

Załącznik
do Zarządzenia Nr 40/2017
Starosty Mławskiego
z dnia 14.09.2017r.



ANKIETA

BADANIE ANKIETOWE DOTYCZĄCE SYTUACJI I POTRZEB OSÓB STARSZYCH ZAMIESZKUJĄCYCH NA TERENIE MIASTA MŁAWA, GMIN WIEJSKICH POWIATU MŁAWSKIEGO I MIEJSCOWOŚCI POZA GRANICAMI POWIATU MŁAWSKIEGO

Niniejsze badanie ankietowe ma na celu dokonanie diagnozy potrzeb osób starszych (rozumianych jako osoby w wieku 55+) mieszkających w Mławie, gminach wiejskich powiatu mławskiego pod kątem sygnalizowanych przez nie problemów i potrzeb związanych ze sferą usług w obszarach ochrony zdrowia, edukacji, kultury, pomocy społecznej oraz dostępności usług w wyżej wymienionych obszarach. Wynik przeprowadzonej diagnozy ma posłużyć za rekomendację i podstawę do planowania działań na rzecz tych osób przez powiat mławski.

Instrukcja:

Prosimy o zaznaczenie odpowiedzi w formie: X w kratce lub wpisanie odpowiedzi zgodnie z zadaniem pytaniem. Ankieta jest anonimowa (proszę nie podpisywać ankiety).

Uwaga! Ankietę należy wypełnić tylko raz. Jeśli już wypełniał/a Pan/i tę ankietę w innym miejscu proszę jej nie wypełniać po raz kolejny.

Część A. METRYCZKA

1. Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

2. Wiek

3. Wykształcenie

- ☐ 1. Niepełne podstawowe/ podstawowe
- ☐ 2. Gimnazjalne
- ☐ 3. Zawodowe
- ☐ 4. Średnie
- ☐ 5. Wyższe

4. Stan cywilny

- ☐ 1. Panna/kawaler
- ☐ 2. Mężatka/żonaty
- ☐ 3. Wdowa/wdowiec
- ☐ 4. Rozwiedziona/rozwiedziony

5. Pracuję zawodowo

- ☐ 1. TAK
- ☐ 2. NIE

6. Jestem

- ☐ 1. Emerytem
- ☐ 2. Rencistą
- ☐ 3. Żadne z powyższych

7. Czy prowadzi Pan/i własną działalność gospodarczą?

- ☐ 1. TAK
- ☐ 2. NIE

8. Jaka jest Pana/i sytuacja mieszkaniowa?

- ☐ 1. Mieszkam sam/a
- ☐ 2. Mieszkam z inną osobą/osobami

9. Miejsce zamieszkania

- ☐ 1. Miasto Mława
- ☐ 2. Gmina wiejska położona w powiecie mławskim
- ☐ 3. Inne miejsce (mieszkam po za granicami powiatu mławskiego)

CZĘŚĆ B.

1. Jak ocenił(a)by Pan(i) swój aktualny stan zdrowia? /Proszę wskazać jedną odpowiedź.

- ☐ a) Wspaniale
- ☐ b) Dobrze
- ☐ c) Przeciętnie
- ☐ d) Źle

2. Czy posiada Pan/i orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

- ☐ a) TAK
- ☐ b) NIE

3. Czy jest Pan/i uzależniony/a od:

- ☐ a) Papierosów
- ☐ b) Alkoholu
- ☐ c) Hazardu
- ☐ d) Innych substancji psychoaktywnych
- ☐ e) Leków
- ☐ f) Seksu
- ☐ g) Inne (jakie?).....

4. Czy ma Pan/i problemy w samodzielnym wykonywaniu następujących czynności: /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych czynności/

	TAK	NIE
Zakupy codzienne		
Rozporządzanie własnymi pieniędzmi (np. śledzenie własnych wydatków, opłacanie rachunków)		
Lekkie prace domowe (zmywanie, ścieranie kurzu)		
Poruszanie się po mieszkaniu		
Poruszanie się poza domem		
Samodzielne jedzenie i przygotowywanie sobie posiłków		
Przygotowanie i przyjęcie leków		

5. Czy utrzymuje Pan/i kontakty seksualne z partnerem/ką? Jeżeli tak, to jak często:

- ☐ a) Kilka razy w tygodniu
☐ b) Kilka razy w miesiącu
☐ c) Raz na kilka miesięcy
☐ d) nie współżyję seksualnie

6. Jak Pan/i najczęściej spędza wolny czas? / Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź/

- ☐ a) Oglądam telewizję
☐ b) Spotykam się z przyjaciółmi
☐ c) Poprawiam sprawność fizyczną
☐ d) Chodzę do kina/ teatru
☐ e) Uczę się nowych rzeczy
☐ f) Działalność społeczna
☐ g) Wolontariat
☐ h) Inne (proszę podać)

7. Czy ma Pan/i problemy z:

	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 z innymi osobami		
Problemy rodzinne		

8. Które z objawów zauważa Pan/i u siebie? / Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- ☐ a) Osłabiona pamięć
- ☐ b) Brak zapału do pracy
- ☐ c) Osłabienie organizmu
- ☐ d) Niechęć do wykonywania jakichkolwiek czynności
- ☐ e) Złe samopoczucie
- ☐ f) Żadne z powyższych

9. Co w dostępie do usług zdrowotnych stanowi największy problem? / Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- ☐ a) Odległe terminy wizyt
- ☐ b) Problemy z rejestracją do lekarza
- ☐ c) Brak możliwości umówienia się telefonicznie/ przez Internet
- ☐ d) Konieczność wczesnego wstawania, by dostać tzw. „numerek”
- ☐ e) Zbyt mała liczba pacjentów przyjmowanych w jednym dniu
- ☐ f) Trudności w uzyskaniu skierowania do lekarza specjalisty
- ☐ g) Godziny przyjęć niedostosowane do potrzeb pacjentów
- ☐ h) Trudności w uzyskaniu informacji od personelu lekarskiego, bądź pielęgniarzkiego
- ☐ i) Niska kultura osobista personelu medycznego (w tym lekarzy)
- ☐ j) Brak szacunku do pacjenta
- ☐ k) Brak dogodnego dojazdu
- ☐ l) Niskie kompetencje zawodowe lekarzy
- ☐ j) Inne (jakie?).....

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

	TAK	NIE
Dzienny dom pobytu dla seniorów		
Zwiększenie dostępu do usług rehabilitacyjnych		
Edukacja zdrowotna osób starszych		
Zwiększenie dostępności do bezpłatnej specjalistycznej opieki zdrowotnej: kardiolog, ortopeda, chirurg, psychiatra, gastrolog, laryngolog, geriatra, diabetolog, stomatolog, urolog, protetyk		
Dostęp do poradni zdrowia psychicznego (w tym do pomocy psychologów)		
Lektoraty językowe (nauka języka obcego)		
Programy profilaktyczne		
Warsztaty psychologiczne		
Warsztaty dietetyczne		
Poradnictwo prawne		
Biuro matrymonialne		
Ośrodek wsparcia dla osób mających problemy rodzinne (kryzysy, przemoc)		
Zajęcia kulturalne		
Usługi opiekuńcze		
Teleopieka (telefon zaufania)		
Zajęcia z rozwoju pasji i talentów		
Zajęcia sportowe dla seniorów		

11. Jaki jest Pana/i dochód netto (na rękę)

- ☐ a) do 500 zł
- ☐ b) 501 zł- 1000 zł
- ☐ c) 1001 zł- 1500 zł
- ☐ d) 1501 zł- 2000 zł
- ☐ e) 2001 zł- 3000 zł
- ☐ f) powyżej 3000 zł

12. Proszę określić sytuację finansową swojego gospodarstwa domowego, odpowiadając, czy uzyskiwany dochód miesięczny wystarcza na wszystkie rachunki (opłaty czynszowe, opłaty wynajmu, opłaty za prąd, opłaty za gaz, opłaty za wodę, zakup opału)

- ☐ a) Wystarcza zawsze
☐ b) Nie zawsze wystarcza
☐ c) Nigdy nie wystarcza

13. Czy posiada Pan/i zadłużenie (kredyt, dług, pożyczka)

- ☐ a) TAK
☐ b) NIE

14. Czy jest Pan/i członkiem jakiejś organizacji, np. stowarzyszenia, wspólnoty religijnej, związku, klubu, koła zainteresowań? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

- ☐ a) TAK. Jeśli tak, to jakich?.....
☐ b) NIE

15. Czy podejmuje Pan/i aktywność na rzecz dalszej edukacji? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

- ☐ a) TAK
☐ b) NIE

16. Jaką aktywność w zakresie dalszej edukacji Pan/i podejmuje? /Więcej niż jedną odpowiedź/

- ☐ a) Samokształcenie się, np. czytanie specjalistycznej literatury
☐ b) Kształcenie za pośrednictwem Internetu
☐ c) Uniwersytet Trzeciego Wieku lub inne zespołowe formy edukacji (warsztaty, kursy, szkolenia)
☐ d) Inne, jakie?

17. Czy dotyczą Pana/i poniższe sytuacje? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- ☐ a) Samotność
- ☐ b) Przemoc w rodzinie
- ☐ c) Ubóstwo
- ☐ d) Niezaradność życiowa
- ☐ e) Niepełnosprawność
- ☐ f) Tęsknota za rodziną
- ☐ g) Poczucie niezrozumienia
- ☐ h) Słaba kondycja zdrowotna

18. 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/

- ☐ a) Strona internetowa urzędu gminy/ urzędu miasta
- ☐ b) Lokalne internetowe portale informacyjne
- ☐ c) Lokalna stacja telewizyjna
- ☐ d) Lokalna stacja radiowa
- ☐ e) Lokalna prasa (gazety)
- ☐ f) Ogłoszenie w urzędzie gminy/miasta
- ☐ g) Ogłoszenie w bibliotekach
- ☐ h) Ogłoszenie w ośrodkach pomocy społecznej
- ☐ i) Plakaty na słupach ogłoszeniowych
- ☐ j) Ulotki dostarczane do skrzynek pocztowych mieszkańców
- ☐ k) Mławska komunikacja miejska (informacje na ekranach w autobusie)
- ☐ l) Portale społecznościowe np. facebook
- ☐ m) inne (jakie).....

19. Czy czuje się Pan/i bezpieczny/a: /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych sytuacji/

	TAK	NIE
We własnym mieszkaniu		
W swojej miejscowości		

20. Proszę ocenić, co jest dla Pana/i najważniejsze (proszę oceniać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zupełnie nieważne”, 2- „raczej nieważne”, 3- „ani ważne, ani nieważne”, 4- „raczej ważne”, 5- „bardzo ważne”, 99- „nie dotyczy”): /Proszę odnieść się do każdego z wymienionych stwierdzeń/

STWIERDZENIE	1	2	3	4	5	99
Rodzina						
Przyjaciele						
Miłość						
Pieniądze						
Akceptacja społeczna						
Zdrowie						
Religia						
Spokój						

21. 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
Towarzyszy mi poczucie bezradności					
Towarzyszy mi poczucie osamotnienia					
Nie wierzę w swoje możliwości					
Dalsze rozwijanie się nie ma sensu					
Jestem bardzo aktywny/a					
Potrafię zjednywać sobie ludzi					
Realizuję swoje marzenia					
Poprzez udział w życiu społecznym mogę wpływać na sytuację w mojej gminie/moim mieście					
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					

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Starosta Mławski

Włodzimierz A. Wojnarowski