

Kwestionariusz ankiety dla opiekunów seniorów z Rzeszowskiego Obszaru Funkcjonalnego

„Diagnoza potrzeb seniorów zamieszkałych na terenie Rzeszowskiego Obszaru Funkcjonalnego, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób dotkniętych zespołami otępiennymi. Formy i kierunki wsparcia społecznego, kulturalnego i zdrowotnego”

Witam,

Nazywam się [...] i jestem ankieterem firmy Biostat. Na zlecenie Urzędu Miasta w Rzeszowie realizujemy badanie pt.: „Diagnoza potrzeb seniorów zamieszkałych na terenie Rzeszowskiego Obszaru Funkcjonalnego, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób dotkniętych zespołami otępiennymi. Formy i kierunki wsparcia społecznego, kulturalnego i zdrowotnego”. Badanie jest przeprowadzane na potrzeby przygotowania dokumentów strategicznych Rzeszowskiego Obszaru Funkcjonalnego, a współfinansowane przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2007 – 2013.

W celu wykonania tego badania zwracamy się do Pana(i) z prośbą o odpowiedź na poniżej zamieszczone pytania. Uzyskane informacje pomogą nam m.in. w przygotowaniu propozycji wsparcia seniorów z zakresu pomocy społecznej.

Ankieta ma charakter anonimowy. Wszelkie uzyskane dane zostaną wykorzystane tylko i wyłącznie do analiz statystycznych. Czas wypełniania kwestionariusza to ok. 20 minut.

Serdecznie dziękujemy za udział w badaniu

METRYCZKA

1. Płeć
<input type="checkbox"/> 1. Kobieta
<input type="checkbox"/> 2. Mężczyzna
2. Wiek
<input type="checkbox"/> 1. 18-25 lat
<input type="checkbox"/> 2. 26-35 lat
<input type="checkbox"/> 3. 36-45 lat
<input type="checkbox"/> 4. 46-65 lat
<input type="checkbox"/> 5. Powyżej 65 roku życia
3. Wykształcenie
<input type="checkbox"/> 1. Niepełne podstawowe/podstawowe
<input type="checkbox"/> 2. Gimnazjalne
<input type="checkbox"/> 3. Zawodowe
<input type="checkbox"/> 4. Średnie
<input type="checkbox"/> 5. Wyższe
4. Stan cywilny
<input type="checkbox"/> 1. Panna/kawaler
<input type="checkbox"/> 2. Mężatka/zonaty
<input type="checkbox"/> 3. Wdowa/wdowiec
<input type="checkbox"/> 4. Rozwiedziona/rozwiedziony
<input type="checkbox"/> 5. Określił(a)bym inaczej, jak?.....
5. Aktywność zawodowa
<input type="checkbox"/> 1. Pracuję zawodowo, w jakim wymiarze?
<input type="radio"/> 1.1. Pełny etat
<input type="radio"/> 1.2. Niepełny etat
<input type="radio"/> 1.3. Praca w ramach umowy zlecenia lub o dzieło



<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 2. Nie pracuję zawodowo, czy szuka Pan/i zatrudnienia:<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 2.1. Tak<input type="radio"/> 2.2. Nie<input type="checkbox"/> 3. Jestem emerytem/emerytką, czy pracuje Pan/i mimo to zawodowo?<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 3.1. Tak<input type="radio"/> 3.2. Nie, czy szuka Pan/i dodatkowej pracy?<ul style="list-style-type: none">- <input type="radio"/> 3.2.1. Tak- <input type="radio"/> 3.2.2. Nie<input type="checkbox"/> 4. Jestem rencistą/rencistką, czy pracuje Pan/i mimo to zawodowo?<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 4.1. Tak<input type="radio"/> 4.2. Nie, czy szuka Pan/i dodatkowej pracy?<ul style="list-style-type: none">- <input type="radio"/> 4.2.1. Tak- <input type="radio"/> 4.2.2. Nie
6. Miejsce zamieszkania
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. Miasto Rzeszów<input type="checkbox"/> 2. Gmina Boguchwała<input type="checkbox"/> 3. Gmina Chmielnik<input type="checkbox"/> 4. Gmina Czarna (powiat łańcucki)<input type="checkbox"/> 5. Gmina Czudec<input type="checkbox"/> 6. Gmina Głogów Małopolski<input type="checkbox"/> 7. Gmina Krasne<input type="checkbox"/> 8. Gmina Lubenia<input type="checkbox"/> 9. Gmina Łańcut<input type="checkbox"/> 10. Miasto Łańcut<input type="checkbox"/> 11. Gmina Świlcza<input type="checkbox"/> 12. Gmina Trzebownisko<input type="checkbox"/> 13. Gmina Tyczyn

Charakterystyka podopiecznego

1. Proszę podać podstawowe informacje dotyczące Pana/i podopiecznego:

- Wiek:
- Płeć:
 - 1. Kobieta
 - 2. Mężczyzna
- Stan cywilny:
 - 1. Panna/kawaler
 - 2. Mężatka/zonaty
 - 3. Wdowa/wdowiec
 - 4. Rozwiedziona/rozwiedziony
 - 5. Określił(a)bym inaczej, jak?.....
- Sytuacja zawodowa:
 - Emeryt/emerytka
 - Rencista/rencistka
 - Inna, jaka?.....
- Miejsce zamieszkania:
 - 1. Miasto Rzeszów
 - 2. Gmina Boguchwała
 - 3. Gmina Chmielnik
 - 4. Gmina Czarna (powiat łańcucki)
 - 5. Gmina Czudec
 - 6. Gmina Głogów Małopolski
 - 7. Gmina Krasne
 - 8. Gmina Lubenia
 - 9. Gmina Łańcut
 - 10. Miasto Łańcut
 - 11. Gmina Świlcza
 - 12. Gmina Trzebownisko
 - 13. Gmina Tyczyn



Miejsce zamieszkania

2. Ile osób liczy gospodarstwo domowe Pana/i podopiecznego? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
 - 1. Jedna osoba
 - 2. Dwie osoby
 - 3. Trzy osoby
 - 4. Cztery osoby
 - 5. Pięć osób
 - 6. Sześć osób
 - 7. Więcej niż 6 osób
3. Proszę wskazać wszystkie osoby, z którymi mieszka Pan/i podopieczny: /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/
 - 1. Mieszka sam/a
 - 2. Żona/mąż
 - 3. Dzieci
 - 4. Ojciec/matka
 - 5. Inne osoby, jakie?.....
4. Miejsce zamieszkania Pana/Pani podopiecznego to: /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
 - 1. Mieszkanie spółdzielcze (lokatorskie)
 - 2. Dom spółdzielczy (lokatorski)
 - 3. Własne mieszkanie
 - 4. Dom własny
 - 5. Dom wynajmowany
 - 6. Mieszkanie wynajmowane
 - 7. Pokój wynajmowany
 - 8. Inne, jakie?.....

Sytuacja zdrowotna

5. Jak ocenił(a)by Pan(i) aktualny stan zdrowia swojego podopiecznego? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
 - 1. Wspaniale
 - 2. Dobrze
 - 3. Przeciętnie
 - 4. Źle
6. Czy Pana/i podopieczny jest osobą z orzeczoną niepełnosprawnością? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/
 - 1. Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością fizyczną – uszkodzenie narządu ruchu
 - 2. Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością fizyczną – przewlekłe choroby wewnętrzne
 - 3. Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością sensoryczną – osoby niewidome i słabo widzące
 - 4. Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością sensoryczną – osoby niesłyszące i słabo słyszące
 - 5. Nie (proszę przejść do pytania nr 8)
7. Jaki stopień niepełnosprawności orzeciono w przypadku Pana(i) podopiecznego? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/
 - 1. Znaczny stopień niepełnosprawności
 - 2. Umiarkowany stopień niepełnosprawności
 - 3. Lekki stopień niepełnosprawności
8. Czy Pan/i podopieczny ma problemy z pamięcią? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
 - Tak, czy zdiagnozowano u Pana/i podopiecznego chorobę Alzheimera? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
 - 1.1. Tak
 - 1.2. Nie
 - 2. Nie
9. Czy Pan/i podopieczny odczuwa problemy w samodzielnym wykonywaniu następujących czynności: /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych czynności/

	Tak	Nie
Zakupy codzienne		
Rozporządzanie własnymi pieniędzmi (np. śledzenie wydatków, opłacanie rachunków)		
Lekkie prace domowe (zmywanie, ścieranie kurzu)		



Kąpiel		
Poruszanie po pokoju		
Pochylenie się		
Kucanie		
Podnoszenie, dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5 kg		
Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barków		
Przejście około 1,5 km		
Pisanie lub utrzymanie drobnych przedmiotów		
Wykonywanie ciężkich prac domowych		
Ubieranie i rozbieranie		
Korzystanie z toalety		
Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel		
Samodzielne jedzenie		
Kontrolowanie czynności fizjologicznych		
Przygotowanie sobie posiłków		
Majsterkowanie/wypranie swoich rzeczy		
Przygotowanie i przyjęcie leków		

10. Czy Pan/i podopieczny korzystał/a w przeszłości lub korzysta obecnie z następujących usług: /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych usług a ponadto ocenić te, z których podopieczny/a korzystał(a)/

Usługa	Tak		Proszę ocenić dostępność tej usługi (dla ankietera: tylko dla osób, które korzystały z usług)	Nie
	W przeszłości	Obecnie		
Pobyt w dziennym domu pomocy (placówka świadcząca opiekę dzienną dla osób starszych lub chorych)			<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Pobyt całonocny w domu pomocy społecznej			<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Pobyt w mieszkaniu chronionym			<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego			<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Pomoc przy zabiegach kosmetycznych i fryzjerskich			<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Transport specjalistyczny dla osób z trudnościami w poruszaniu się			<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Porady psychologa			<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	

11. Czy zauważa Pan/i u swojego podopiecznego następujące objawy: /Proszę odnieść się do każdego z wymienionych objawów/

	Tak	Nie
Problemy z pamięcią krótkotrwałą (np. zapominanie tego co się robiło chwilę temu, miejsca odłożenia okularów, celu wyjścia z domu)		
Zapominanie imion i nazwisk, nazw przedmiotów		
Problemy z komunikacją		
Uzależnienie od pomocy innych osób		

12. Które z objawów zauważa Pan/i u swojego podopiecznego? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- 1. Osłabiona pamięć
- 2. Apatia
- 3. Brak zapału do pracy
- 4. Osłabienie organizmu
- 5. Niechęć do wykonywania jakichkolwiek czynności
- 6. Złe samopoczucie
- 7. Żadne z powyższych

13. Jak często Pan/i podopieczny korzysta z: /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych usług a ponadto ocenić te, z których Pana/i podopieczny/a korzystał(a)/

	Kilka razy w miesiącu	Raz w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku	Rzadziej niż raz w roku	Proszę ocenić dostępność tej usługi (dla ankietera: tylko dla osób, które korzystały z usług)	Nigdy
usług lekarza pierwszego kontaktu, lekarza rodzinnego						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
usług lekarza specjalisty						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
pobytu w szpitalu						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
badania diagnostycznych						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
usług rehabilitacyjnych						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
usług pielęgniarstwa środowiskowego						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
usług opiekunki z pomocy społecznej						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	



badań kontrolnych						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
programów profilaktycznych dotyczących schorzeń geriatrycznych w zakresie choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych i kolanowych						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
programów profilaktycznych dotyczących schorzeń sercowo-naczyniowych						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
działań prozdrowotnych, np. spotkania z dietetykiem, szkolenia, warsztaty dotyczące trybu życia						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
usług ambulatoryjnych (proste zabiegi)						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
poradni geriatrycznej						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
ratownictwa medycznego (pogotowie)						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Teleopieki						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Klubu Samopomocy (miejsca integracji społecznej o szerokim zakresie usług)						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	

14. Czy widzi Pan/i potrzebę stworzenia następujących działań dla osób w wieku powyżej 55 lat: /Proszę odnieść się do każdego z wymienionych działań/

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Ośrodek Wsparcia dla osób z chorobą Alzheimera					
Geriatryczna Opieka Dzienna					
Programy rehabilitacyjne					
Program leczenia i profilaktyki choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych					
Program profilaktyczny dotyczący schorzeń sercowo-naczyniowych					
Działań OPS w zakresie pracy socjalnej i integracji społecznej					
Inne, jakie?.....					

Potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej

15. Jak Pan/i ocenia ogólną jakość usług zdrowotnych w Pana/i gminie/mieście? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

- 1. Bardzo dobrze
- 2. Raczej dobrze
- 3. Raczej źle
- 4. Bardzo źle
- 5. Trudno powiedzieć

16. Co w zakresie dostępności usług zdrowotnych Pana/i zdaniem stanowi największy problem: /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- 1. Odległe terminy wizyt
- 2. Długość oczekiwania w kolejce pod gabinetem
- 3. Brak możliwości umówienia się telefonicznie/przez Internet
- 4. Konieczność wczesnego wstawania, by zapisać się na listę oczekujących
- 5. Zbyt mała liczba pacjentów przyjmowanych w jednym dniu
- 6. Trudności w uzyskaniu skierowania do lekarza specjalisty
- 7. Godziny przyjęć niedostosowane do potrzeb pacjentów
- 8. Trudności w uzyskaniu informacji od personelu lekarskiego bądź pielęgniarskiego
- 9. Duża odległość od przychodni/szpitala
- 10. Brak dobrej komunikacji publicznej w rejonie
- 11. Inne, jakie?
- 12. Nie wiem

Opiekun seniora

17. Kim jest Pan/i dla swojego podopiecznego? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

- 1. Małżonkiem/małżonką
- 2. Synem/córką
- 3. Członkiem dalszej rodziny
- 4. Jestem pracownikiem instytucji, jakiej?.....
- 5. Inna odpowiedź, jaka?.....

18. Czy jest Pan/i opiekunem prawnym (tzn. został/a Pan/i powołany(a) przez sąd do reprezentowania swojego podopiecznego)? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

- 1. Tak
- 2. Nie

19. Czy w zamian za opiekę otrzymuje Pan/i wynagrodzenie? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
 1. Tak
 2. Nie
20. Czy sprawuje Pan/i nad swoim podopiecznym opiekę samodzielnie czy zamiennie z innymi osobami? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
 1. Samodzielnie
 2. Zamiennie z innymi osobami, proszę wskazać te osoby: /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/
 2.1. Członek mojej rodziny
 2.2. Pracownik instytucji, jakiej?.....
 2.3. Inna, jaka?.....
21. Zadam Panu/i kilka pytań dotyczących Pan/i jako opiekuna: /Proszę odnieść się do każdego z wymienionych pytań szczegółowych/

	Zawsze	Często	Czasami	Nigdy
Czy może Pan/i liczyć na wsparcie służby zdrowia?				
Czy może Pan/i liczyć na wsparcie pomocy społecznej?				
Czy między Panem/Panią, a podopiecznym istnieją dobre relacje?				
Czy uważa Pan/i, że dobrze sobie radzi w swojej roli?				
Czy może Pan/i liczyć na wystarczające wsparcie swojej rodziny?				
Czy może Pan/i liczyć na wsparcie swoich przyjaciół lub sąsiadów?				
Czy uważa Pan/i, że pełnienie opieki stawia przed Panem/Panią zbyt wysokie wymagania?				
Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w Pana/i stosunkach z przyjaciółmi?				
Czy sprawowanie opieki ma niedobry wpływ na Pana/i zdrowie fizyczne?				
Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w Pana/i stosunkach z rodziną?				
Czy sprawowanie opieki powoduje, że ma Pan/i trudności finansowe?				
Czy w roli opiekuna czuje się Pan/i jak w sytuacji bez wyjścia?				
Czy uważa Pan/i, że sprawowanie opieki jest dla Pana/i warte trudu?				
Czy czuje Pan/i, że ktoś docenia Pana/i jako opiekuna?				
Czy sprawowanie opieki wywiera niedobry wpływ na Pana/i emocjonalne samopoczucie?				

22. Czy widzi Pan/i potrzebę wsparcia w następujących obszarach: /Proszę odnieść się do każdego z wymienionych obszarów/

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Opieka pielęgnacyjna nad osobą chorą					
Wsparcie specjalistyczne (w tym m.in. psychologiczne, terapeutyczne dla rodzin osób z chorobą Alzheimera)					
Porady specjalistyczne dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera					

Potrzeby w zakresie form aktywizacji społeczno-edukacyjno-kulturalnej

23. Proszę ocenić ogólną jakość następujących usług dla osób powyżej 55 roku życia w Pana/i gminie/mieście:
 /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych usług/

	Bardzo dobrze	Dobrze	Ani dobrze ani źle	Źle	Bardzo źle
Usługi społeczne					
Usługi edukacyjne					
Usługi kulturalne					

24. Czy któryś z wymienionych czynników stanowi problem w podjęciu przez Pana/i podopiecznego działalności społecznej? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- 1. Duża odległość od siedzib klubów, kół zainteresowań, fundacji, stowarzyszeń
- 2. Brak odpowiednich połączeń komunikacji miejskiej
- 3. Bariery architektoniczne
- 4. Niechęć otoczenia
- 5. Niechęć do wychodzenia z domu
- 6. Brak czasu
- 7. Brak środków finansowych
- 8. Brak chęci do podjęcia aktywności
- 9. Brak informacji o różnych inicjatywach podejmowanych w Pana/i gminie/mieście
- 10. Stan zdrowia
- 11. Brak zajęć dostosowanych do możliwości osób chorych
- 12. Inne, jakie?
- 12. Nie ma problemów

25. Proszę określić częstotliwość podejmowania przez Pana/i podopiecznego czynności, które za chwilę wymienię (proszę oceniać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „kilka razy do roku”, 2 – „raz w miesiącu”, 3 – „kilka razy w miesiącu”, 4 – „kilka razy w tygodniu”, 5 – „codziennie”; 99 – „trudno powiedzieć/nigdy”):
 /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych czynności/

Czynności	1	2	3	4	5	99
Czytanie prasy						
Czytanie książek						
Rozwiązywanie krzyżówek, łamigłówek (np. sudoku)						
Słuchanie radia						
Słuchanie muzyki						
Oglądanie telewizji						
Przeglądanie Internetu						
Opiekowanie się dziećmi/wnukami/prawnukami						
Odoczynek na wolnym powietrzu, np. spacer						
Uprawianie sportu						
Kontakt z naturą, np. zajmowanie się ogrodem, działką						
Udział w wydarzeniach kulturalnych						
Uprawianie hobby						
Inne, jakie?						

26. Gdyby była taka możliwość, czy stan zdrowia Pana/i podopiecznego pozwala na skorzystanie z następujących zajęć: /Proszę odnieść się do każdego z wymienionych rodzajów zajęć/

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Lektoraty językowe					
Warsztaty medyczne, psychologiczne					
Warsztaty artystyczne (np. rękodzielnicze, filmowe, malarskie)					

Warsztaty prawno-ekonomiczne					
Warsztaty szachowe					
Warsztaty poświęcone nowym technologiom (np. komputerowe)					
Warsztaty fotograficzne					
Zajęcia ruchowe (np. nordic walking, aerobik)					
Zajęcia kulturalne (np. Klub Dobrej Książki, projekcje filmowe, spektakle)					
Koła turystyczne (np. wycieczki po regionie)					

27. Proszę określić częstotliwość korzystania Pana/i podopiecznego z usług, które za chwilę wymienię (proszę oceniać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „raz do roku lub rzadziej”, 2 – „kilka razy w roku”, 3 – „raz w miesiącu”, 4 – „kilka razy w miesiącu”, 5 – „raz w tygodniu lub częściej”; 99 – „trudno powiedzieć/nigdy”): /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych usług a ponadto ocenić te, z których Pana/i podopieczny/a korzystał(a)/

Usługi	1	2	3	4	5	Proszę ocenić dostępność tej usługi	99
						(dla ankietera: tylko dla osób, które korzystały z usług)	
Wypożyczalnia biblioteczna						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Wydarzenia kulturalne w bibliotece						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Wydarzenia w domu lub ośrodku kultury lub OPS						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Zajęcia w klubach, kołach zainteresowań. Jeśli tak, to jakich?.....						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Uniwersytet Trzeciego Wieku lub inne formy edukacji						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Chodzenie do kina, teatru, na koncerty						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Wykorzystywanie infrastruktury służącej uprawianiu sportu, np. basen, siłownia na wolnym powietrzu, ścieżki rowerowe						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	

Wykorzystywanie infrastruktury służącej rekreacji, np. ścieżki tematyczne (zabytki, parki krajobrazowe), miejsc spotkań						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	
Inne, jakie?						<input type="checkbox"/> Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/> Bardzo zła	

28. Czy coś utrudnia korzystanie Pana/i podopiecznego z oferty kulturalnej? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- 1. Duża odległość
- 2. Brak odpowiednich połączeń komunikacji miejskiej
- 3. Bariery architektoniczne
- 4. Niechęć otoczenia
- 5. Niechęć do wychodzenia z domu
- 6. Brak czasu
- 7. Brak środków finansowych
- 8. Brak chęci do podejmowania aktywności
- 9. Brak informacji o różnych inicjatywach podejmowanych w Pana/i gminie/mieście
- 10. Stan zdrowia
- 11. Brak zajęć dostosowanych do możliwości osób chorych
- 12. Inne, jakie?
- 13. Nic nie utrudnia korzystania z oferty kulturalnej
- 14. Nie korzysta z oferty kulturalnej

Potrzeby w zakresie wsparcia społecznego, bytowego i w zakresie budownictwa mieszkaniowego

29. Proszę określić częstotliwość kontaktów Pana/i podopiecznego z grupami, które za chwilę wymienię (proszę oceniać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „raz do roku lub rzadziej”, 2 – „kilka razy do roku”, 3 – „raz w miesiącu”, 4 – „kilka razy w miesiącu”, 5 – „raz w tygodniu lub częściej”; 99 – „nie dotyczy”): /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych grup/

Grupa	1	2	3	4	5	99
Rodzina						
Przyjaciele						
Sąsiedzi						
Znajomi z klubów, stowarzyszeń, miejsc, które odwiedza						
Inne, jakie?						

30. Czy jest coś, co przeszkadza Pana/i podopiecznemu w regularnych kontaktach z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- 1. Podopieczny nie ma czasu na spotkania z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi
- 2. Podopieczny nie ma ochoty na spotkania z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi
- 3. Rodzina, przyjaciele i znajomi nie mają czasu na spotkania z moim podopiecznym
- 4. Rodzina, przyjaciele i znajomi nie mają ochoty na spotkania z moim podopiecznym
- 5. Zły stan zdrowia/trudności w poruszaniu się
- 6. Odległość od miejsca zamieszkania rodziny, przyjaciół i znajomych
- 7. Problemy komunikacyjne lub brak środka transportu
- 8. Trudności finansowe
- 9. Inne, jakie?
- 10. Nic nie przeszkadza w regularnych kontaktach z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi

31. Jaką drogą chciał(a)by Pan/i być informowany/a o tym, co dzieje się w gminie/mieście? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- 1. Strona internetowa urzędu gminy/urzędu miasta
- 2. Strona internetowa domu/ośrodka kultury



- 3. Lokalne internetowe portale informacyjne
 - 4. Lokalna/regionalna stacja telewizyjna
 - 5. Lokalna/regionalna stacja radiowa
 - 6. Lokalna/regionalna prasa
 - 7. Ogłoszenie w urzędzie gminy/miasta
 - 8. Ogłoszenie w bibliotekach
 - 9. Ogłoszenie w ośrodkach pomocy społecznej
 - 10. Ogłoszenie w Domach Pomocy Społecznej
 - 11. Plakaty na słupach ogłoszeniowych
 - 12. Ulotki dostarczane do skrzynek pocztowych mieszkańców
 - 13. Inne, jakie?
32. Czy w Pana/i gminie/mieście dostępne są instytucje, kierujące swoje usługi w stronę osób w wieku powyżej 55 lat, takie jak: /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/
- 1. Wspólnoty mieszkaniowe osób starszych
 - 2. Pensjonaty dla osób starszych
 - 3. Mieszkania socjalne dla osób starszych
 - 4. Mieszkania komunalne dla osób starszych
 - 5. Spółdzielnie mieszkaniowe dla osób starszych
 - 6. Towarzystwa Budownictwa Społecznego dla osób starszych
 - 7. Mieszkania chronione dla osób starszych
 - 8. Dzielne domy pomocy dla osób starszych
 - 9. Hospicjum stacjonarne
 - 10. Hospicjum domowe
 - 11. Zakład opiekuńczo-leczniczy
 - 12. Środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi
 - 13. Kluby samopomocy i świetlice
 - 14. Teleopieka
 - 15. Inne, jakie?
33. Czy oczekuje Pan/i od władz lokalnych lub regionalnych inwestycji w zakresie budownictwa mieszkaniowego skierowanego do osób starszych? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
- 1. Tak
 - 2. Nie (proszę przejść do pytania nr 35)
34. Jakie rozwiązanie w tym zakresie Pana/i zdaniem powinny być preferowane? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/
- 1. Wspólnoty mieszkaniowe osób starszych
 - 2. Pensjonaty dla osób starszych
 - 3. Mieszkania socjalne dla osób starszych
 - 4. Mieszkania komunalne dla osób starszych
 - 5. Spółdzielnie mieszkaniowe dla osób starszych
 - 6. Towarzystwa Budownictwa Społecznego dla osób starszych
 - 7. Mieszkania chronione dla osób starszych
 - 8. Dzielne domy pomocy dla osób starszych
 - 9. Hospicjum stacjonarne
 - 10. Hospicjum domowe
 - 11. Zakład opiekuńczo-leczniczy
 - 12. Środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi
 - 13. Kluby samopomocy
 - 14. Świetlice
 - 15. Teleopieka
 - 16. Inne, jakie?
35. Jakich usług skierowanych do osób starszych brakuje w Pana/i gminie/mieście? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/
- 1. Usługi opiekuńcze
 - 2. Teleopieka
 - 3. Kluby samopomocy (miejsca integracji społecznej o szerokim zakresie usług)
 - 4. Warsztaty terapii zajęciowej
 - 5. Usługi psychologa

- 6. Adaptacja mieszkań do potrzeb osób starszych
 - 7. Dostęp do Internetu
 - 8. Inne, jakie?
36. Czy w mieszkaniu Pana/i podopiecznego zainstalowany jest system sygnalizacji zagrożenia (telefon, sieć alarmowa)? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
- 1. Tak
 - 2. Nie

System pomocy oraz dostępności usług w obszarze rozwoju osobowego, aktywności i samorealizacji

37. Proszę powiedzieć, czy zgadza się Pan(i) lub nie zgadza z następującymi stwierdzeniami (proszę oceniać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie”, 2 – „raczej nie”, 3 – „ani tak, ani nie”, 4 – „raczej tak”, 5 – „zdecydowanie tak”): /Proszę odnieść się do każdego z wymienionych stwierdzeń/

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Rolą osób starszych jest przede wszystkim wspieranie swoich dzieci i wnuków					
Osoby starsze powinny w miarę możliwości pracować, gdyż praca nie pozwala się szybko zestarzeć					
Osoby starsze mają ograniczone potrzeby w zakresie edukacji i kultury					
Od osób starszych oczekuje się bierności i nieuczestniczenia w życiu społecznym					

38. Czy w Pana/i miejscu zamieszkania włącza się osoby starsze w proces wychowania dzieci w przedszkolach i edukacji dzieci i młodzieży w szkołach (wizyty, przekazywanie historii jako świadek, przygotowywanie występów dla osób starszych itp.)? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
- 1. Tak. Jakie to działania?
 - 2. Nie
 - 3. Nie wiem
39. Czy w Pana/i miejscu zamieszkania prowadzone są działania wspierające zintegrowanie osób starszych z lokalną społecznością, np. w czasie wydarzeń kulturalnych, zebrań itp.? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
- 1. Tak. Jakie to działania?
 - 2. Nie
 - 3. Nie wiem
40. Czy zauważa Pan/i działania promujące pozytywny wizerunek osób starszych w społeczeństwie lub zachęcające do wolontariatu na rzecz osób starszych? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
- 1. Tak. Jakie to działania?
 - 2. Nie
 - 3. Nie wiem