



# Ankieta Kompetencji Opiekuńczych dla Opiekunów Faktycznych

w projekcie „Zdrowiej w Domu – Rybnickie Centrum Opieki Domowej”

## Cel ankiety:

Ankieta służy do oceny poziomu kompetencji opiekuńczych opiekunów faktycznych osób starszych i przewlekle chorych objętych wsparciem projektu. Wyniki pomogą dopasować zakres szkoleń, wsparcia psychologicznego i edukacyjnego. Projekt zakłada wsparcie dla opiekunów faktycznych poprzez szkolenia i pomoc psychologiczną.

## Instrukcja:

Proszę zaznaczyć odpowiedź najlepiej opisującą Państwa sytuację.

Skala odpowiedzi:

- 1 – Nie potrafię / nigdy tego nie robiłem(am)
- 2 – Potrafię w niewielkim stopniu
- 3 – Potrafię częściowo
- 4 – Potrafię dobrze
- 5 – Potrafię bardzo dobrze / samodzielnie

---

## CZĘŚĆ I. INFORMACJE PODSTAWOWE

### 1. Wiek:

- poniżej 40 lat
- 40–49 lat
- 50–59 lat
- 60+

### 2. Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna
- Inna / wolę nie podawać

### 3. Relacja z podopiecznym:

- małżonek/małżonka
- dziecko
- wnuk/wnuczka
- rodzeństwo
- sąsiad/znajomy
- inna: \_\_\_\_\_



4. Jak długo sprawuje Pan/Pani opiekę?
- poniżej 6 miesięcy
  - 6–12 miesięcy
  - 1–3 lata
  - ponad 3 lata
5. Czy mieszka Pan/Pani z podopiecznym?
- Tak
  - Nie

## CZĘŚĆ II. KOMPETENCJE OPIEKUŃCZE

### A. Organizacja opieki i bezpieczeństwo

Pytanie	1	2	3	4	5
Potrafię zorganizować codzienną opiekę nad podopiecznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię rozpoznać pogorszenie stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiem, kiedy należy wezwać pomoc medyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię zapewnić bezpieczne warunki w domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię zapobiegać upadkom i urazom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B. Podstawowa pielęgnacja i czynności higieniczne

Pytanie	1	2	3	4	5
Potrafię pomagać w codziennej higienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię zmieniać pozycję osoby leżącej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiem, jak zapobiegać odleżynom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię pomagać w ubieraniu i przemieszczaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię korzystać ze sprzętu pomocniczego (np. balkonik, wózek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C. Podawanie leków i monitorowanie zdrowia

Pytanie	1	2	3	4	5
Potrafię podawać leki zgodnie z zaleceniami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię kontrolować ciśnienie lub poziom cukru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rozumiem zalecenia lekarza i pielęgniarki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię obserwować objawy niepożądane leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię prowadzić podstawowe notatki dotyczące zdrowia podopiecznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## D. Komunikacja i wsparcie emocjonalne

Pytanie	1	2	3	4	5
Potrafię spokojnie rozmawiać z podopiecznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię reagować na trudne emocje chorego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię wspierać osobę z objawami otępienia/demencji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiem, jak ograniczać stres i napięcie u podopiecznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię współpracować z personelem medycznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E. Kompetencje cyfrowe i teleopieka

Pytanie	1	2	3	4	5
Potrafię korzystać ze smartfona lub tabletu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię korzystać z aplikacji zdrowotnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię obsługiwać urządzenia teleopieki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię przekazywać informacje medyczne online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciał(a)bym rozwinąć kompetencje cyfrowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CZĘŚĆ III. OBCIĄŻENIE OPIEKĄ

1. Jak często odczuwa Pan/Pani zmęczenie związane z opieką?

- nigdy
- rzadko
- czasami
- często
- bardzo często

2. Czy opieka wpływa na:

Obszar	Nie	Trochę	Znacznie
życie zawodowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zdrowie fizyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zdrowie psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
relacje rodzinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
odpoczynek i sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Czy potrzebuje Pan/Pani wsparcia psychologicznego?

- Tak
- Nie
- Nie wiem



## CZĘŚĆ IV. POTRZEBY SZKOLENIOWE

Które tematy szkoleń byłyby dla Pana/Pani najbardziej przydatne?  
(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- pielęgnacja osoby leżącej
- profilaktyka odleżyn
- żywienie osób starszych
- opieka nad osobą z demencją/Alzheimerem
- komunikacja z osobą chorą
- radzenie sobie ze stresem opiekuna
- pierwsza pomoc
- obsługa sprzętu medycznego i teleopieki
- rehabilitacja i aktywizacja seniora
- prawa opiekuna i dostępne formy wsparcia
- inne: \_\_\_\_\_

---

## CZĘŚĆ V. SAMOOCENA

1. Jak ocenia Pan/Pani swoje kompetencje opiekuńcze ogólnie?

- bardzo nisko
- nisko
- średnio
- dobrze
- bardzo dobrze

2. Czy udział w projekcie może pomóc w poprawie jakości opieki nad podopiecznym?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

---

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety.**

Uzyskane informacje posłużą do lepszego dopasowania wsparcia szkoleniowego i psychologicznego dla opiekunów faktycznych w projekcie.