

nr ankiety: .....

## Usługi opiekuńcze

Dzień dobry! Nazywam się ..... jestem pracownikiem ..... i chciałbym/abym przeprowadzić z Panią/Panem ankietę dotyczącą usług opiekuńczych, z których Pan/i korzysta. Takie badania przeprowadzane są w wielu gminach w całej Polsce, dlatego zależy nam bardzo na Pani/ Pana szczerzej opinii. Ankieta potrwa około 20 minut. Odpowiedzi są w pełni anonimowe i nie wpłyną na zakres świadczonych usług. Wyniki będą przedstawiane zbiorczo. **Wszystkie kursywy są tylko do wiadomości ankietera!**

1. Proszę zaznaczyć <b>płeć</b> :      Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
2. Zależność od opieki: a. Osoby długoterminowo chore / niezdolne do samodzielności b. Osoby mające trudności w poruszaniu się ale wychodzące / częściowo niezdolne do samodzielności c. Osoby nie mające trudności w poruszaniu się ale wymagające wsparcia z powodu choroby / całkowicie zdolne do samodzielności
3. W którym roku Pan/i się urodził(a)?    Proszę wpisać rok: 1 9 _ _
4. Jakie ma Pan/i wykształcenie? a. podstawowe b. gimnazjalne / zawodowe / bez matury c. średnie / z maturą d. wyższe
5. Jak ocenia Pan/i swój stan zdrowia? a. bardzo dobry b. dobry c. średni d. zły e. bardzo zły
6. Czy ma Pan/i ustaloną grupę inwalidzką lub stopień niepełnosprawności? a. tak → przejdź do pyt.7 b. nie → przejdź do pyt.8
7. Jaką ma pan/i grupę inwalidzką / stopień niepełnosprawności? a. pierwsza / znaczny b. druga / umiarkowany c. trzecia / lekki
8. Czy mieszka Pan/i sam/a czy z kimś? a. mieszka sama → przejdź do pyt. 10 b. z kimś → przejdź do pyt.9

## 9. Z kim Pan/i mieszka?

- a. mieszka z mężem / żoną / partnerem
- b. mieszka z dziećmi / wnukiem
- c. z innym członkiem rodziny
- d. inne .....

## 10. Czy ma Pan/i dzieci?

- a. tak → przejdź do pyt.11
- b. nie → przejdź do pyt. 15

## 11. Czy utrzymuje Pan/i z nimi kontakt?

- a. tak → przejdź do pyt.13
- b. nie → przejdź do pyt.12

## 12. Dlaczego nie utrzymuje Pan/i kontaktu z dziećmi?

.....  
.....

→ przejdź do pyt.15

## 13. Jak często się Państwo kontaktują?

- a. codziennie / kilka razy w tygodniu
- b. przynajmniej raz w tygodniu
- c. przynajmniej raz w miesiącu
- d. przynajmniej raz na pół roku
- e. przynajmniej raz w roku

## 14. W jaki sposób kontaktuje się Pan/i z dziećmi?

- a. osobiście
- b. telefonicznie
- c. listownie
- d. inny – **jaki?** .....

## 15. Czy utrzymuje Pan/i regularny kontakt z kimś innym z rodziny?

- a. tak → przejdź do pyt.16
- b. nie → przejdź do pyt. 19

## 16. Z kim z rodziny utrzymuje Pan/i regularny kontakt? *Możliwe wiele odpowiedzi*

- a. rodzeństwo
- b. kuzyni
- c. ciocia / wujek
- d. siostrzeniec / siostrzenica / bratanek / bratanica
- e. wnuki
- f. dalsza rodzina
- g. inny **kto?** .....

**17. Jak często kontaktuje się Pan/i z członkami rodziny?**

- a. codziennie / kilka razy w tygodniu
- b. przynajmniej raz w tygodniu
- c. przynajmniej raz w miesiącu
- d. przynajmniej raz na pół roku
- e. przynajmniej raz w roku

**18. W jaki sposób kontaktuje się Pan/i z członkami rodziny?**

- 1. osobiście
- 2. telefonicznie
- 3. listownie

**Proszę wpisać odpowiedzi dla pyt. 17 i 18 zgodnie z pyt. 16.**

- a. rodzeństwo .....
- b. kuzyni .....
- c. ciocia / wujek.....
- d. siostrzeniec/siostrzenica/bratanek/bratanica .....
- e. wnuki .....
- f. dalsza rodzina .....
- g. inny **kto?** .....

**19. Czy może Pan/i liczyć na pomoc ze strony swojej rodziny?**

- a. tak → przejdź do pyt.20
- b. nie → przejdź do pyt. 23

**20. Na czyją pomoc może Pan/i liczyć?**

- a. dzieci
- b. rodzeństwo
- c. kuzyni
- d. ciocia / wujek
- e. siostrzeniec / siostrzenica / bratanek / bratanica
- f. wnuki
- g. dalsza rodzina
- h. inny **kto?** .....

**21. Jak często może Pan/i liczyć na pomoc?**

- a. codziennie / kilka razy w tygodniu
- b. przynajmniej raz w tygodniu
- c. przynajmniej raz w miesiącu
- d. przynajmniej raz na pół roku
- e. przynajmniej raz w roku

**22. W jakim zakresie może Pan/i liczyć na pomoc?****Proszę wpisać odpowiedzi dla pyt. 21 i 22 zgodnie z pyt. 20.**

- a. dzieci .....
- b. rodzeństwo .....
- c. kuzyni .....
- d. ciocia / wujek.....
- e. siostrzeniec/siostrzenica .....
- f. wnuki .....
- g. dalsza rodzina .....
- h. inny **kto?** .....

**23. Czy korzysta Pan/i z pomocy pielęgniarstwa środowiskowej w domu poza świadczonymi usługami?**

- a. tak → przejdź do pyt.24
- b. nie → przejdź do pyt. 26

**24. Jak często korzysta Pan/i z pomocy pielęgniarstwa środowiskowej?**

- a. codziennie / kilka razy w tygodniu
- b. przynajmniej raz w tygodniu
- c. przynajmniej raz w miesiącu
- d. przynajmniej raz na pół roku
- e. przynajmniej raz w roku

**25. W jakim zakresie pielęgniarstwo udziela pomocy?**

.....

.....

**26. Jak długo korzysta Pan/i z usług opiekuńczych w OPS?**

- a. do 3 miesięcy
- b. 3 – 6 miesięcy
- c. 6 – 12 miesięcy
- d. powyżej 12 miesięcy ale mniej niż 3 lata
- e. powyżej 3 lat

**27. Skąd dowiedział/a się Pan/i o usługach opiekuńczych świadczonych przez MOPS? Proszę zaznaczyć pierwszą odpowiedź**

- a. rodzina
- b. sąsiedzi
- c. znajomi
- d. pracownik socjalny
- e. lokalna prasa
- f. informatory, ulotki
- g. lekarz / ośrodek zdrowia / pielęgniarstwo
- h. inne - **jakie?** .....

**28. W jakim zakresie jest Pan/i objęty/-a pomocą według decyzji? Czy w decyzji jest ...?**

**29. Czy jest Pan/i zadowolony/a z jakości świadczenia tej konkretnej usługi?**

Pytanie 29 zadajemy po zadaniu całego pytania 28.		pyt. 28			pyt. 29				
<b>codzienne potrzeby życiowe</b>		tak	nie	nie wiem	tak	raczej tak	ani tak, ani nie	raczej nie	nie
<b>a.</b>	pomoc w dokonywaniu zakupów (żywność, środki czystości, prasa itp.) i dostarczanie ich								
<b>b.</b>	przyrządzanie posiłków zgodnie z zasadami diety oraz odpowiedniej jednostki chorobowej, a w razie konieczności przecieranie lub miksowanie pokarmów								
<b>c.</b>	dostarczanie gotowych posiłków (np. z baru)								
<b>d.</b>	przygotowywanie produktów lub posiłków na część dnia, w której zostaje Pan/i sam/a oraz właściwe ich przechowywanie								
<b>e.</b>	karmienie i dopajanie (w przypadku ograniczonej sprawności)								
<b>f.</b>	pomoc w ogrzewaniu mieszkania								
<b>g.</b>	pomoc w uiszczeniu opłat i należności								
<b>Utrzymanie czystości / higiena</b>									
<b>h.</b>	czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej								
<b>i.</b>	toaleta całego ciała (kąpiel, natłuszczenie ciała)								
<b>j.</b>	pielęgnacja jamy ustnej								
<b>k.</b>	pielęgnacja rąk i stóp (obcinanie paznokci)								
<b>l.</b>	pielęgnacja włosów (mycie, czesanie strzyżenie)								
<b>m.</b>	w razie potrzeby zabezpieczenie w pampersy, toaleta po każdorazowym zabrudzeniu								
<b>n.</b>	przebieranie w czystą odzież								
<b>o.</b>	zapobieganie odleżynom								
<b>p.</b>	czynności związane z utrzymaniem higieny otoczenia (wietrzenie pomieszczeń, wycieranie kurzu, mycie podłóg, trzepanie lub odkurzanie dywanów, mycie okien, mycie naczyń, utrzymanie czystości w kuchni, łazience, wc, pranie odzieży lub pościeli (w tym: odnoszenie do pralni, magła)								
<b>Kontakt z otoczeniem</b>									
<b>r.</b>	pomoc w utrzymywaniu kontaktów z rodziną, sąsiadami, znajomymi								
<b>s.</b>	wychodzenie na spacer								
<b>t.</b>	utrzymywanie stałego kontaktu z lekarzem								
<b>u.</b>	zapewnienie możliwości kontaktu lub pośredniczenie w kontaktach z instytucjami np. OPS, ZUS								

**30. Dlaczego nie jest Pan/i zadowolona z tej konkretnej usługi?**

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....
- e. ....
- f. ....
- g. ....
- h. ....
- i. ....
- j. ....
- k. ....
- l. ....
- m. ....
- n. ....
- o. ....
- p. ....
- r. ....
- s. ....
- t. ....
- u. ....

**31. Czy zakres świadczonych Panu/i usług opiekuńczych jest wystarczający czy niewystarczający?**

- a. wystarczający → *przejdź do pyt.33*
- b. raczej wystarczający → *przejdź do pyt.33*
- c. raczej niewystarczający → *przejdź do pyt.32*
- d. niewystarczający → *przejdź do pyt.32*
- e. trudno powiedzieć → *przejdź do pyt. 33*

**32. Jakiej usługi brakuje w ofercie usług opiekuńczych?**

*Proszę wpisać słownie*

.....  
.....  
.....

**33. Czy jest Pan/i zadowolona z dostępu do informacji na temat tego, co opiekunka powinna robić w ramach przyznanych usług?**

- a. tak → *przejdź do pyt.35*
- b. raczej tak → *przejdź do pyt.35*
- c. ani tak, ani nie → *przejdź do pyt. 34*
- c. raczej nie → *przejdź do pyt. 34*
- d. nie → *przejdź do pyt.34*

**34. Dlaczego nie jest Pan/i zadowolona? Proszę wpisać słownie**

.....  
.....

**CZY PANA/I ZDANIEM OPIEKUNKA JEST:**

**35. Punktualna**

- a. tak
- b. raczej tak
- c. raczej nie
- d. nie
- e. trudno powiedzieć

**36. Sumienna**

- a. tak
- b. raczej tak
- c. raczej nie
- d. nie
- e. trudno powiedzieć

**37. Fachowa**

- a. tak
- b. raczej tak
- c. raczej nie
- d. nie
- e. trudno powiedzieć

<p><b>38. Kulturalna</b></p> <p>a. tak b. raczej tak c. raczej nie d. nie e. trudno powiedzieć</p>
<p><b>39. Pomocnicza</b></p> <p>a. tak b. raczej tak c. raczej nie d. nie e. trudno powiedzieć</p>
<p><b>40. Czy opiekunka w pełni wykorzystuje czas pracy w ramach przyznanych godzin?</b></p> <p>a. tak b. raczej tak c. raczej nie d. nie e. trudno powiedzieć</p>
<p><b>41. Czy kiedykolwiek wyrażał/a Pan/i zastrzeżenia do pracy obecnej opiekunki?</b></p> <p>a. tak → <i>przejdź do pyt. 42</i> b. nie → <i>przejdź do pyt. 44</i></p>
<p><b>42. Do kogo zgłaszał(a) Pan/i zastrzeżenia do pracy opiekunki?</b></p> <p>a. jej samej b. pracownikowi socjalnemu c. Dyrektorowi OPS d. inne <b>komu?</b> .....</p>
<p><b>43. Czego dotyczyły zastrzeżenia? Proszę wpisać słownie</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>44. Czy Pan/i osobiście kontaktuje się z pracownikiem socjalnym?</b></p> <p>a. tak → <i>przejdź do pyt. 45</i> b. nie → <i>przejdź do pyt. 55</i></p>

<p><b>CZY PAN/I ZDANIEM PRACOWNIK SOCJALNY JEST:</b></p>
<p><b>45. Sumienny</b></p> <p>a. tak b. raczej tak c. raczej nie d. nie e. trudno powiedzieć</p>
<p><b>46. Fachowy</b></p> <p>a. tak b. raczej tak c. raczej nie d. nie e. trudno powiedzieć</p>
<p><b>47. Kulturalny</b></p> <p>a. tak b. raczej tak c. raczej nie d. nie e. trudno powiedzieć</p>
<p><b>48. Pomocniczy</b></p> <p>a. tak b. raczej tak c. raczej nie d. nie e. trudno powiedzieć</p>
<p><b>49. Dostępny w określonym czasie urzędowania</b></p> <p>a. tak b. raczej tak c. raczej nie d. nie e. trudno powiedzieć</p>
<p><b>50. Czy Pana/i oczekiwania zostały uwzględnione przy ustalaniu zakresu usług przez pracownika socjalnego?</b></p> <p>a. tak → <i>przejdź do pyt. 52</i> b. raczej tak → <i>przejdź do pyt. 52</i> c. raczej nie → <i>przejdź do pyt. 51</i> d. nie → <i>przejdź do pyt. 51</i> e. trudno powiedzieć → <i>przejdź do pyt. 51</i></p>
<p><b>51. Co nie zostało uwzględnione podczas ustalania zakresu usług?</b></p> <p>.....</p>

**52. Czy kiedykolwiek wyrażał/a Pan/i jakiegokolwiek zastrzeżenia do pracy obecnego pracownika socjalnego?**  
a. tak → przejdź do pyt. 53  
b. nie → przejdź do pyt. 55

**53. Do kogo zgłaszał(a) Pan/i zastrzeżenia do pracy pracownika socjalnego?**  
a. opiekunce  
b. pracownikowi socjalnemu  
c. Dyrektorowi OPS  
d. inne komu? .....

**54. Czego dotyczyły zastrzeżenia? Proszę wpisać słownie**  
.....  
.....

**55. Jaki procent swojego dochodu przeznaczają Pan/i na usługi opiekuńcze? Jeśli badany nie potrafi odpowiedzieć proszę zadać pytania 55.1 i 55.2**  
a. 0%  
b. do 5%  
c. do 10%  
d. do 20%  
e. powyżej 20%  
f. nie mam żadnego dochodu

**55.1 Ile płaci Pan/i miesięcznie za usługi? . . . . . zł**  
**55.2 Jaki jest Pani/a miesięczny dochód? . . . . . zł**

**56. Czy odpłatność za usługi opiekuńcze jest:**  
a. zdecydowanie wysoka  
b. raczej wysoka  
c. w sam raz  
d. raczej niska  
e. zdecydowanie niska  
f. trudno powiedzieć

**57. Czy za tę samą cenę był(a)by Pan/i zainteresowana większą ilością godzin opieki?**  
a. tak → przejdź do pyt.56  
b. nie → przejdź do pyt.57

**58. Świadczeniem jakich usług jest Pan/i zainteresowana?**  
.....  
..... → przejdź do pyt.61

**59. Czy gdyby cena była niższa skorzystałby/ałaby Pan/i z większej ilości godzin opieki?**  
a. tak → przejdź do pyt.60  
b. raczej tak → przejdź do pyt.60  
c. raczej nie → przejdź do pyt.61  
d. nie → przejdź do pyt.61  
e. trudno powiedzieć → przejdź do pyt.61

**60. W jakim zakresie chciałby/ałaby Pan/i skorzystać?**  
.....  
.....  
.....

**61. Jak Pani/Pan ogólnie ocenia świadczone usługi opiekuńcze biorąc pod uwagę wszystkie wspomniane elementy – praca opiekunki, odpłatność, zakres usług?**  
a. bardzo dobrze  
b. dobrze  
c. ani dobrze, ani źle  
d. źle  
e. bardzo źle

**62. Czy poleciłaby Pani/Pan korzystanie z tych usług osobie potrzebującej?**  
a. tak → przejdź do pyt.64  
b. raczej tak → przejdź do pyt.64  
c. nie wiem → przejdź do pyt.64  
d. raczej nie → przejdź do pyt.63  
e. nie → przejdź do pyt.63

**63. Dlaczego by Pan/i nie polecała usług?**  
.....  
.....

**64. Co chciałaby Pani/ Pan zmienić w zakresie świadczonych usług?**  
.....  
.....  
.....

**Dziękuję za udzielenie odpowiedzi!**