**Opieka nad innymi**

**Jeśli opiekuje się Pan/Pani członkiem rodziny, partnerem przyjacielem wymagającym wsparcia lub usług ze względu na jego/jej wiek, niepełnosprawność fizyczną lub umysłową czy chorobę, w tym chorobę psychiczną, to prosimy Pana/Panią o wypełnienie danego kwestionariusza. Nie musi Pan/Pani odpowiadać na wszystkie pytania. Jeżeli nie zna Pan/Pani odpowiedzi lub nie chce jej udzielać, prosimy o przejście do następnego pytania.**

|  |
| --- |
| **Część 1: Dotyczy osoby, którą się Pan/Pani opiekuje**  W tej części pytania dotyczą osoby, której zapewnia Pan/Pani opiekę i udziela jej wsparcia. Dotyczy ona także doświadczeń opiekuna związanych z oferowaną pomocą oraz świadczonymi mu usługami. |

|  |
| --- |
| Jeśli opiekuje się Pan/Pani więcej niż jedną osobą, prosimy o udzielanie odpowiedzi **jedynie** związanych z osobą, której poświęcana jest większość czasu w ramach oferowanej pomocy. Jeśli poświęca Pan/Pani taką samą ilość czasu na opiekę nad dwiema lub więcej osobami, to prosimy wówczas o udzielanie odpowiedzi związanych z osobą, która z Panem/Panią mieszka. Jeśli mieszka Pan/Pani i opiekuje się dwiema lub więcej osobami w takim samym wymiarze czasu, to proszę wybrać **jedną** osobę, w odniesieniu do której będzie Pan/Pani odpowiadać na pytania. |

**1. Ile lat ma osoba, którą się Pan/Pani opiekuje?**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lat**

(Jeśli dokładny wiek danej osoby jest nieznany, to proszę podać wiek przybliżony – osoba, której zapewniana jest opieka, powinna mieć 18 lat lub więcej)

**2. Czy u osoby, którą się Pan/Pani opiekuje, występuje którakolwiek z wymienionych dolegliwości?**

***Prosimy o zaznaczenie[✓] tych wszystkich odpowiedzi, które dotyczą danej sytuacji***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Demencja | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Niepełnosprawność fizyczna | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Utrata wzroku lub słuchu | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Problemy związane ze zdrowiem psychicznym | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Problemy związane ze starzeniem się | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Niepełnosprawność intelektualna lub problemy z procesem uczenia się | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Długotrwała choroba | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Choroba śmiertelna | h (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Uzależnienie od alkoholu lub narkotyków | i (1) |

**3. Gdzie zazwyczaj mieszka osoba, którą Pan/Pan się opiekuje?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Ze mną | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | W innym miejscu | 2 |

**4. Ogólnie rzecz biorąc, jaki jest poziom Pana/Pani zadowolenia lub niezadowolenia ze wsparcia lub usług zapewnianych przez Wydział Opieki Społecznej, otrzymywanych zarówno przez Pana/Panią, jak i osobę objętą opieką, biorąc pod uwagę okres ostatnich 12 miesięcy?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nie otrzymaliśmy żadnego wsparcia lub usług ze strony Wydziału Opieki Społecznej w ciągu ostatnich 12 miesięcy | 1 |
|  |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Jestem niezmiernie zadowolony(a) | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Jestem bardzo zadowolony(a) | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Jestem zadowolony(a) | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Nie jestem ani zadowolony(a), ani niezadowolony(a) | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Jestem niezadowolony(a) | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Jestem bardzo niezadowolony(a) | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Jestem niezmiernie niezadowolony(a) | 8 |

**5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy osoba, której zapewnia Pan/Pani opiekę, korzystała z pomocy i usług wymienionych poniżej?**

**Może to być pomoc i usługi świadczone przez różne organizacje, takie jak organizacja wolontariacka, prywatna instytucja lub Wydział Opieki Społecznej.**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi w każdym rzędzie***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tak** |  | **Nie** | **Nie wiem know** | | |
| a. Wsparcie lub usługi pozwalające Panu/Pani na odpoczynek od sprawowanej opieki nad daną osobą, z możliwością powiadomienia o takiej potrzebie z krótkim wyprzedzeniem lub przy nagłej potrzebie |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| b. Wsparcie lub usługi pozwalające Panu/Pani na odpoczynek od sprawowania opieki nad daną osobą przez czas dłuższy niż 24 h |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| c. Wsparcie lub usługi pozwalające Panu/Pani na odpoczynek od sprawowania opieki nad daną osobą w czasie od 1 do 24 h (np. ze strony instytucji opiekuńczych) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| d. Osobisty(a) asystent(ka) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| e. Osobista opieka/pomoc domowa |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| f. Ośrodek dzienny lub zajęcia w ciągu dnia |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| g. Stołówka z posiłkami |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| h. Usługi gastronomiczne (przyrządzanie posiłków) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| i. Wyposażenie lub urządzenia przystosowane do domów osób objętych opieką (np.wózek inwalidzki lub poręcze) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| j. Alarm osobisty |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| k. Osoby te stale mieszkają w domu opieki |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 5 above for local use such as supported employment or special college. Additional answer options for question 5 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Część 2: Dotyczy Pana/Pani potrzeb oraz doświadczeń związanych z otrzymywanym wsparciem**  W tej części pytania dotyczą wsparcia oraz usług, z których korzysta **Pan/Pani** jako opiekun. Może to być wsparcie organizowane przez Pana/Panią lub przy pomocy Wydziału Opieki Społecznej. Może to być wsparcie i usługi zapewnianie przez organizację wolontariacką, instytucje prywatne lub Wydział Opieki Społecznej. |

**6. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystał(a) Pan/Pani ze wsparcia lub usług wymienionych poniżej i mających na celu udzielenie pomocy Panu/Pani jako opiekunowi?**

**Formy danego wsparcia i usług mogą być zapewniane przez różne organizacje, takie jak organizacje wolontariacke, instytucje prywatne lub Wydział Opieki Społecznej. Prosimy pominąć przy tym nieodpłatną pomoc ze strony rodziny lub przyjaciół.**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi w każdym rzędzie***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tak** |  | **Nie** | **Nie wiem** | | |
| a. Informacje i porady |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| b. Wsparcie ze strony grup opiekunów lub zaufanej osoby, z którą można porozmawiać |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| c. Szkolenie dla opiekunów |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| d. Wsparcie mające na celu umożliwienie Panu/Pani utrzymanie zatrudnienia |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 6 above for local use such as advocacy for carers, help with household tasks and gardening and practical help to complete forms. Additional answer options for question 6 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Część 3: Wpływ opieki sprawowanej nad daną osobą na jakość życia opiekuna**  Niektóre z pytań w tej części dotyczą wpływu sprawowanej opieki na poszczególne aspekty życia opiekuna. Inne natomiast dotyczą jakości różnych dziedzin życia opiekuna w sposób bardziej ogólny. |

**7. Które z podanych stwierdzeń najlepiej opisuje sposoby spędzania przez Pana/Panią czasu?**

**Jeśli chodzi o spędzany przez Pana/Panią czas, prosimy uwzględnić wszelkie czynności, które są dla Pana/Pani cenne, lub które sprawiają Panu/Pani przyjemność, w tym zatrudnienie, praca nieodpłatna lub wolontariat, opieka nad innymi oraz zajęcia w czasie wolnym.**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jestem w stanie spędzać czas według swojego upodobania, robiąc rzeczy, które są dla mnie cenne, oraz które sprawiają mi przyjemność | 1 |
|  |  |  |
|  | Spędzam trochę czasu na robieniu rzeczy, które są dla mnie cenne, lub które sprawiają mi przyjemność, ale w niewystarczającym stopniu | 2 |
|  |  |  |
|  | Nie spędzam czasu na robieniu czegokolwiek, co jest dla mnie cenne, lub co sprawia mi przyjemność | 3 |

**8. Które z następujących stwierdzeń najlepiej opisują to, w jakim stopniu posiada Pan/Pani kontrolę nad swoim życiem codziennym?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mam kontrolę nad swoim życiem codziennym w odpowiednim stopniu | 1 |
|  |  |  |
|  | Mam pewną kontrolę nad swoim życiem codziennym, jednak w niewystarczającym stopniu | 2 |
|  |  |  |
|  | Nie mam żadnej kontroli nam swoim życiem codziennym | 3 |

**9. Biorąc pod uwagę czas spędzany na dbaniu o siebie – np. wysypianie się, prawidłowe odżywanie się – które ze stwierdzeń najlepiej opisuje Pana/Pani obecną sytuację?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dbam o siebie | 1 |
|  |  |  |
|  | Czasami nie mogę wystarczająco o siebie zadbać | 2 |
|  |  |  |
|  | Czuję, że zaniedbuje samego/samą siebie | 3 |

**10a. Biorąc pod uwagę Pana/Pani bezpieczeństwo osobiste, które ze stwierdzeń najlepiej opisuje Pana/Pani obecną sytuację?**

Przez „bezpieczeństwo osobiste” rozumiemy poczucie bezpieczeństwa, bez strachu przed agresją/znęcaniem się, atakiem lub doznaniem innego rodzaju fizycznej krzywdy.

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nie mam żadnych obaw odnośnie swojego bezpieczeństwa osobistego | 1 |
|  |  |  |
|  | Towarzyszy mi pewien niepokój odnośnie mojego bezpieczeństwa osobistego | 2 |
|  |  |  |
|  | Jestem niezmiernie zaniepokojony(a) swoim bezpieczeństwem osobistym | 3 |

**10b. Jeśli powiedziałeś, że bardzo martwisz się o swoje bezpieczeństwo osobiste, czy możesz nam powiedzieć, dlaczego?**

Responses to this question should not be submitted in the survey data return.

**11. Biorąc pod uwagę czas spędzany w towarzystwie osób, które Pan/Pani lubi, które z następujących stwierdzeń najlepiej opisuje Pana/Pani sytuację społeczną?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Udzielam się towarzysko z przyjaciółmi i znajomymi w stopniu, który mi odpowiada | 1 |
|  |  |  |
|  | Udzielam się towarzysko z innymi, jednak w niewystarczającym stopniu | 2 |
|  |  |  |
|  | Nie udzielam się za bardzo towarzysko z innymi i towarzyszy mi uczucie izolacji społecznej | 3 |

**12. Biorąc pod uwagę poparcie, otuchę i wsparcie przy sprawowaniu przez Pana/Panią roli opiekuna, które z następujących stwierdzeń najlepiej opisuje Pana/Pani obecną sytuację?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Czuję, że inni wspierają mnie i dodają mi otuchy | 1 |
|  |  |  |
|  | Czuję, że inni wspierają mnie i dodają mi otuchy, jednak w niewystarczającym stopniu | 2 |
|  |  |  |
|  | Nie czuję, aby ktokolwiek wspierał mnie i dodawał mi otuchy | 3 |

**13. Biorąc pod uwagę inne osoby, wobec których musi Pan/Pani wykonywać obowiązki opiekuńcze, które z następujących stwierdzeń najlepiej opisuje Pana/Pani obecną sytuację? Prosimy pominąć osobę, której udziela Pan/Pani pomocy w największym stopniu.**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nie wykonuję obowiązków opiekuńczych wobec żadnej innej osoby | 1 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Zawsze mam wystarczająco dużo czasu na opiekę nad nimi | 2 |
|  |  |  |
|  | Czasami wystarcza mi czasu na opiekę nad nimi | 3 |
|  |  |  |
|  | Nigdy nie mam wystarczająco dużo czasu na opiekę nad nimi | 4 |

**14. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, sprawowanie przez Pana/Panią roli opiekuna wpłynęło w jakikolwiek z wymienionych poniżej sposobów na Pana/Pani zdrowie?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] tych wszystkich odpowiedzi, które odnoszą się do Pana/Pani sytuacji***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Uczucie zmęczenia | a (1) |
|  |  |  |
|  | Uczucie przygnębienia/depresja | b (1) |
|  |  |  |
|  | Utrata apetytu | c (1) |
|  |  |  |
|  | Zaburzenia snu | d (1) |
|  |  |  |
|  | Ogólne odczuwanie stresu | e (1) |
|  |  |  |
|  | Obciążenie fizyczne (np. na plecy) | f (1) |
|  |  |  |
|  | Wybuchowość/rozdrażnienie | g (1) |
|  |  |  |
|  | Potrzeba wizyty u lekarza pierwszego kontaktu | h (1) |
|  |  |  |
|  | Pojawienie się własnych dolegliwości zdrowotnych | I (1) |
|  |  |  |
|  | Pogorszenie się istniejącej już dolegliwości | j (1) |
|  |  |  |
|  | Inne | k (1) |
|  |  |  |
|  | Nie, żadne z powyższych | l (1) |

**15. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy sprawowanie przez Pana/Panią roli opiekuna wiązało się z wystąpieniem problemów finansowych w Pana/Pani życiu?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nie, w ogóle | 1 |
|  |  |  |
|  | Tak, w pewnym stopniu | 2 |
|  |  |  |
|  | Tak, w znacznym stopniu | 3 |

**16. Jak często czujesz się samotny?**

***Proszę zaznaczyć (****✓****) jedno pole***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Często lub zawsze | 1 |
|  |  |  |
|  | Czasami | 2 |
|  |  |  |
|  | Okazjonalnie | 3 |
|  |  |  |
|  | Prawie nigdy | 4 |
|  |  |  |
|  | Nigdy | 5 |

|  |
| --- |
| **Część 4: Informacje oraz jakość porad**  Kolejne pytania związane są z Pana/Pani poglądami na temat jakości udzielanych informacji oraz porad. |

**17. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, było Panu/Pani łatwo czy trudno znaleźć informacje oraz porady odnośnie wsparcia, usług czy zapomóg i zasiłków? Prosimy o uwzględnienie również informacji pochodzących z różnych źródeł, takich jak organizacje wolontariackie, instytucje prywatne, jak również Wydział Opieki Społecznej.**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nie próbowałem(am) znaleźć informacji czy porad w ciągu ostatnich 12 miesięcy | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | To było bardzo łatwe do znalezienia | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | To było dość łatwe do znalezienia | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | To było dość trudne do znalezienia | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | To było bardzo trudne do znalezienia | 5 |

|  |
| --- |
| Jeśli znalezienie danych informacji oraz porad okazało się dla Pana/Pani trudne, prosimy o podanie powodu oraz sposobu, w jaki moglibyśmy ułatwić Panu/Pani ich uzyskanie |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

**18. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, jak bardzo pomocne okazały się otrzymane przez Pana/Panią informacje oraz porady? Prosimy o uwzględnienie informacji oraz porad z różnych organizacji, takich jak organizacje wolontariacke, instytucje prywatne lub Wydział Opieki Społecznej.**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nie otrzymałem(am) żadnych informacji czy porad w ciągu ostatnich 12 miesięcy | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Okazały się bardzo pomocne | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Okazały się dość pomocne | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Okazały się raczej mało pomocne | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Okazały się mało pomocne | 5 |

|  |
| --- |
| Jeśli otrzymane przez Pana/Panią informacje oraz porady nie okazały się pomocne, prosimy o podanie przyczyny oraz sposobu, w jaki moglibyśmy to zmienić |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Część 5: Organizacja i ustalanie wsparcia oraz usług w ciągu ostatnich 12 miesięcy**  Kolejne pytanie dotyczy organizacji wsparcia i usług przeznaczonych dla Pana/Pani oraz osoby, której zapewniana jest opieka. |

**19. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uważa Pan/Pani, że zaangażowano lub konsultowano się z Panem/Panią w zadowalającym stopniu podczas dyskusji odnośnie wsparcia oraz usług świadczonych osobie, którą się Pan/Pani opiekuje?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Z tego co wiem, nie było żadnych dyskusji w ciągu ostatnich 12 miesięcy | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Zawsze uważałem(am), że angażowano mnie i konsultowano się ze mną w tych kwestiach | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Zazwyczaj uważałem(am), że angażowano mnie i konsultowano się ze mną w tych kwestiach | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Czasami uważałem(am), że angażowano mnie i konsultowano się ze mną w tych kwestiach | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Nigdy nie czułem(am), żeby angażowano mnie i konsultowano się ze mną w tych kwestiach | 5 |

|  |
| --- |
| **Część 6: Pytania dotyczące opiekuna**  Następna grupa pytań pomoże nam w uzyskaniu lepszego obrazu tego, jaki rodzaj opiekunów bierze udział w danych badaniach. |

**20. Oprócz sprawowania roli opiekuna, prosimy o podanie nam informacji, które jeszcze z wymienionych stwierdzeń odnosi się do Pana/Pani sytuacji?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] tych wszystkich odpowiedzi, które dotyczą Pana/Pani sytuację***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Jestem na emeryturze | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Pracuję w pełnym wymiarze godzin | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Pracuję w niepełnym wymiarze godzin (pracuję 30h lub mniej) | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Jestem osobą samozatrudnioną w pełnym wymiarze godzin | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Jestem osobą samozatrudnioną w niepełnym wymiarze godzin | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Nie posiadam płatnej pracy | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Pracuję jako wolontariusz | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Inne | h (1) |

**21. Biorąc pod uwagę godzenie ze sobą wykonywanej przez Pana/Panią płatnej pracy oraz obowiązków opiekuna, które z wymienionych stwierdzeń najlepiej opisuje Pana/Pani obecną sytuację?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

**Nie wykonuję płatnej pracy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Nie wykonuję płatnej pracy ze względu na moje obowiązki jako opiekuna | 1 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Nie wykonuję płatnej pracy z innego powodu (np. jestem na emeryturze) | 2 |
|  | | | | |

**Jestem zatrudniony i wykonuję płatną pracę**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Wykonuję płatną pracę i otrzymuję wsparcie od swojego pracodawcy | 3 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Wykonuję płatną pracę, ale nie otrzymuję wsparcia od swojego pracodawcy | 4 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Nie potrzebuję żadnego wsparcia od swojego pracodawcy, aby móc pogodzić swoją pracę z obowiązkami opiekuna | 5 |
|  | |
|  | | | | |

**Samozatrudnienie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Jestem osobą samozatrudnioną i jestem w stanie pogodzić moją pracę z | 6 |
|  |  | obowiązkami opiekuna |
|  |  |  |  |
|  |  | Jestem osobą samozatrudnioną, jednak nie jestem w stanie pogodzić | 7 |
|  |  | swojej pracy z obowiązkami opiekuna |

**22. Mniej więcej od jak dawna sprawuje Pan/Pan rolę opiekuna lub udziela pomocy danej osobie?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Mniej niż 6 miesięcy | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Więcej niż 6 miesięcy, ale mniej niż rok | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Ponad rok, ale mniej niż 3 lata | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Ponad 3 lata, ale mniej niż 5 lat | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Ponad 5 lat, ale mniej niż 10 lat | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Ponad 10 lat, ale mniej niż 15 lat | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Ponad 15 lat, ale mniej niż 20 lat | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20 lat lub więcej | 8 |

**23. Ile mniej więcej czasu poświęca Pan/Pani na sprawowanie opieki lub udzielanie pomocy danej osobie?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0-9 godzin tygodniowo | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 10-19 godzin tygodniowo | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20-34 godzin tygodniowo | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 35-49 godzin tygodniowo | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 50-74 godzin tygodniowo | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 75-99 godzin tygodniowo | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 100 lub więcej godzin tygodniowo | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | To zależy – poniżej 20 godzin tygodniowo | 8 |
|  |  |  |  |
|  |  | To zależy – 20 godzin tygodniowo lub więcej | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Inne | 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| Jeśli wymiar czasu jest inny, prosimy o jego podanie: |  |

**24. W przeciągu ostatnich 12 miesięcy, jaki rodzaj czynności był przez Pana/Panią wykonywany w ramach opieki nad daną osobą?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] tych wszystkich odpowiedzi, które dotyczą Pana/Pani sytuacji***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Pomoc przy pielęgnacji/utrzymaniu higieny osobistej | | a (1) | |
|  | |  | (np. ubieranie, kąpanie, mycie, golenie obcinanie paznokci, karmienie, korzystanie z toalety) | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  | Pomoc fizyczna | | b (1) | |
|  | |  | (np. pomoc przy chodzeniu, wchodzeniu czy schodzeniu ze schodów, kładzenie się i wstawanie z łóżka) | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  | Pomoc przy organizacji usług opiekuńczych lub zapomóg/zasiłków | | c (1) | |
|  | |  | (np. umawianie wizyt i rozmów telefonicznych, wypełnianie formularzy) | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  | Pomoc z dokumentacją lub sprawami finansowymi | | d (1) | |
|  | |  | (np. pisanie listów/pism, wysyłanie kart, wypełnianie formularzy, zarządzanie rachunkami, sprawami bankowymi) | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  | Inne rodzaje pomocy praktycznej | | e (1) | |
|  | |  | (np. przygotowywanie posiłków, robienie zakupów, pranie, prace domowe i ogrodnicze, remontowanie, naprawy w gospodarstwie domowym, zaprowadzanie do lekarza czy szpitala) | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  | Dotrzymywanie towarzystwie danej osobie | | f (1) | |
|  | |  | (np. odwiedziny, spędzanie razem czasu, czytanie, rozmowy, gra w karty lub inne gry) | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  | Zabieranie osoby z domu | | g (1) | |
|  | |  | (np. wychodzenie na spacer, przejażdżkę samochodem, odwiedziny u przyjaciół lub krewnych) | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  | Podawanie lekarstw | | h (1) | |
|  | |  | (np. pilnowanie, czy osoba wzięła tabletki, robienie zastrzyków, zmiana opatrunków) | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  | Sprawdzanie/pilnowanie, czy z daną osobą jest wszystko w porządku | | i (1) | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  | Udzielanie wsparcia emocjonalnego | | j (1) | |
|  | |  |  | |  | |
|  |  | | |  | |
|  | |  | Inny rodzaj pomocy | | k (1) | |

**25. Czy występuje u Pana/Panią którakolwiek z podanych poniżej dolegliwości?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] tych wszystkich odpowiedzi, które dotyczą Pana/Pani sytuacji.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Fizyczna niepełnosprawność | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Utrata wzroku lub słuchu | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Problemy ze zdrowiem psychicznym lub choroba psychiczna | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Niepełnosprawność intelektualna lub trudności z procesem uczenia się | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Długotrwała choroba | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Inne | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Żadne z powyższych | g (1) |

**26. Nad jaką liczbą dzieci w wieku 18 lat lub poniżej, sprawuje Pan/Pani odpowiedzialność rodzicielską?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 2 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 4+ | 5 |

**27. Czy ktokolwiek udzielał Panu/Pani pomocy przy wypełnieniu danego formularza?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak | 1 |
|  |  |  |
|  | Nie | 2 |

Councils may seek further information on the category of person who helped here if they wish – but these should only be categories of person (e.g. relative) and not names. Any expanded categories need to be aggregated back to just an overall ‘yes’ category before entering the results onto the data return.

**28. Ile ma Pan/Pani lat?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lat**

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**29. Czy jest Pan/Pani mężczyzną czy kobietą?**

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mężczyzna | 1 |
|  |  |  |
|  | Kobieta | 2 |
|  |  |  |
|  | Inne | 3 |

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**30.** **Do której z poniższych grup Pan/Pani należy?**

***Prosimy o zaznaczenie (🗸) jednego pola***

**Biała grupa etniczna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Angielska/walijska/szkocka/północnoirlandzka/brytyjska | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Irlandzka | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Cygańska lub irlandzka cygańska | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Inna biała grupa etniczna | 4 |
|  |  |  |  |

**Grupy mieszane/wieloetniczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Biała i czarna karaibska | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Biała i czarna afrykańska | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Biała i azjatycka | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Inne grupy mieszane/wieloetniczne | 8 |

**Azjatycka lub azjatycka brytyjska**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Hinduska | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Pakistańska | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  | Bangladeska | 11 |
|  |  |  |  |
|  |  | Chińska | 12 |
|  |  |  |  |
|  |  | Inna grupa azjatycka | 13 |
|  |  |  |  |

*Ciąg dalszy na następnej stronie*

**Czarna/afrykańska/karaibska/czarna brytyjska**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Afrykańska | 14 |
|  |  |  |  |
|  |  | Karaibska | 15 |
|  |  |  |  |
|  |  | Inna czarna/afrykańska/karaibska grupa etniczna | 16 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Inna grupa etniczna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Arabska | 17 |
|  |  |  |  |
|  |  | Inna grupa etniczna | 18 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Wolę nie odpowiadać | 19 |

Councils may choose to omit the above question and supply data from their own records if they are confident of the quality and coverage of the information about the carer’s assessment of their ethnic origin in their current records. Councils including this question may break down the categories further if they wish to do so.

**Sekcja 7: Uwagi**

Kolejna grupa pytań pozwala na dostarczenie dodatkowych informacji na temat swoich doświadczeń.

**31. W podanym poniżej polu prosimy o przedstawienie wszelkich innych własnych doświadczeń, o których chciał(a)by Pan/Pani nas poinformować lub skomentować.**

|  |
| --- |
|  |

The question above is for local use and can be omitted. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

**32. Możliwe będzie z naszej strony proszenie opiekunów o wzięcie udziału w dalszych badaniach objętych tą samą tematyką w okolicach następnego roku.**

**Czy chciał(a)by Pan/Pani zostać zaproszony(a) do wzięcia udziału w kolejnych badaniach?**

*Prosimy pamiętać, że udzielenie odpowiedzi „tak” nie zobowiązuje Pana/Panią do wzięcia udziału w badaniach w przyszłości.*

***Prosimy o zaznaczenie [✓] jednej odpowiedzi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak, moje imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu zostały podane w poniższym polu |  |
|  |
|  |  |  |
|  | Nie |  |

**Jeśli możemy skontaktować się z Panem/Panią w tym celu, to prosimy o podanie danych kontaktowych poniżej:**

Name:

Address:

Telephone number:

Email address (optional):

The question above is optional and can be omitted if councils have no intention of conducting any follow-up research.

W razie chęci uzyskania kopii raportu krajowego z ankiety, zostanie on opublikowany jesienią i udostępniony na stronie internetowej GOV.UK.

Please ensure a paper copy version is available for carers to request. Amend the options depending on whether a local findings paper or the national report will be sent.

Możemy dostarczyć kopię pocztą lub e-mailem (e-mail jest znacznie tańszy). Które wolisz? (proszę zaznaczyć tylko jedno pole):

|  |  |
| --- | --- |
|  | E-mail: |
|  |
|  |  |
|  | Drogą pocztową |

Jeśli chcesz otrzymać cyfrową kopię wyników / ustaleń władz lokalnych (niepotrzebne skreślić) / raportu krajowego, podaj swój adres e-mail w poniższym polu (należy pamiętać, że nastąpi to po opublikowaniu raportu krajowego latem):

Adres e-mail:

Jeśli chcesz, abyśmy przesłali Ci kopię wyników / ustaleń władz lokalnych (niepotrzebne skreślić) / raportu krajowego, podaj swoje imię i nazwisko oraz adres w polu poniżej (należy pamiętać, że nastąpi to po opublikowaniu raportu krajowego latem):

Imię i nazwisko:

Adres:

**Dziękujemy za pomoc i wypełnienie danego kwestionariusza.**

**Prosimy o odesłanie go w załączonej kopercie.**

**Niewymagane jest przyklejanie znaczka na kopertę.**

|  |
| --- |
| **W celu umożliwienia nam wzięcia pod uwagę Pana/Pani poglądów, prosimy o odesłanie danego formularza w załączonej kopercie do dnia [insert date]** |