

Kwestionariusz ankiety:

Szczepienia przeciw COVID 19 w percepcji Pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM) (na przykładzie populacji regionu Wielkopolska)

Szanowni Państwo,

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety dotyczącej Państwa opinii na temat szczepień przeciw COVID 19. Państwa doświadczenia stanowią dla nas źródło istotnej wiedzy i zostaną opisane wyłącznie w celach naukowych.

A. Informacje o Pacjencie – profil Osoby

1. Poproszę Panią/ Pana o zaznaczenie oraz podanie właściwej odpowiedzi

1.1 Płeć:

- ☐ Żeńska
- ☐ Męska
- ☐ Inne

1.2 Wiek:

- ☐ 18-25 lat
- ☐ 26- 35 lat
- ☐ 36- 45 lat
- ☐ 46-55 lat
- ☐ 56-65 lat
- ☐ Powyżej 65 lat

1.3 Wykształcenie:

- ☐ Podstawowe
- ☐ Średnie
- ☐ Wyższe
- ☐ Wyższe niepełne (ukończenie studiów bez obrony dyplomu)
- ☐ Inne (jaka?).....

1.4 Rodzaj aktywności zawodowej w dniu wypełnienia ankiety

- ☐ Praca zdalna
- ☐ Praca stacjonarna
- ☐ Student/ Osoba ucząca się
- ☐ Osoba niezatrudniona
- ☐ Inna (jaka?).....

1.5 Rodzaj aktywności zawodowej w trakcie trwania pandemii koronawirusa (20 marca 2020-13 maja 2022)

- ☐ Praca zdalna
- ☐ Praca stacjonarna
- ☐ Student/ Osoba ucząca się
- ☐ Osoba niezatrudniona
- ☐ Inna (jaka?).....

1.6 Środowisko społeczne w miejscu zamieszkania w dniu wypełnienia ankiety

- ☐ Samodzielne zamieszkiwanie (bez innych domowników)
- ☐ Zamieszkiwanie z innymi domownikami

1.7 Środowisko społeczne w miejscu zamieszkania w okresie pandemii koronawirusa

- ☐ Samodzielne zamieszkiwanie (bez innych domowników)
- ☐ Zamieszkiwanie z innymi domownikami

1.8 Miejsce zamieszkania w dniu wypełnienia ankiety

- ☐ Miasto małe (do 20 tys. mieszkańców)
- ☐ Miasto średnie (od 20 do 100 tys. mieszkańców)
- ☐ Miasto duże (powyżej 100 tys. mieszkańców)
- ☐ Wieś

1.9 Miejsce zamieszkania w okresie pandemii koronawirusa

- ☐ Miasto małe (do 20 tys. mieszkańców)
- ☐ Miasto średnie (od 20 do 100 tys. mieszkańców)
- ☐ Miasto duże (powyżej 100 tys. mieszkańców)
- ☐ Wieś

B. Informacje o Pacjencie - Stwardnienie Rozsiane

2. Ile lat temu zdiagnozowano u Pani/ Pana SM?

(proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ W ostatnim roku
- ☐ W okresie 1-2 lat temu
- ☐ W okresie 3- 5 lat temu
- ☐ W okresie 5- 10 lat temu
- ☐ Powyżej 10 lat temu
- ☐ Nie jestem pewna/ pewien

3. Proszę o opisanie pierwszych symptomów SM, które Panią/ Pana zaniepokoiły

.....

.....

.....

4. Jaką formę SM zdiagnozowano w przypadku Pani/Pana?

(proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ postać rzutowo-remisyjna
- ☐ postać pierwotnie postępująca
- ☐ postać wtórnie postępująca
- ☐ postać pierwotnie postępująca z zaostrzeniami
- ☐ nie jestem pewna/ pewien

5. Czy przebieg Pani/ Pana choroby umożliwia Pani/ Panu samodzielne funkcjonowanie?
(proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie jestem pewna/pewien

6. Jakiego typu terapią został Pani/ Pan objęty?
(proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ leczenie rzutu choroby
- ☐ leczenie wpływające na naturalny przebieg choroby
- ☐ leczenie objawowe
- ☐ rehabilitacja i inne działania hamujące progresję
- ☐ nie jestem pewna/ pewien

7. Jakiego typu leki stosowane w leczeniu SM Pan/ Pani przyjmuje? (proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ Rebif
- ☐ Avonex
- ☐ Betaferon
- ☐ Plegridy
- ☐ Copaxone
- ☐ Remuler
- ☐ Tecifidera
- ☐ Aubagio
- ☐ Gilenya
- ☐ Tysabri
- ☐ Ocrevus
- ☐ Mavenclad
- ☐ Lemtrad
- ☐ Inne (jakie?)

8. Czy w trakcie pandemii nastąpiła zmiana w zakresie farmakoterapii?
(proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi oraz wpisanie leku przyjmowanego w trakcie pandemii, jeśli jest on inny, niż obecnie)

- ☐ Tak.....
- ☐ Nie.....

9. Czy zdiagnozowano u Pani/ Pana choroby współistniejące (proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi oraz wpisanie ewentualnych chorób współistniejących)

- ☐ Tak.....
.....
.....
.....
- ☐ Nie

C. Informacje o Pacjencie - Szczepienie przeciw COVID 19

10. Czy obawiał się Pan/ obawiała się Pani skutków ubocznych w sytuacji ewentualnego przyjęcia szczepień przeciw koronawirusowi? (proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ Tak
- ☐ Nie
(Jakich?).....
.....
.....

11. Skąd czerpał Pan/ czerpała Pani wiedzę na temat szczepień przeciw COVID 19?
(proszę o zaznaczenie właściwych odpowiedzi)

- ☐ Telewizja, radio, prasa
- ☐ Zalecenia lekarza prowadzącego
- ☐ Zalecenia lekarza rodzinnego (POZ)
- ☐ Fora internetowe, media społecznościowe
- ☐ Reklamy społeczne
- ☐ Od przyjaciół i bliskich osób
- ☐ Ulotki informacyjne
- ☐ Inne
(jakie?).....
.....

12. Czy w trakcie pandemii (w okresie od marca 2020 do maja 2022 r.) przyjął Pan/ Pani szczepienie przeciw koronawirusowi?
(proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi, jeśli nie, proszę o podanie powodu, dla którego szczepienie nie zostało przyjęte)

- ☐ Tak
- ☐ Nie.....
.....
.....

Jeśli odpowiedzieli Państwo twierdząco na pytanie o przyjęcie szczepienia prosimy o dalsze wypełnienie kwestionariusza, jeśli odpowiedzieli Państwo przecząco, dziękujemy za dotychczasowe udzielenie odpowiedzi i prosimy o zwrot kwestionariusza osobie go Państwu dostarczającej

13. Ile dawek przyjął Pani/ Pan w trakcie trwania pandemii – do dnia 13 maja 2022 roku
(proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ Jedną dawkę szczepienia
- ☐ Dwie dawki szczepienia

- ☐ Trzy dawki szczepienia

14. Jakiego typu szczepienie zostało Pani/ Panu podane?

(proszę o zaznaczenie właściwych odpowiedzi)

- ☐ Szczepionka mRNA Comirnaty (BNT162b2) firm Pfizer i BioNTech
- ☐ Szczepionka mRNA o nazwie Spikevax (mRNA 1273) firmy Moderna
- ☐ Szczepionka wektorowa AstraZeneca o nazwie Vaxzevria (ChAdOx1 nCoV-19)
- ☐ Szczepionka wektorowa Jcovden (COVID-19 Vaccine Janssen) (Janssen) (Ad26.COV.2-S) Johnson&Johnson
- ☐ Szczepionka białkowa Novavax o nazwie Nuvaxovid (NVX-CoV2373)

15. Czy po przyjęciu szczepień nasiliły się u Pani/ Pana objawy stwardnienia rozsianego?

(proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie wiem

16. Czy po przyjęciu szczepień nasiliły się u Pani/Pana objawy chorób współistniejących?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie wiem

17. Czy pomimo przyjęcia szczepień zachorowała Pani/zachorował Pan na koronawirusa?

(proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ Tak
- ☐ Ile razy?.....
- ☐ Nie

18. Jeśli zachorował Pan/ Pani na zakażenie koronawirusem pomimo zaszczepienia, jak określiłby Pan/ Pani jego przebieg? (proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ Bez konieczności hospitalizacji – łagodny
- ☐ Bez konieczności hospitalizacji – stosunkowo ciężki
- ☐ Z koniecznością hospitalizacji lecz bez wspomagania oddechowego
- ☐ Z koniecznością hospitalizacji, ze wspomaganiem oddechowym

19. Jeśli zachorował Pan/ Pani na zakażenie koronawirusem pomimo przyjęcia szczepienia, jakie objawy były dla Pani/Pana najbardziej dokuczliwe?

(proszę o opisanie objawów)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20. Jakie powody zadecydowały w Pani/ Pana przypadku o przyjęciu szczepień przeciw COVID 19

(proszę o uszeregowanie odpowiedzi według kryterium przypisywanej mu przez Pani/ Pana wagi od 1 – 9; nadanie cyfry 1 oznacza nadanie najwyższej wagi)

- ☐ Troska o własne zdrowie
- ☐ Lęk związany z ciężkim lub śmiertelnym przebiegiem zakażenia COVID 19
- ☐ Troska o stan zdrowia najbliższych osób
- ☐ Obawy o nasilenie się objawów SM w trakcie zakażenia koronawirusem
- ☐ Obawy o nasilenie się objawów współistniejących wraz z SM chorób w przypadku zakażenia koronawirusem
- ☐ Potrzeba utrzymywania kontaktów osobistych z bliskimi i przyjaciółmi
- ☐ Potrzeba otrzymania „Paszportu Covidowego”- Unijny Certyfikat Covid (UCC)
- ☐ Możliwość uniknięcia ewentualnej kwarantanny
- ☐ Inne
(jakie?).....

21. Czy ma Pan/ Pani przekonanie o konieczności przyjęcia kolejnej dawki (przypominającej) po zakończeniu się pandemii (w obecnym czasie i w przyszłości)?(proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie jestem pewien

22. Proszę o uzupełnienie poniższego zdania:

Przyjęcie dawki przypominającej w okresie po zakończeniu pandemii COVID 19 jest w mojej opinii.....
ze względu na.....

23. Czy odczuwa Pani/Pan obawy dotyczące kolejnego przyjęcia dawki szczepienia przeciw koronawirusowi w kontekście nowych, zmodyfikowanych wariantów SARS COV 2 (np. wariantów Delta, Omicron, innych?) (proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie mam zdania

24. Czy decyzja o przyjęciu dawki przypominającej szczepienia przeciw Sars-Cov-2 jest w Pani/ Pana opinii: (proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

- ☐ dobrą decyzją
- ☐ decyzją, którą trudno podjąć bez większych dylematów ze względu na obawy o stan zdrowia
- ☐ złą decyzją
- ☐ decyzją niemającą większego znaczenia w moim przypadku

Dziękujemy serdecznie za udzielenie odpowiedzi oraz poświęcony nam czas!