



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

ANKIETA

dla uczestników projektu

„Światła przystanku” usprawnianie ruchowe i społeczne

chorych na SM II

Szanowna Pani/Szanowny Panie,
Bardziemy wdzięczni za wypełnienie poniższej ankiety. Uzyskane wyniki pozwolą nam określić stopień realizacji założonych celów realizowanego projektu.

1. W których z form wsparcia chciałby/chciały Pani/Pan wziąć udział? Prosimy o postawienie krzyżyka przy odpowiednim punkcie:

- ☐ Rehabilitacja grupowa, ruchowa
- ☐ Mechanoterapia
- ☐ Masaż usprawniający
- ☐ Zajęcia relaksacyjne jogi
- ☐ Zajęcia tai-chi
- ☐ Zajęcia Metodą Feldenkraisa
- ☐ Arteterapia z elementami terapii zajęciowej
- ☐ Zajęcia wokalne
- ☐ Zajęcia teatralne
- ☐ Zajęcia „Głowa pracuje”
- ☐ Wsparcie psychologa i trening funkcji poznawczych, porady indywidualne
- ☐ Pomoc logopedyczna
- ☐ Wsparcie dietetyka
- ☐ Rehabilitacja domowa
- ☐ Usługi osobistego asystenta osoby chorej na SM
- ☐ Ćwiczenia zespołowe i basen w szpitalu MSW

Wsparcie pomocnicze:

- ☐ Przejazdy na rehabilitację



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

Prosimy o ustosunkowanie się do poniższych stwierdzeń oraz pytań według podanej skali

2. Jak ocenia Pani/Pan swoje/swoje:

- nasilenie objawów chorobowych

☐	☐	☐	☐	☐		
bardzo mało	1	2	3	4	5	bardzo dużo

- sprawność ruchową

☐	☐	☐	☐	☐		
bardzo mało	1	2	3	4	5	bardzo dużo

- siłę mięśniową lub/i czynność mięśni i stawów

☐	☐	☐	☐	☐		
bardzo mało	1	2	3	4	5	bardzo dużo

- ogólną wydolność krążeniowo-oddechową organizmu

☐	☐	☐	☐	☐		
bardzo mało	1	2	3	4	5	bardzo dużo

- koordynację, równowagę

☐	☐	☐	☐	☐		
bardzo mało	1	2	3	4	5	bardzo dużo

- świadomość ciała i ruchu

☐	☐	☐	☐	☐		
bardzo mało	1	2	3	4	5	bardzo dużo

- koncentrację

☐	☐	☐	☐	☐		
bardzo mało	1	2	3	4	5	bardzo dużo

- stan psychiczny oraz samopoczucie

☐	☐	☐	☐	☐		
bardzo zły/e	1	2	3	4	5	bardzo dobry/e



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

- odczuwany poziom stresu

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
bardzo mały 1 2 3 4 5 bardzo duży

- satysfakcję z kontaktów z otoczeniem

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
bardzo mała 1 2 3 4 5 bardzo duża

- aktywność społeczną, motywację do wyjścia z domu i/lub aktywność zawodową

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ww formach wsparcia/zajęciach będzie bardzo przydatne w moim przypadku i wpłynie na zwiększenie mojej samodzielności

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
zdecydowanie nie 1 2 3 4 5 zdecydowanie tak

4. Jestem zmotywowana/y do udziału w zajęciach i zwiększania swojej sprawności

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
zdecydowanie nie 1 2 3 4 5 zdecydowanie tak

Dziękujemy za poświęcony czas!