

ANKIETA BADAJĄCA POZIOM SATYSFAKCJI PACJENTÓW APTEK

Proszę o anonimowe wypełnienie ankiety, której wyniki posłużą do poprawy usług oferowanych w aptekach w Polsce.

CZĘŚĆ I: Dane demograficzne – pomogą sklasyfikować uzyskane dane.

Należy zaznaczyć tylko **jedną**, wybraną odpowiedź wpisując „X” w wyznaczonym polu.

1) Jestem:

kobietą

mężczyzną

2) Jestem w wieku:

do lat 19

20 – 29 lat

30 – 39 lat

40 – 49 lat

50 – 59 lat

powyżej
60 lat

3) Mieszkam:

we wsi

w mieście do
100 tys. mieszkańców

w mieście od 100 tys.
do 500 tys. mieszkańców

w mieście powyżej
500 tys. mieszkańców

CZĘŚĆ II: Ma na celu określenie profilu korzystania oraz oczekiwań względem usług farmaceutycznych

4) Jak często korzysta Pani/Pan z usług apteki?

1 – 2 razy w tygodniu

2 razy w miesiącu

rzadziej niż 2 razy w miesiącu

5) Jaki jest powód Pańskiej dzisiejszej wizyty w tej aptece? (można wybrać **kilka** odpowiedzi)

realizacja recepty

ból

skaleczenie, oparzenie,
kontuzja

przeziębienie, grypa

problemy związane z
przewodem pokarmowym

stres, napięcie

kaszel, chrypka

katar

alergia

zmiany skórne

bezsenność

zmiany w jamie ustnej

problemy ze wzrokiem

produkty kosmetyczne

inne

6) Które z poniższych stwierdzeń najlepiej opisuje, dlaczego wybrała Pani/wybrał Pan dziś właśnie tę aptekę?

Jest to apteka, którą zwykle wybieram.

Jest to jedna z kilku aptek, które zwykle wybieram.

Dziś pasowała mi akurat ta.

7) Czy uważa Pani/Pan, że w aptekach powinny być świadczone inne usługi związane ze służbą zdrowia, jak:

	Tak	Raczej tak	Nie wiem	Raczej nie	Nie
a) pomiar ciśnienia krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) badanie poziomu cukru we krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) badanie poziomu cholesterolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) pomiar parametrów ciała (np. wagi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Czy używa Pani/Pan inhalatora, glukometru bądź ciśnieniomierza? Jeśli tak, proszę zaznaczyć przy odpowiednim punkcie, czy uczestniczyłaby Pani/uczestniczyłby Pan w organizowanych przez aptekę szkoleniach dotyczących obsługi:

	Tak	Raczej tak	Nie wiem	Raczej nie	Nie
a) inhalatorów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) glukometrów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ciśnieniomierzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy skorzystałaby Pani/skorzystałby Pan z możliwości konsultacji z farmaceutą na temat:

	Tak	Raczej tak	Nie wiem	Raczej nie	Nie
a) zdrowego odżywiania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) aktywności fizycznej dopasowanej do indywidualnych potrzeb i możliwości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) wyjścia z nałogu (np. nikotynowego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) innej usługi wpisz:					

CZĘŚĆ III: Ma na celu ocenę personelu, asortymentu oraz budynku apteki.

9) Jaka jest Pańska opinia na temat personelu apteki? (do każdego stwierdzenia, proszę zaznaczyć **jedną** odpowiedź)

Personel apteki:	Tak	Raczej tak	Nie wiem	Raczej nie	Nie
a) rozpoznaje mnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) jest uprzejmy i traktuje mnie z szacunkiem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) chętnie udziela pomocy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) poświęca mi tyle czasu, ile potrzebuję.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) słucha uważnie tego, co mówię.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) odpowiada na wszystkie moje pytania i wyjaśnia wszelkie wątpliwości.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) mówi zrozumiałym dla mnie językiem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) interesuje się moim stanem zdrowia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) jest kompetentny, udziela rzetelnych informacji i dobrych rad, czym sprawia, że chciałbym do niego wrócić.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) nie narusza mojej przestrzeni prywatnej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) zależy mu na poprawie mojego zdrowia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) jest integralną częścią opieki zdrowotnej, jak lekarz czy pielęgniarka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Byłam/em obsługiwana/y dziś przez magistra farmacji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Byłam/em dziś obsługiwany przez technika farmacji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Jak oceniasz aptekę, pod względem poniższych stwierdzeń?

	Tak	Raczej tak	Nie wiem	Raczej nie	Nie
a) Apteka jest czysta i zadbane.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Apteka jest przejrzysta i dobrze zorganizowana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Poza lekami na receptę apteka oferuje także szeroki wybór leków bez recepty (OTC), suplementów diety, kosmetyków, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ilość personelu obsługującego jest wystarczająca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) W magazynie apteki zazwyczaj znajdują się leki, których potrzebuję, bądź są dostarczane w jak najkrótszym czasie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Nie musiałam/em długo czekać na obsłużenie .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Pańskie opinie dotyczące udzielania informacji o leku przez personel apteki?

	Tak	Raczej tak	Nie wiem	Raczej nie	Nie
a) Podczas wydawania leku farmaceuta wyjaśnił mi sposób zażywania leków.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Otrzymałam/em zrozumiałe wyjaśnienie co, w jakim celu i jak będę zażywał.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Po wizycie w aptece znam skutki uboczne leków oraz jak ich uniknąć.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Farmaceuta wyjaśnił mi jakie są skutki zażywania oraz nie stosowania leków.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Przed wydaniem leków bez recepty farmaceuta zapytał mnie o dolegliwości, choroby towarzyszące oraz zażywane leki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Chciałabym/chciałbym, aby informacja o dawkowaniu była także podana w formie naklejki na opakowaniu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ IV: Poziom satysfakcji z wizyty w aptece.**12) Biorąc pod uwagę poniższe stwierdzenia, proszę określić w jakim stopniu zgada się Pani/Pan z każdym z nich.**

	Tak	Raczej tak	Nie wiem	Raczej nie	Nie
a) Jestem zadowolona/y z czasu w jakim zostałam/em obsłużony.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jestem zadowolona/y z informacji uzyskanych od farmaceuty.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jestem zadowolona/y z pytań zadanych mi przez farmaceutę przed wydaniem leku (szczegóły choroby, alergie, stosowane leki).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jestem zadowolona/y z zachowania farmaceuty w czasie obsługi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jestem zadowolona/y z języka jakim posługiwał się farmaceuta w czasie omawiania spraw związanych z leczeniem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jestem zadowolona/y z czasu jaki został mi poświęcony.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Jestem usatysfakcjonowana/y poziomem prywatności utrzymanej podczas rozmowy oraz wydawania leku .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Jestem zadowolona/y z relacji jaką farmaceuta stara się utrzymać z pacjentem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Biorąc pod uwagę wszystko – personel, budynek, świadczone usługi – jestem zadowolony z wizyty.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bardzo dziękuję za wypełnienie ankiety.