



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa
tel. 22 831-00-76/77, e-mail: biuro@ptrs.waw.pl
www.ptrs.waw.pl

ANKIETA

dla uczestników projektu

SMØwa przysta È usprawnianie ruchowe i spoÈyczne chorych na SM II

w okresie 01.04.2016r. È 31.03.2017r.

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

B dziemy wdzi czni za wypeÿnienie poni szej ankiety. Uzyskane wyniki pozwol ñam okre li stopie realizacji zaji onych celów prowadzonych przez nas dziaÿa .

Dzi kujemy za po wi cony czas!

Prosimy o ustosunkowanie si do poni szych stwierdze oraz pyta wedug skali.

1 - zdecydowanie nie, 2 . raczej nie, 3 . raczej tak, 4 - tak, 5 - zdecydowanie tak

1. Jak ocenia Pani/Pan swoje/swoj : **- nasilenie objawów chorobowych**

bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża

- sprawno ruchow

bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża

- siu mi niow lub/i czynno mi ni i stawów

bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża

- ogóln wydolno kr eniowo-oddechow organizmu

bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża

- koordynacj , równowag

bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa
tel. 22 831-00-76/77, e-mail: biuro@ptsr.waw.pl
www.ptsr.waw.pl

- wiadomości i ruchu

bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża

- koncentracji

bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża

- stan psychiczny oraz samopoczucie

bardzo zły/e 1 2 3 4 5 bardzo dobry/e

- odczuwany poziom stresu

bardzo mały 1 2 3 4 5 bardzo duży

- satysfakcji z kontaktów z otoczeniem

bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża

- aktywność społeczna, motywacja do wyjścia z domu i/lub aktywność zawodowa

bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża

- jakość życia

bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża

3. Uważam, że uczestnictwo w projekcie byłoby bardzo przydatne w moim przypadku i wpłynęło na zwiększenie mojej samodzielności

zdecydowanie nie 1 2 3 4 5 zdecydowanie tak

4. Jak ocenia Pani/Pan profesjonalność prowadzących zajęcia terapeutów?

nieprofesjonalny 1 2 3 4 5 bardzo profesjonalny