

**ANKIETA 2025 r.**  
**dotyczy świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”**

Zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Jej celem jest rozpoznanie sytuacji osób chorujących na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunów. Uzyskane dane będą wykorzystywane wyłącznie w celu przygotowania programów wsparcia dla osób starszych oraz ich opiekunów przez Gminę Miasto Szczecin oraz w celach naukowych. Badanie jest anonimowe. Ankieta zostanie odłączona od wniosku. Państwa zdanie jest dla nas niezmiernie ważne.

*Prosimy o uzupełnienie lub zaznaczenie właściwej odpowiedzi.*

1. Wiek osoby chorującej na chorobę Alzheimera: ..... lat.
2. Płeć osoby chorującej na chorobę Alzheimera: **a)** kobieta **b)** mężczyzna
3. Wiek opiekuna składającego wniosek: ..... lat.
4. Płeć opiekuna składającego wniosek: **a)** kobieta **b)** mężczyzna
5. Stopień pokrewieństwa opiekuna składającego wniosek: .....
6. Od kiedy opiekuje się Pan/Pani osobą chorującą na chorobę Alzheimera? (rok).....
7. Kiedy zdiagnozowana została choroba Alzheimera? (rok) .....
8. Czy osoba chora ma orzeczenie o niepełnosprawności? **a)** nie **b)** tak
9. Czy osoba chora jest ubezwłasnowolniona?
  - a)** Nie biorę tego pod uwagę
  - b)** Nie, ale rozważam taką możliwość
  - c)** Tak
  - d)** W trakcie procedury
10. Czy osoba chora oczekuje na miejsce w domu pomocy społecznej? **a)** tak **b)** nie
11. Czy osoba chora oczekuje na miejsce w dziennym domu pomocy społecznej? **a)** tak **b)** nie
12. Czy rozważa Pani/Pan umieszczenie w przyszłości osoby chorej w całodobowej placówce opiekuńczej?
  - a)** Tak, w publicznym domu pomocy społecznej
  - b)** Tak, w prywatnej placówce opiekuńczej (np. dom opieki, dom seniora itd.)
13. Jaki jest zakres samodzielności osoby chorej, którą się Pan/Pani opiekuje?
  - a)** osoba leżąca
  - b)** osoba samodzielnie porusza się po mieszkaniu
  - c)** osoba samodzielnie porusza się po mieszkaniu i wychodzi na zewnątrz pod opieką opiekuna
  - d)** osoba samodzielnie porusza się po mieszkaniu i najbliższym otoczeniu bez opieki
14. Ile godzin dziennie opiekuje się Pan/Pani osobiście osobą chorą?.....
15. Czy w ciągu dnia może Pan/Pani pozostawić osobę chorą bez opieki?
  - a)** Nie mogę
  - b)** Do godziny
  - c)** 1-3 godziny
  - d)** 4-7 godzin
  - e)** 8 i więcej godzin
16. W jakim wymiarze w nocy osoba chora wymaga opieki/nadzoru?
  - a)** Przesypia całą noc
  - b)** Wybudza się, ale pozostaje w łóżku
  - c)** Wybudza się i przemieszcza po mieszkaniu, lecz nie wymaga nadzoru
  - d)** Wybudza się i przemieszcza po mieszkaniu, i wymaga nadzoru
17. Wysokość świadczenia emerytalnego/rentowego osoby chorej wynosi (netto)? ..... zł.
18. Wysokość przeciętnych miesięcznych dochodów głównego opiekuna wynosi (netto): ..... zł.
19. Ile osób mieszka z osobą chorującą na chorobę Alzheimera? .....

20. Czy Pani/Pan mieszka z osobą chorą? **a)** tak **b)** nie
21. Ile osób poza Panem/Panią jest zaangażowanych w opiekę nad osobą chorą? .....
22. Kto z rodziny poświęca najwięcej czasu na opiekę nad osobą chorą? .....
23. Czy z racji opieki nad osobą chorą odczuwa Pan/Pani następujące emocje? Proszę o udzielenie odpowiedzi na skali od 1-2-3-4-5-6 - *gdzie 1 oznacza brak emocji a 6 bardzo silną emocję.*

Emocja	Stopień	Emocja	Stopień	Emocja	Stopień
Smutek		Bezradność		Akceptacja	
Złość		Strach		Wdzięczność	
Poczucie winy		Przerażenie		Nadzieja	
Wstyd		Żal		Miłość	
Współczucie		Rozczarowanie		Zadowolenie	
Niepokój		Spełnienie		Czułość	

24. Z jakimi trudnościami w opiece nad osobą chorą spotyka się Pan/Pani najczęściej?  
Proszę o udzielenie odpowiedzi na skali od 1-2-3-4-5-6 - *gdzie 1 oznacza brak trudności a 6 bardzo duże trudności*

Trudności	Stopień trudności
Zmęczenie psychiczne	
Zmęczenie fizyczne	
Brak cierpliwości	
Niewyspanie	
Bezradność w obliczu choroby	
Poczucie osamotnienia	
Trudne zachowania u osoby chorej	
Zanik więzi emocjonalnej	
Trudności z komunikacją z osobą chorą	
Samodzielne oddalenie się osoby chorej z miejsca zamieszkania	
Niewystarczający dostęp do opieki zdrowotnej	
Niewystarczający dostęp do informacji o dostępnych formach pomocy	
Brak osoby, która mogłaby czasowo przejąć opiekę nad osobą chorą	
Nieporozumienia z innymi członkami rodziny	
Problemy finansowe	
Problemy mieszkaniowe	
Problemy z transportem	

25. Które z poniżej wskazanych zachowań dotyczą osoby, którą się Pan/Pani opiekuje i w jakim stopniu? Proszę o udzielenie odpowiedzi na skali od 1-2-3-4-5-6 - *gdzie 1 oznacza, że dane zjawisko nie występuje a 6 jest bardzo intensywne.*

Zachowania	Ocena
Przejawianie agresji wobec samego siebie	
Przejawianie agresji wobec opiekuna	
Urojenia	
Błądzenie we własnym mieszkaniu	
Oddalanie się z miejsca zamieszkania	
Niechęć do picia i jedzenia	
Problemy ze snem	
Problemy z zachowaniem higieny	

**26.** Czy dostrzega Pan/Pani pozytywne aspekty opieki nad osobą chorującą na Alzheimera?

Proszę zaznaczyć te, które Pani/Pana dotyczą:

- a) Czuję się lepszym człowiekiem
- b) Odczuwam satysfakcję ze sprawowanej opieki
- c) Mam lepsze relacje z rodziną
- d) Czuję, że rozwijam się duchowo
- e) Czuję się potrzebna/-y
- f) Czuję, że mogę sprostać trudowi opieki
- g) Stałam/łem się bardziej cierpliwa/y

**27.** Czy korzysta Pan/Pani z poniższych form pomocy, np.: sektora ochrony zdrowia, pomocy społecznej, firm lub osób świadczących usługi opiekuńcze?

Formy pomocy	Tak	Nie
Pielęgniarka środowiskowa (POZ)		
Pielęgniarka opieki długoterminowej		
Pielęgniarka prywatnie		
Opiekunka skierowana przez MOPR (usługi opiekuńcza)		
Opiekunka prywatnie		
Pomoc sąsiedzka		
Dzienny ośrodek wsparcia		
Świetlica wytnieniowa w Centrum Wsparcia „Niezapominajka”		
Mobilny zespół wsparcia w środowisku zamieszkania		
Grupy wsparcia/szkolenia		
Wypożyczalnia sprzętu		

**28.** Jakiego rodzaju pomocą w opiece nad osobą chorą byłaby/byłby Pani/Pan zainteresowana/y?

**A) Opieka wytnieniowa - możliwość zapewnienia osobie chorej opieki na 1-4 tygodnie w całodobowo funkcjonującej instytucji**

W jakim wymiarze byłaby/byłby Pani/Pan zainteresowany usługą?

- a) Nie jestem zainteresowany/-a
- b) Do tygodnia
- c) Do dwóch tygodni
- d) Do trzech tygodni
- e) Do miesiąca

W przypadku konieczności współpłacenia za usługę, proszę wpisać jakiej wysokości odpłatność gotów byłaby/byłby Pani/Pan maksymalnie ponieść za tydzień opieki nad osobą chorą w całodobowej instytucji opieki? .....

**B) Opieka wytnieniowa - możliwość zapewnienia osobie chorującej na chorobę Alzheimera całodobowej opieki na 1-4 tygodnie w miejscu zamieszkania osoby chorej.**

W jakim wymiarze byłaby/byłby Pani/Pan zainteresowany usługą?

- a) Nie jestem zainteresowana/-y
- b) Do tygodnia
- c) Do dwóch tygodni
- d) Do trzech tygodni
- e) Do miesiąca

W przypadku konieczności współpłacenia za usługę, proszę wpisać jakiej wysokości odpłatność gotów byłaby/byłby Pani/Pan maksymalnie ponosić za tydzień sprawowania całodobowej opieki wytnieniowej w miejscu zamieszkania osoby chorej .....

**C) Możliwość zapewnienia osobie chorej opieki kilka godzin dziennie, kilka razy w tygodniu poza miejscem zamieszkania np. świetlicy, dziennym domu pomocy społecznej.**

W jakim wymiarze byłaby Pani/Pan zainteresowana/-y usługą?

- a) Nie jestem zainteresowana/-y
- b) Do 6 godzin tygodniowo
- c) Od 7 do 20 godzin tygodniowo
- d) Od 21 do 39 godzin w tygodniu
- e) Powyżej 40 godzin w tygodniu

W przypadku konieczności współpłacenia za usługę, proszę wpisać jakiej wysokości odpłatność gotów byłaby/byłby Pani/Pan maksymalnie ponosić za godzinę pobytu w tej formie opieki?.....

**D) Szkolenia w opiece nad osobą chorą**

Jakim zakresem tematycznym szkoleń byłaby/byłby Pani/Pan zainteresowana/-y?

- a) Higiena i pielęgnacja
- b) Komunikacja z osobą chorą
- c) Techniki relaksacyjne
- d) Dotyczące procedur uzyskania wsparcia ze strony instytucji publicznych i organizacji pozarządowych
- e) Nie jestem zainteresowana/y

**E) Spotkania z innymi opiekunami (grupy wsparcia)**

W jakim wymiarze byłaby/byłby Pani/Pan zainteresowany spotkaniami?

- a) Raz w tygodniu
- b) Dwa razy w miesiącu
- c) Raz w miesiącu
- d) Kilka razy w roku
- e) Nie jestem zainteresowana/y

**F) Konsultacje ze specjalistami (zaznacz wybrane)**

Konsultacją, z którym ze specjalistów byłaby/byłby Pani/Pan zainteresowany?

- a) Z psychologiem
- b) Z psychoterapeutą
- c) Z prawnikiem
- d) Z pracownikiem socjalnym
- e) Z terapeutą uzależnień
- f) Z farmaceutą
- g) Nie jestem zainteresowana/y

**G) Pomoc opiekuna, który pomagałby w domu, w opiece nad chorym**

W jakim wymiarze byłaby/y Pani/Pan zainteresowany usługą?

- a) Nie jestem zainteresowana/y
- b) Do 6 godzin tygodniowo
- c) Od 7 do 12 godzin tygodniowo
- d) Od 13 do 24 godzin w tygodniu
- e) Od 25 do 40 godzin w tygodniu

W przypadku konieczności współpłacenia za usługę, proszę wpisać jakiej wysokości odpłatność gotów byłaby/byłby Pani/Pan maksymalnie ponosić za godzinę usługi .....

**H) Pomoc sąsiadów w ramach usług sąsiedzkich współfinansowanych przez Miasto**

W jakim wymiarze byłaby/y Pani/Pan zainteresowany usługą?

- a) Nie jestem zainteresowana/y
- b) Do 6 godzin tygodniowo
- c) Od 7 do 12 godzin tygodniowo
- d) Od 13 do 24 godzin w tygodniu
- e) Od 25 do 40 godzin w tygodniu

W przypadku konieczności współpłacenia za usługę, proszę wpisać jakiej wysokości odpłatność gotów byłaby/byłby Pani/Pan maksymalnie ponosić za godzinę usługi .....

**29.** Czy składał/a Pan/Pani wniosek o świadczenie we wcześniejszych latach?

( *proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi*)

**a)** nie   **b)** w 2018 r.   **c)** w 2019 r.   **d)** w 2020 r.   **e)** 2021 r.   **f)** 2022 r.   **g)** 2023 r.   **h)** 2024 r.

***Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!***

**30.** Jeśli ma Pani/Pan inne spostrzeżenia związane z organizacją opieki nad osobą chorującą na chorobę Alzheimera oraz w zakresie wsparcia opiekunów, prosimy o podzielenie się nimi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....