

**Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του Προγράμματος
Τηλεϊατρικής Vodafone**

Ερωτηματολόγιο προς Εξεταζόμενους

Πανεπιστήμιο Μακεδονίας



Εργαστήριο ISEB lab



Ερευνητές

Γιώργος Ευθυμιάδης, Γιάννης Νικολαΐδης

Κωδικός εξεταζόμενου: _____

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας; _____

3. Ποιος είναι ο τόπος διαμονής σας;

Νομός: _____

Δήμος: _____

Κοινότητα (πόλη - χωριό): _____

4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος-η Έγγαμος-η Διαζευγμένος-η Χήρος-α

5. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Μαθητής - Φοιτητής Δημόσιος Υπάλληλος Αγρότης

Ιδιωτικός Υπάλληλος Ελεύθερος επαγγελματίας

Συνταξιούχος Άλλο: _____

6. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει;

Δεν έχω πάει σχολείο Δεν ολοκλήρωσα το Δημοτικό

Απόφοιτος Δημοτικού Απόφοιτος Γυμνασίου

Απόφοιτος Λυκείου Απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ

Μεταπτυχιακό Άλλο: _____

7. Πριν από την ένταξη του Περιφερειακού Ιατρείου/Κέντρου Υγείας της περιοχής σας στο «Πρόγραμμα Τηλεϊατρικής Vodafone» πόσο συχνά κάνατε τις ακόλουθες εξετάσεις σε νοσοκομεία - συμβεβλημένα ιατρεία;

	1 φορά το μήνα	1 φορά το εξάμηνο	1 φορά το χρόνο	Λιγότερο από 1 φορά το χρόνο	Ποτέ
1. Καρδιογράφημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Σπιρομέτρηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Κορεσμός οξυγόνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Μέτρηση ζαχάρου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Μέτρηση πίεσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Μέτρηση τριγλυκεριδίων - χοληστερόλης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Μετά την ένταξη του Περιφερειακού Ιατρείου/Κέντρου Υγείας της περιοχής σας στο «Πρόγραμμα Τηλεϊατρικής Vodafone» πόσο συχνά κάνετε τις ακόλουθες εξετάσεις σε νοσοκομεία - συμβεβλημένα ιατρεία;

	1 φορά το μήνα	1 φορά το εξάμηνο	1 φορά το χρόνο	Λιγότερο από 1 φορά το χρόνο	Ποτέ
1. Καρδιογράφημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Σπυρομέτρηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Κορεσμός οξυγόνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Μέτρηση ζαχάρου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Μέτρηση πίεσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Μέτρηση τριγλυκεριδίων - χοληστερόλης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Μετά την ένταξη του Περιφερειακού Ιατρείου/Κέντρου Υγείας της περιοχής σας στο «Πρόγραμμα Τηλεϊατρικής Vodafone» πόσο συχνά κάνετε τις ακόλουθες εξετάσεις μέσω του προγράμματος;

	1 φορά το μήνα	1 φορά το εξάμηνο	1 φορά το χρόνο	Λιγότερο από 1 φορά το χρόνο	Ποτέ
1. Καρδιογράφημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Σπυρομέτρηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Κορεσμός οξυγόνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Μέτρηση ζαχάρου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Μέτρηση πίεσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Μέτρηση τριγλυκεριδίων - χοληστερόλης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Όποτε κλείνετε προγραμματισμένο ραντεβού σε νοσοκομείο / συμβεβλημένο ιατρό των παρακάτω ειδικοτήτων, ποιο είναι το μέσο χρονικό διάστημα (σε ημέρες) που μεσολαβεί ως το ραντεβού;

α. Καρδιολόγος:_____ β. Πνευμονολόγος:_____ γ. Παθολόγος:_____

11. Στην περιοχή διαμονής σας υπάρχει σε λειτουργία Περιφερειακό Ιατρείο/ Κέντρο Υγείας;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δε γνωρίζω

12. Πού γίνεται συνήθως η εξέτασή σας από τον τοπικό ιατρό;

Στο Κέντρο Υγείας το Περιφερειακό Ιατρείο

Στο σπίτι σας Αλλού: _____

13.1. Ποια είναι κατά προσέγγιση η απόσταση (σε χλμ.) του τόπου κατοικίας σας από το κοντινότερο Νοσοκομείο; _____

13.2. Ποιος είναι ο τρόπος μετακίνησης (μεταφορικό μέσο) που χρησιμοποιείτε για να μεταβείτε σε αυτό; _____

14. Από ποιον είχατε πρωτοενημερωθεί σχετικά με την ύπαρξη του «Προγράμματος Τηλεϊατρικής Vodafone» που εφαρμόζεται στην περιοχή σας;

Από τον τοπικό ιατρό Από το δήμο/κοινότητα
Από το νοσοκομείο της περιοχής σας Από τη Vodafone
Από συγγενείς και φίλους Άλλο: _____
Δεν ενημερώθηκα από κανέναν

15. Πιστεύετε ότι έχουν βελτιωθεί οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην περιοχή σας μετά από την έναρξη του «Προγράμματος Τηλεϊατρικής Vodafone»;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε αξιόπιστες τις εξετάσεις που κάνει ο τοπικός ιατρός με τον εξοπλισμό του «Προγράμματος Τηλεϊατρικής Vodafone»;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Γνωρίζετε ότι μέσω του «Προγράμματος Τηλεϊατρικής Vodafone» παρέχεται η δυνατότητα στον τοπικό ιατρό να ζητήσει άμεσα συμβουλευτική γνώματευση από καρδιολόγο ή πνευμονολόγο του Ιατρικού κέντρου Αθηνών, για μια σειρά από εξετάσεις που κάνετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

18. Ενημερώνεστε από τον τοπικό ιατρό για τις γνωματεύσεις των ιατρών του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών;

ΝΑΙ ΟΧΙ

19. Αν ναι, πόσο αξιόπιστες θεωρείτε ότι είναι;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Η εφαρμογή του «Προγράμματος Τηλεϊατρικής Vodafone» έχει περιορίσει τις επισκέψεις σας στο νοσοκομείο για τις εξετάσεις που το πρόγραμμα υποστηρίζει;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Πιστεύετε ότι το «Πρόγραμμα Τηλεϊατρικής Vodafone» βοήθησε στην βελτίωση της κατάστασης της υγείας σας;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Συνολικά, πώς θα χαρακτηρίζατε/αξιολογούσατε το «Πρόγραμμα Τηλεϊατρικής Vodafone»;

Πολύ κακό	Κακό	Μέτριο	Καλό	Πολύ καλό
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Με βάση την προσωπική σας εμπειρία, πιστεύετε ότι ένα πρόγραμμα τηλεϊατρικής σαν το «Πρόγραμμα τηλεϊατρικής Vodafone» θα πρέπει να λειτουργεί σε μόνιμη βάση στην περιοχή σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν απαντήσατε όχι, παρακαλούμε αιτιολογήστε:

24. Έχετε κάποια ανησυχία όσον αφορά στην προστασία των προσωπικών σας δεδομένων;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν απαντήσατε ναι, παρακαλούμε αιτιολογήστε:

25. Γνωρίζετε ότι η λειτουργία του «Προγράμματος Τηλεϊατρικής Vodafone» χρηματοδοτείται αποκλειστικά από την εταιρεία Vodafone;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

26. Πιστεύετε ότι το «Πρόγραμμα Τηλεϊατρικής Vodafone» συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής σας;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>