

# Poprawa prac.pl

## Ankieta

Szanowni Państwo,

Piszę pracę magisterską, której celem jest zbadanie jakości stylu życia wśród pacjentów cierpiących na jaskrę.

Ankieta ma charakter anonimowy, a zgromadzone dane zostaną wykorzystane wyłącznie do celów badawczych.

Proszę o udzielenie szczerych odpowiedzi na wszystkie pytania poprzez umieszczenie krzyżyka w odpowiedniej kratce bądź udzielenie własnej odpowiedzi w pytaniach otwartych.

Dziękuję za udział w badaniu.

## Dane podstawowe

Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

Wiek:

- 18 – 25 lat
- 26 – 35 lat
- 36 – 50 lat
- 51 – 60 lat
- 61 – 70 lat
- 71 – 80 lat
- więcej niż 81 lat

Miejsce zamieszkania:

- Wieś
- Miasto

Wykształcenie:

- Podstawowe
- Zasadnicze zawodowe
- Średnie
- Wyższe

# PoprawaPrac.pl

## Pytania dotyczące jaskry

1. Od ilu lat choruje Pan/i na jaskrę?

.....

2. Jaki rodzaj jaskry u Pana/i zdiagnozowano? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Jaskra pierwotna
- Jaskra wtórna (stanowiąca powikłanie po innej chorobie)
- Jaskra oka zamkniętego kąta przesączenia
- Jaskra oka otwartego kąta przesączenia
- Nie wiem

3. Czy występują u Pana/i choroby współistniejące?

- Nie
- Tak (jakie oka?).....
- Tak (jakie inne?).....

4. Jakie objawy pogarszające samopoczucie i funkcjonowanie występują u Pana/i? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Całkowita utrata wzroku
- Częściowa utrata pola widzenia
- Światłowstręt czy łzawienie oczu
- Zmniejszona ostrość widzenia
- Bóle oczu
- Bóle głowy
- Inne: .....

5. Czy stwierdzono u Pana/i predyspozycje genetyczne do rozwoju jaskry?

- Tak (jaskra występuje w mojej rodzinie)
- Nie

6. Jakie rodzaje leczenia stosował/a Pan/i w przeszłości? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Leczenie farmakologiczne (krople, leki)
- Laseroterapia
- Zabieg operacyjny
- Inne: .....

## Poprawa prac.pl

7. Czy stosuje się Pan/Pani do zaleceń lekarskich odnośnie przyjmowania leków?

- Nie
- Tak, ale czasem zapominam
- Tak, zawsze

### Pytania dotyczące stylu życia

8. Jak często je Pan/i owoce i warzywa?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy w ciągu dnia

9. Jak często pije Pan/Pani napoje alkoholowe?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy w ciągu dnia

10. Jak często uprawia Pan/i aktywność fizyczną?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy w ciągu dnia

11. Czy pali Pan/i papierosy?

- Nigdy
- Rzuciłem/am
- Tak

12. Czy korzysta Pan/i z okularów przeciwsłonecznych?

## PoprawaPrac.pl

- Tak, zawsze
- Czasami
- Tylko podczas wakacji
- Nie, ale rozważam zakup
- Nie i nie zamierzam

13. Jak dużo kofeiny spożywa Pan/i w ciągu dnia?

- Nie piję
- Raz dziennie
- 2-3 razy dziennie
- 4-5 razy dziennie
- Więcej niż 5 razy dziennie

14. Jakie jest główne źródło światła w miejscu pracy lub domu?

- Naturalne światło słoneczne
- Lampa biurkowa
- Żarówki lub halogeny
- LED
- Kilka różnych źródeł

15. Z jakich suplementów diety lub leków korzysta Pan/i w celu utrzymania zdrowia oczu?  
(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Kwas alfa-liponowy
- Witamina C
- Witamina E
- Witamina B12
- Witamina D3
- Omega-3
- Inne suplementy diety
- Leki przepisane przez lekarza specjalistę
- Nie korzystam