytane przez Waszego instruktora. Możecie zwrócić kwestionariusz heiQ™ instruktorowi lub wysłać go do Chronic Disease Self-Management Research Unit. Jeśli zechcecie zwrócić go instruktorowi, prosimy włożyć go do załączonej koperty i zakleić dla zapewnienia poufności.

Raz jeszcze dziękuję Państwu za pomoc.

Richard Osborne, PhD
Chronic Disease Self-Management Research Unit
Centre of Rheumatic Diseases Department of Medicine
The Royal Melbourne Hospital The University of Melbourne
Parkville, VIC 3050

Tel.: (03) 8344 3148
Fax: (03) 9342 7632

Not for Distribution

		Date	Initials
OFFICE USE ONLY	Received	_____	_____
	Entered	_____	_____

Wskazówki

Prosimy wskazać, w jakim stopniu nie zgadzasz lub zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami, zaznaczając odpowiedź, która najlepiej cię w tej chwili określa.

Przykład

Pani Jane Citizen odpowiedziała na te pytania w sposób następujący:

Zaznacz kwadrat krzyżykiem:

W tej chwili

Stwierdzenia:

1. Uprawiam niektóre z moich hobby.
2. Planuję zabrać się za zajęcia fizyczne.

zdecydowanie się
nie zgadzam

nie zgadzam się

zgadzam się

zdecydowanie
się zgadzam

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli chodzi o stwierdzenie 1, odpowiedź Jane wskazuje, że w tej chwili zgadza się, że uprawiała niektóre ze swoich hobby.

Jeśli chodzi o stwierdzenie 2, Jane nie zgadza się ze stwierdzeniem, że w tej chwili planuje zabrać się za jakieś zajęcia fizyczne.

Prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

Zaznacz kwadrat krzyżykiem:

W tej chwili

- 1 Przez większość dni w tygodniu wykonuję przynajmniej jedno zajęcie w celu poprawy mojego zdrowia (np. spacer, relaksację, gimnastykę)
- 2 Nie przejmuję się, kiedy myślę o swoim zdrowiu
- 3 Przez większość dni robię niektóre z rzeczy, które naprawdę sprawiają mi przyjemność
- 4 Poza tym, że chodzę do lekarza, regularnie sprawdzam u siebie wszystkie zmiany zdrowotne
- 5 Często martwię się o swoje zdrowie
- 6 Staram się jak najwięcej korzystać z życia
- 7 Wiem, co może u mnie wywołać problemy zdrowotne i pogorszyć mój stan zdrowia
- 8 Moje problemy zdrowotne sprawiają, że jestem bardzo niezadowolony z życia

zdecydowanie się
nie zgadzam

nie zgadzam się

zgadzam się

zdecydowanie
się zgadzam

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

Zaznacz kwadrat krzyżykiem:



W tej chwili

	zdecydowanie się nie zgadzam	nie zgadzam się	zgadzam się	zdecydowanie się zgadzam
9 Obecnie robię w życiu rzeczy, które mnie interesują	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 O swoim zdrowiu myślę ze spokojem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Wiem, kiedy mój styl życia (np. gimnastyka, dieta, stres) powoduje u mnie problemy za zdrowiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Wykonuję codziennie przynajmniej jedno zajęcie fizyczne przez co najmniej 30 minut (np. spacer, praca w ogrodzie, fizyczna praca w domu, golf, taniec, pływanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Jeśli myślę o swoim zdrowiu, czuję się zadowolony	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Planuję robić coś przyjemnego i interesującego w czasie najbliższych kilku dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Nawet ze swoimi problemami zdrowotnymi, jestem zadowolony z życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Bardzo dobrze wiem, kiedy i dlaczego powinienem zażywać swoje leki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Często jestem zły, kiedy myślę o swoim zdrowiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Przez większość dni w tygodniu przeznaczam czas na zdrowe zajęcia (np. spacer, relaksację, gimnastykę)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Czuję się beznadziejnie przez moje problemy zdrowotne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Wydaje mi się, że aktywnie angażuję się w życie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Kiedy mam kłopoty ze zdrowiem, dobrze wiem, co powinienem robić, żeby nad nimi panować	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Czuję się odprężony, kiedy myślę o swoim zdrowiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Obserwuję uważnie swoje zdrowie i robię wszystko, co trzeba, żeby zachować możliwie najlepszy stan zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Niepokoję się, kiedy myślę o swoim zdrowiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Aby uprawiać ruch fizyczny, chodzę dla zdrowia przez co najmniej 15 minut dziennie większość dni w tygodniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Jestem optymistyczny, jeśli chodzi o moje problemy zdrowotne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Kiedy myślę o swoim zdrowiu, zdaję sobie sprawę, co mogę, a czego nie mogę robić	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Kiedy myślę o swoim zdrowiu, staję się przygnębiony	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zaznacz kwadrat krzyżykiem:

**W tej chwili**

zdecydowanie się
nie zgadzam

nie zgadzam się

zgadzam się

zdecydowanie
się zgadzam

29	Bardzo dobrze potrafię korzystać z urządzeń pomocniczych, aby poprawić swój stan zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Kiedy potrzebuję pomocy, mam mnóstwo osób, na które mogę liczyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Skutecznie umiem zaradzić ograniczeniom, jakie moje objawy (np. dolegliwości, ból lub stres) stwarzają dla mojej aktywności życiowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Mam bardzo dobre stosunki z lekarzami i innymi pracownikami służby zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Dobrze orientuję się, jak radzić sobie z moimi problemami zdrowotnymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Kiedy pojawiają się objawy związane z moim stanem zdrowia, posiadam umiejętności pomagające mi sobie z nimi radzić	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Staram się, żeby moje problemy zdrowotne nie były dla mnie przeszkodą w korzystaniu z życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Mam wystarczająco dużo przyjaciół, którzy pomagają mi radzić sobie z moimi problemami zdrowotnymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Mogę otwarcie rozmawiać z moim lekarzem na temat moich potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Wiem dobrze, jak korzystać z urządzeń pomocniczych ułatwiających mi życie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Kiedy czuję się chory, moja rodzina i opiekunowie naprawdę rozumieją przez co przechodzę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Śmiało informuję pracowników służby zdrowia o tym, co powinni wiedzieć, żeby mi pomóc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Udaje mi się zaspokajać swoje potrzeby zdrowotne z pomocą dostępnych służb zdrowotnych (np. lekarzy, szpitali i usług środowiskowych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Moje problemy zdrowotne nie rujną mi życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Ogólnie rzecz biorąc, sądzę, że moja rodzina i przyjaciele dobrze się mną opiekują	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Wydaje mi się, że wiodę bardzo dobre życie, nawet, gdy mam kłopoty ze zdrowiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Mam wystarczająco dużo możliwości porozmawiania na temat moich problemów zdrowotnych z ludźmi okazującymi mi zrozumienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Wspólnie z lekarzami i innymi pracownikami służby zdrowia uczestniczę w podejmowaniu decyzji związanych z moim stanem zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Nie pozwalam na to, by moje problemy zdrowotne zapanowały nad moim życiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Posiadam skuteczne umiejętności pozwalające mi radzić sobie ze stresem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Jeśli inni mogą sobie radzić z problemami podobnymi do moich, to ja też mogę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niektóre twoje dane osobowe

- 50 Ile masz lat?
- 51 Jaka jest twoja płeć?
 Żeńska Męska
- 52 Jaki jest twój kod pocztowy?
- 53 Włącznie z tobą, ile osób pełnoletnich (18+ lat) mieszka razem z tobą?
- 54 Czy jesteś pochodzenia aborygeńskiego lub z Wysp Cieśniny Torresa?
 Tak Nie
- 55 W którym kraju się urodziłeś?
 (prosimy podać nazwę)
- 56 Czy w domu posługujesz się językiem innym, niż angielski?
 (prosimy podać nazwę)
- 57 Jakie jest twoje wykształcenie?
 Brak, lub parę klas szkoły podstawowej
 Szkoła podstawowa
 Szkoła średnia gimnazjalna
 Szkoła średnia licealna
 Szkoła zawodowa
 Uniwersytet lub wyżej
- 58 Czy jesteś przewlekle chory, niepełnosprawny lub osłabiony, przy czym stan ten dotyczy ci od dłuższego czasu lub najprawdopodobniej będzie dotyczyć ci przez jakiś czas?
 (prosimy zaznaczyć fajką (✓) **wszystkie** odpowiednie kwadraty)
- Zapalenie kostno-stawowe
 Gościec przewlekły
 Ból mięśniowy
 Osteoporoza
 Choroba wieńcowa
 Astma
 Cukrzyca
 Rak
 Depresja
 Inne
- (prosimy podać nazwę)
- 59 Prosimy wymienić swój **główny** problem zdrowotny
 (prosimy podać tylko **jeden**)

Dzisiejsza data (prosimy wpisać)

/ / 2007

- 60 Czy kiedykolwiek brałeś udział w kursach oświatowych dotyczących zdrowia lub programach rehabilitacyjnych? (np. programach dotyczących artretyzmu, astmy, cukrzycy itp.)
 Jeśli TAK, prosimy podać:

Typ	Rok
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 61 Które z poniższych stwierdzeń najlepiej określa twoją sytuację odnośnie palenia?
 (Prosimy zaznaczyć tylko ✓ **jeden** kwadrat).
- a Palę codziennie b Palę od czasu do czasu
 c Nie palę d Nigdy nie paliłem
- 62 Czy jesteś obecnie zatrudniony za wynagrodzeniem?
 (Prosimy zaznaczyć tylko ✓ **jeden** kwadrat).
- a Tak, na pełny etat
 b Tak, na półetatu
 c Nie, niezatrudniony
 d Nie, obowiązki domowe
 e Nie, emeryt / rencista
- Inne (prosimy określić)

- 63 Czy posiadasz zniżkową kartę zdrowia (Health Care Concession Card)?
 Jeśli tak, zaznacz fajką (✓) **wszystkie** odpowiednie kwadraty.

- a Nie
 b Pensioner Concession Card (PCC)
 c Commonwealth Health Care Card (HCC)
 d Commonwealth Seniors Health Card
 e Repatriation Card z Dept. of Veteran Affairs
 f Low Income Health Card (LIC)

Inne (prosimy określić)

- 64 Oprócz Medicare, czy posiadasz obecnie prywatne ubezpieczenie zdrowotne?

Tak Nie

- 65 Czy planujesz schudnąć w niedalekiej przyszłości?

Tak Nie

- 66 Prosimy podać twój obecny

wzrost

a f/in
 m/cm

wagę

b lbs
 kg

**Dziękujemy Ci za poświęcenie czasu na wypełnienie tego kwestionariusza.
 Prosimy sprawdzić, czy odpowiedziałeś na wszystkie pytania.**