**Załącznik nr 7**

Spis treści

[**III.2.4. Ankieta dla lekarzy orzekających** 2](#_Toc8293805)

[**III.2.5. Ankieta satysfakcji uczestników** 4](#_Toc8293806)

[**III.2.6. Ankiety satysfakcji personelu ORK** 11](#_Toc8293807)

 **Kwestionariusz oceny projektu dla doradców zawodowych 11**

 **Kwestionariusz oceny projektu dla lekarzy 20**

 **Kwestionariusz oceny projektu dla fizjoterapeutów 22**

 **Kwestionariusz oceny projektu dla nauczycieli zawodu, trenerów zawodowych 31**

 **Kwestionariusz oceny projektu dla pośredników pracy 36**

 **Kwestionariusz oceny projektu dla psychologów 41**

 **Kwestionariusz oceny projektu dla specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją 49**

 **Kwestionariusz oceny projektu dla terapeutów zajęciowych 57**

**III.2.4. Ankieta dla lekarzy orzekających**

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU** **DLA LEKARZY ORZEKAJĄCYCH O POTRZEBIE REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ****Ocena ogólna projektu, procesu orzekania o potrzebie rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani informacje posłużą do oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Specjalizacja …………………..**

**Instytucja:**

**ZUS [ ] KRUS [ ] MON [ ]**

**MSWiA [ ] Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności [ ]**

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, proszę zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **Ocena** |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba | nie mam zdania |
| 1. | Przydatność rehabilitacji kompleksowej w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Organizacja procesu orzekania o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |

1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **Ocena** |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Wiedza potencjalnego uczestnika o projekcie na początku rozmowy o potrzebie rehabilitacji kompleksowej  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Zakres informacji o projekcie przekazanych przez Pana/Panią potencjalnemu uczestnikowi projektu. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Wiedza potencjalnego uczestnika o projekcie w momencie wyrażania zgody na udział w projekcie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Motywacja uczestnika do udziału w projekcie na początku rozmowy o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Motywacja uczestnika do udziału w projekcie w momencie wyrażania zgody na udział w projekcie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi |

1. **Czy w trakcie orzekania o potrzebie rehabilitacji kompleksowej wystąpiły jakieś problemy?**
* nie, nie było żadnych problemów
* tak, niechęć do zapoznania się z warunkami uczestniczenia w projekcie
* tak, brak zrozumienia przez uczestnika potrzeby przeprowadzania oceny psychologicznej
* tak, brak zrozumienia przez uczestnika potrzeby uczestniczenia w rehabilitacji kompleksowej
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestnika (np. postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestnika
* inne:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar
 i opisać swoje propozycje:**
* Organizacja procesu orzekania o potrzebie rehabilitacji kompleksowej………………………………….……….………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………
* Organizacja rehabilitacji kompleksowej:……………………………………………………………………………..…………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

**III.2.5. Ankieta satysfakcji uczestników**

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU** **DLA UCZESTNIKÓW****Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej** …………………………………………………………………………………………………………

**Termin uczestniczenia w kompleksowej rehabilitacji
 od** (dzień miesiąc rok)………/……/……. **do** (dzień miesiąc rok)……/………/……..

**Tryb realizacji rehabilitacji kompleksowej (zakreśl właściwą odpowiedź)**

stacjonarny niestacjonarny

**Płeć** **(zakreśl właściwą odpowiedź)** **K M**

**Wiek** **(wpisz w latach)** …………

**Wykształcenie** (**wstaw znak X przy właściwej odpowiedzi)**

Podstawowe [ ] Gimnazjalne [ ]

Zawodowe [ ] Średnie pomaturalne [ ]

Licencjat [ ] Wyższe [ ]

**Nazwa Instytucji kierującej** (**wstaw znak X przy właściwej odpowiedzi):**

ZUS [ ] KRUS [ ] MON [ ]

MSWiA [ ] Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności [ ]

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiedniej kratce.**

* 1. **Ogólna ocena projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **Ocena** |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **ocena** |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Zakres informacji o projekcie udzielonych przez lekarza/ zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Ilość czasu poświęcona na przekazanie przez lekarza/zespół orzekający informacji o projekcie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Sposób udzielenia informacji o projekcie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zakres informacji o projekcie zawartych w przekazanej ulotce  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Ilość czasu przyznana na podjęcie decyzji o uczestniczeniu w kompleksowej rehabilitacji  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Sposób udzielenia odpowiedzi przez lekarza/zespół orzekający na zadane przez Pana/Panią pytania  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

* 1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **ocena** |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Zaangażowanie lekarza  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzana rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Zaangażowanie psychologa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Zaangażowanie fizjoterapeuty | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zaangażowanie terapeuty zajęciowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Zaangażowanie pośrednika pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Warunki lokalowe (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Warunki lokalowe i wyposażenie sal szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Wyżywienie (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Część hotelowa (pokój, wyposażenie, warunki socjalne) *– jeżeli dotyczy* | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Warunki i sposób przewożenia (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Ocena kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **Ocena** |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Sposób przekazywania informacji i przeprowadzanie oceny | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca z osobami przeprowadzającymi badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | **Ocena** |
| optymalny | nieco za długi | umiarkowanie za długi | zdecydowanie za długi | za krótki |
| 5. | Czas poświęcony na przeprowadzenie badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | **Ocena** |
| optymalna | nieco za duża | umiarkowanie za duża | znacznie za duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **Ocena** |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Wyjaśnienie czym jest IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie w IPR Pana/Pani indywidualnych potrzeb i możliwości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Udział Pana/Pani w cyklicznych spotkaniach zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Ilość czasu przeznaczona na poszczególne moduły rehabilitacji  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Realizacja programu zgodnie z harmonogramem | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  8. | Zakres/dobór treści kursu/szkolenia zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  9. | Jakość materiałów szkoleniowych - szkolenia zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Liczba godzin szkoleniowych - szkolenia zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia Panu/Pani podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………….……………………..

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………….……………………… …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja medyczna, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………….…………………………… …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………..…………….. …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………..……………………………………………. …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:……………………………………….………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy…………………………………………………………………………..……………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: …………………………………………………………………..……………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia Panu/Pani podjęcia pracy/powrót do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………….…………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja medyczna, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………..………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………….………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………..……………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy…………………………………….……………………………………………………....... …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **Ocena** | Nie dotyczy |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |  |
| 1. | Zwiększenie sprawności fizycznej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Poprawa sprawności manualnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Poprawa nastroju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4 | Uzyskanie samodzielności w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5 | Uzyskanie samodzielności w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 12. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 13. | Zwiększenie szans na podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi |  |

1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany w zasadach projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**
* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .………………………………………………………………..…………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….……………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:……………………………………………………………..………………….. .………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………..…………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: ……………………………………………………………………………..…………………………………
……………………..………………………………………………………………………………………………….……………………………………………
* inne……………………………………………………………………………………………………….………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**III.2.6. Ankiety satysfakcji personelu ORK**

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU** **DLA DORADCÓW ZAWODOWYCH****Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej…….**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres informacji o projekcie przekazanych uczestnikowi przez lekarza/zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Wiedza uczestników o projekcie w dniu zgłoszenia się do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Zasadność wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi |

1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie lekarza  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Umiejętności innych doradców zawodowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Wiedza innych doradców zawodowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Zaangażowanie innych doradców zawodowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Zaangażowanie psychologa  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Zaangażowanie fizjoterapeuty | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Zaangażowanie terapeuty zajęciowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Zaangażowanie pośrednika pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Wyżywienie (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Ocena diagnozowania kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Kompetencje osób przeprowadzających badanie (sposób przekazywania informacji, przeprowadzania badania, itp.) osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca osób przeprowadzających badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | Ocena |
| optymalny | nieco za długi | umiarkowanie za długi | znacznie za długi | za krótki |
| 5. | Czas trwania przeprowadzanych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | ocena |
| optymalna | nieco za duża | umiarkowanie za duża | znacznie z duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Wyjaśnienie pojęcia IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie podczas opracowywania IPR indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Uwzględnienie obecności uczestnika podczas cyklicznych spotkań zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej dla uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Czas trwania poszczególnych modułów rehabilitacji  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Harmonogram realizacji programu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  8. | Zakres/dobór treści kursu/szkolenia zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  9. | Jakość materiałów szkoleniowych - szkolenia zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Pora zajęć – pora dnia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Liczba godzin szkoleniowych - szkolenia zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:………………………………………………….……………………………..

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………….…………………………… …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………….……………………………………… …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………….…………

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………………………….……………….. …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ……………………………………….

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………………………………..………………. …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………….………………… …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………….………………………………………....... …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………..……………………………………………….. …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ……………………………………………..…………………………………………….

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………….……………………………………………..

…………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………….……………………………………………… ……………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………..
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………….………………………………

…………….…………………………………………………………………….………………….………………………….…………………………………

* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………..………………………………………………………

…………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ……………….………..……………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………….…………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:……………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy…………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………..………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Uzyskanie samodzielności w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Uzyskanie samodzielności w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5. | Zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi |  |

1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył
1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* tak
* nie
1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności podejmowanych działań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | Bardzo przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Rozmowa wprowadzająca | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Analiza potrzeb uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Diagnoza potrzeb szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czy tematyka spotkań doradczych została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: ………………………………………….…………....................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy kolejność spotkań doradczych została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:………………………………………………………………………………………………………..……………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy w trakcie spotkań wystąpiły jakieś problemy?**
* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestnika do doradcy zawodowego
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestnika harmonogramu spotkań
* tak, brak zrozumienia przez uczestnika potrzeby korzystania z pomocy doradcy zawodowego
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestnika (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestnika (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**
* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .………………………………………………………………………………….………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:…………………………………………………..…………………………….. …………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: ………………………………………………………………………………….……………………………
……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU****DLA LEKARZY****Ocena oczekiwań i celu rehabilitacji kompleksowej uczestnika projektu** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach)…………

**Specjalizacja** …………………..

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi proszę zaznaczać znakiem X w kratce przy wybranej odpowiedzi (możliwe zaznaczanie kilku pól).**

1. **Kto lub co przekonało najczęściej, wg Pana/Pani, uczestników do udziału w projekcie?**
* samodzielna decyzja uczestnika dotycząca potrzeby powrotu do pracy/wejścia na rynek pracy
* lekarz orzekający/psycholog
* rodzina/bliscy/znajomi
* materiały informacyjne
* obawa przed utratą świadczeń z tytułu niezdolności do pracy
* inne: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że uczestnicy projektu przystępując do niego kierowali się…**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | Zdecydowanie się zgadzam | Zgadzam się | Częściowo się zgadzam | Raczej się nie zgadzam | Zdecydowanie się nie zgadzam |
| 1. | chęcią podjęcia pracy/powrotu do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | chęcią poprawy funkcji ruchowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | chęcią poprawy stanu emocjonalnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | potrzebą odciążenia rodziny od zaangażowania w opiekę  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | możliwością bezpłatnego zdobycia kwalifikacji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | możliwością uzyskania pomocy w zatrudnieniu  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | możliwością uzyskania pomocy w rozpoczęciu własnej działalności gospodarczej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | obawą przed utratą świadczeń z tytułu niezdolności do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | inne: ……………………………………………………………………………………………… | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czego spodziewają się, wg Pana/Pani, uczestnicy w związku z udziałem w projekcie?**
* gwarancji otrzymywania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy
* poprawy sprawności funkcjonalnej
* poprawy stanu emocjonalnego
* poprawy umiejętności społecznych
* zdobycia nowych kwalifikacji zawodowych w celu podjęcia pracy/powrotu na rynek pracy i poprawy sytuacji finansowej
* inne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Udział uczestnika w projekcie, wg Pana/Pani:**
* może pomóc uczestnikom projektu w podjęciu pracy/powrocie do pracy
* nie może pomóc uczestnikom projektu w podjęciu pracy/powrocie do pracy
* nie ma żadnego związku z możliwością podjęcia pracy/powrotu do pracy
* inne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Czy, wg Pana/Pani, podnoszenie umiejętności społecznych i zdobycie kwalifikacji zawodowych/ przekwalifikowanie zawodowe, jest dla uczestników projektu ważną kwestią?**
* tak, bo praca jest dla nich bardzo ważna
* tak, bo chcą pomóc rodzinie
* nie, bo nie lubią pracować
* nie, bo preferują otrzymywanie świadczeń z tytułu niezdolności do pracy
* nie, bo uważają, że i tak nikt go nie zatrudni i nie planują założyć własnej działalności gospodarczej
* inne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Czy, wg Pana/Pani, uczestnicy zdecydowaliby się na udział w rehabilitacji kompleksowej, gdyby była w pełni odpłatna?**
* zdecydowanie tak
* raczej tak
* raczej nie
* zdecydowanie nie
1. **Czy, wg Pana/Pani, uczestnicy zdecydowaliby się samodzielnie ukończyć jakiś kurs/szkolenie zawodowe, gdyby były w pełni odpłatne?**
* zdecydowanie tak
* raczej tak
* raczej nie
* zdecydowanie nie

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU** **DLA FIZJOTERAPEUTÓW****Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

* 1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres informacji o projekcie przekazanych uczestnikowi przez lekarza/zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Wiedza uczestników o projekcie w dniu zgłoszenia się do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi |

* 1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie lekarza  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Współpraca z lekarzem | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Umiejętności innych fizjoterapeutów z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Wiedza innych fizjoterapeutów z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Zaangażowanie innych fizjoterapeutów z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Zaangażowanie terapeuty zajęciowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Zaangażowanie pośrednika pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Wyżywienie (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

* 1. **Ocena diagnozowania kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Kompetencje osób przeprowadzających badanie (sposób przekazywania informacji, przeprowadzania badania, itp.) osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca osób przeprowadzających badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | Ocena |
| optymalny | nieco za długi | umiarkowanie za długi | znacznie za długi | za krótki |
| 5. | Czas wykonywania przeprowadzanych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | ocena |
| optymalna | nieco za duża | umiarkowanie za duża | znacznie z duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

* 1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Wyjaśnienie pojęcia IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie podczas opracowywania IPR indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Uwzględnienie obecności uczestnikapodczas cyklicznych spotkań zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej dla uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Wymiar czasowy poszczególnych modułów rehabilitacji  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Harmonogram realizacji programu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………….……………..

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………..…..
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………….………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………….………………

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:………………………………..……………………………………….. …………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………….
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ……………………………….…………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....………………………………….…….…………….……………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………….
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………..………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy…………………………………………….…………………………………………....... …………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………..
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:……………………………………………….…………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………..…….…………………………………………..
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………….………………..

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ………………………..………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy……………………………………………………….………………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………………….………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:……………………….……………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………
1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Zwiększenie siły mięśniowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Zwiększenie wydolności fizycznej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Zwiększenie szybkości wykonywania czynności ruchowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Zwiększenie zakresu ruchu w stawach | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5. | Poprawa sprawności manualnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Zwiększenie precyzji ruchów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Poprawa koordynacji ruchowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Poprawa równowagi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Poprawa szybkości chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Poprawa wzorca chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Poprawa nastroju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 12. | Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 13. | Uzyskanie samodzielności w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 14. | Uzyskanie samodzielności w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 15. | Uzyskanie samodzielności w życiu artystycznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 16. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 17. | Zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 18. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 19. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 20. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 21. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 22. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 23. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi |

1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył
1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* tak
* nie
1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności przeprowadzanych oddziaływań**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | ocena |
| Bardzo przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Zawarcie kontraktu psychologicznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Diagnoza deficytów funkcjonalnych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kwalifikacji zawodowych  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Omówienie znaczenia wyników testów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czy zakres fizjoterapii został zaplanowany właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: …………………………………….....................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy kolejność zajęć z zakresu fizjoterapii została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:………………………………………………………………………………………………………..……………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

1. **Czy w trakcie prowadzenia fizjoterapii wystąpiły jakieś problemy?**
* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestnika do fizjoterapeuty
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestnika harmonogramu zajęć
* tak, brak zrozumienia przez uczestnika potrzeby prowadzenia fizjoterapii
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestnika (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestnika (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**
* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .…………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:………………………………………………………………………………….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….….…………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:………………………………………………………………………….………………….……………….

…………………………………………………………………………………………………………………………..……………..……………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: …………………………………………………………………………………………………………………
……………………..……………………………………………………………………………………………………….………………………………………
* inne…………………………………………………………………………………………………………………….…………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU** **DLA NAUCZYCIELI ZAWODU, TRENERÓW ZAWODOWYCH****Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej…….**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

* 1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestników | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zaangażowanie personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zaangażowanie pośredników pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Wyżywienie (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za najbardziej przydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………….………..

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… …………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………….………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………..……………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:………………………………………….…………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ……………………..…………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....…………………………………………………………..………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy…………………………………………………………………..…………………....... …………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………….. …………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ………………………………….…………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za zwykle nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………..…………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:………………………………………………………..……………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………………..……….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………..………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………………..……………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………….……………………….. …………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi |

* 1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się średnio ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył
	1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* tak
* nie
	1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności podejmowanych działań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | Bardzo przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Rozmowa wprowadzająca | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Analiza potrzeb uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Diagnoza potrzeb szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 1. **Czy tematyka zajęć uczestników z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: …………………………………….....................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Czy kolejność zajęć uczestników z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:…………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

* 1. **Czy w trakcie zajęć wystąpiły jakieś problemy?**
* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestników do pośrednika pracy
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestników harmonogramu spotkań
* tak, brak zrozumienia przez uczestników potrzeby korzystania z pomocy pośrednika pracy
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestników (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestników (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**
* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .…………………………………………….……………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:………………………………………………………….…………………….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:…………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: ………………………………………………………………………………………………………………
……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU** **DLA POŚREDNIKÓW PRACY****Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej…….**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestników | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zaangażowanie innych pośredników pracy ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | Personel stołówki |  |  |  |  |  |
| 8. | Wyżywienie (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za najbardziej przydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………….………………………..

……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………….……………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:……………………………………….……………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ……………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………………….…………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:……………………………………..………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………..……………………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: …………………………………………………………..……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za zwykle nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………..……………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………..……………… ………………………………………………………………………………………………….……………………………………….…………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………….…………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ………………………..………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:……………………………….………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy……………………………………………………………………..………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………..……………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………….…………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi |

* 1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się średnio ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył
	1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* tak
* nie
	1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności podejmowanych działań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | Bardzo przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Rozmowa wprowadzająca | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Analiza potrzeb uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Diagnoza potrzeb szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 1. **Czy tematyka spotkań uczestników z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: ……………………………………........................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

* 1. **Czy kolejność spotkań uczestników z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:……………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Czy w trakcie spotkań wystąpiły jakieś problemy?**
* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestników do pośrednika pracy
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestników harmonogramu spotkań
* tak, brak zrozumienia przez uczestników potrzeby korzystania z pomocy pośrednika pracy
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestników (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestników (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………
	1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**
* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .……………………………………………………………………….…………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:………………………………………………………………………..……….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:……………………………………………………………………………………….…………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: ……………………………………………………………………………………………….………………
……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU** **DLA PSYCHOLOGÓW****Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres informacji o projekcie przekazanych uczestnikom przez lekarza/zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Wiedza uczestników o projekcie w dniu zgłoszenia się do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zasadność wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi |

1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Umiejętności innych psychologów z zespołu rehabilitacyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Wiedza innych psychologów z zespołu rehabilitacyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Zaangażowanie innych psychologów z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Personel stołówki |  |  |  |  |  |
| 10. | Wyżywienie (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Ocena diagnozowania kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Kompetencje osób przeprowadzających badanie (sposób przekazywania informacji, przeprowadzania badania, itp.)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca osób przeprowadzających badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | Ocena |
| optymalny | nieco za długi | umiarkowanie za długi | znacznie za długi | za krótki |
| 5. | Czas trwania przeprowadzanych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | ocena |
| optymalna | nieco za duża | umiarkowanie za duża | znacznie z duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Wyjaśnienie pojęcia IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie podczas opracowywania IPR indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Uwzględnienie obecności uczestnikapodczas cyklicznych spotkań zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej dla uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Czas trwania poszczególnych modułów rehabilitacji  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Harmonogram realizacji programu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  8. | Zakres/dobór treści kursu/szkolenia zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  9. | Jakość materiałów szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Liczba godzin szkoleniowych  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………..……………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………………

……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego:…………………………………………….

……………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………….……………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………………………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:…………………………………………….……………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ……………………………………………………………………………..…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………..………………………..

…………………………………………………………………….………………………………………………………..……………………….…………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………..………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………….…………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………..…………………………………….. …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………….……………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….…………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………….……………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………..…………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Poprawa nastroju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Uzyskanie samodzielności w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Uzyskanie samodzielności w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5. | Uzyskanie samodzielności w aktywności kulturalnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 12. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 13. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi |  |

1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył
1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* tak
* nie
1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności przeprowadzonych oddziaływań**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | ocena |
| Bardzo przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Zawarcie kontraktu psychologicznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Diagnoza deficytów psychospołecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Omówienie znaczenia wyników testów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czy tematyka konsultacji psychologicznych została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: ……………………………………………………….……….......................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy kolejność konsultacji psychologicznych została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:…………………………………………….………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy w trakcie konsultacji psychologicznych wystąpiły jakieś problemy?**
* nie było żadnych problemów
* tak, negatywny stereotyp psychologa u uczestników
* tak, realizacja przez uczestników harmonogramu spotkań
* tak, brak zrozumienia przez uczestników potrzeby korzystania ze wsparcia psychologa
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestników (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestników (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**
* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .…………………………………………………………………………..………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:…………………………………………………………………………..…….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:……………………………………………………………………………………………….…………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: ……………………………………………………………………………………………..…………………
……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU** **DLA SPECJALISTÓW ds. ZARZĄDZANIA REHABILITACJĄ****Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej…….**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres informacji o projekcie przekazanych uczestnikowi przez lekarza/zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Wiedza uczestników o projekcie w dniu zgłoszenia się do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zasadność wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi |

1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie lekarza  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Umiejętności innych specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Wiedza innych specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zaangażowanie innych specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Zaangażowanie psychologa  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Zaangażowanie fizjoterapeuty | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Zaangażowanie terapeuty zajęciowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Zaangażowanie pośrednika pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14.  | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Wyżywienie (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Ocena diagnozowania kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Kompetencje osób przeprowadzających badanie (sposób przekazywania informacji, przeprowadzania badania, itp.) osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca osób przeprowadzających badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | Ocena |
| optymalny | nieco za długi | umiarkowanie za długi | znacznie za długi | za krótki |
| 5. | Wymiar czasowy przeprowadzanych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | ocena |
| optymalna | nieco za duża | umiarkowanie za duża | znacznie z duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Wyjaśnienie pojęcia IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie podczas opracowywania IPR indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Uwzględnienie obecności uczestnikapodczas cyklicznych spotkań zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej dla uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Czas trwania poszczególnych modułów rehabilitacji  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Harmonogram realizacji programu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  8. | Zakres/dobór treści kursu/szkolenia zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  9. | Jakość materiałów szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Pora zajęć – pora dnia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Liczba godzin szkoleniowych  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………..……………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………………

……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego:…………………………………………….

……………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………….……………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………………………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:…………………………………………….……………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ……………………………………………………………………………..…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………..………………………..

…………………………………………………………………….………………………………………………………..……………………….…………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………..………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………….…………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………..…………………………………….. …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………….……………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….…………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………….……………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………..…………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Zwiększenie siły mięśniowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Zwiększenie wydolności fizycznej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Zwiększenie szybkości wykonywania czynności ruchowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Zwiększenie zakresu ruchu w stawach | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5. | Poprawa sprawności manualnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Zwiększenie precyzji ruchów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Poprawa koordynacji ruchowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Poprawa równowagi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Poprawa szybkości chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Poprawa wzorca chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Poprawa nastroju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 12. | Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 13. | Uzyskanie samodzielności w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 14. | Uzyskanie samodzielności w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 15. | Uzyskanie samodzielności w aktywności kulturalnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 16. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 17. | zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 18. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 19. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 20. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 21. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 22. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 23. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi |

1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył
1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* tak
* nie
1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności podejmowanych działań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | Bardzo przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Rozmowa wprowadzająca | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Analiza potrzeb uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Diagnoza potrzeb szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czy tematyka spotkań uczestnika z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: ………………………………………….…………………….......................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy kolejność spotkań uczestnika z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Czy w trakcie spotkań wystąpiły jakieś problemy?**
* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestnika do specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestnika harmonogramu spotkań
* tak, brak zrozumienia przez uczestnika potrzeby korzystania z pomocy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestnika (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestnika (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**
* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .……………………………………………………………….…………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:……………………………………………..………………………………….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:…………………………………………………………………………………….……………………….

……………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: …………………………………………………………………………………….…………………………
……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU** **DLA TERAPEUTÓW ZAJĘCIOWYCH****Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej…….**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres informacji o projekcie przekazanych uczestnikowi przez lekarza/zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Wiedza uczestników o projekcie w dniu zgłoszenia się do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zasadność wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi |

1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie lekarza  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Zaangażowanie psychologa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zaangażowanie fizjoterapeuty | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Umiejętności innych terapeutów zajęciowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Wiedza innych terapeutów zajęciowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Zaangażowanie innych terapeutów zajęciowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Zaangażowanie pośrednika pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Wyżywienie (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne)  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Ocena diagnozowania kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Kompetencje osób przeprowadzających badanie (sposób przekazywania informacji, przeprowadzania badania, itp.) osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca osób przeprowadzających badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | Ocena |
| optymalny | nieco za długi | umiarkowanie za długi | znacznie za długi | za krótki |
| 5. | Wymiar czasowy przeprowadzanych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | ocena |
| optymalna | nieco za duża | umiarkowanie za duża | znacznie z duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Wyjaśnienie pojęcia IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie podczas opracowywania IPR indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Uwzględnienie obecności uczestnikapodczas cyklicznych spotkań zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej dla uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Czas trwania poszczególnych modułów rehabilitacji  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Harmonogram realizacji programu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  8. | Zakres/dobór treści kursu/szkolenia zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  9. | Jakość materiałów szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Pora zajęć – pora dnia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Liczba godzin szkoleniowych  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: |

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………..……………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………………

……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego:…………………………………………….

……………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………….……………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………………………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:…………………………………………….……………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ……………………………………………………………………………..…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………..………………………..

…………………………………………………………………….………………………………………………………..……………………….…………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………..………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………….…………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………..…………………………………….. …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………….……………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….…………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………….……………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………..…………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Zwiększenie siły mięśniowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Zwiększenie wydolności fizycznej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Zwiększenie szybkości wykonywania czynności ruchowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Zwiększenie zakresu ruchu w stawach | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5. | Poprawa sprawności manualnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Zwiększenie precyzji ruchów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Poprawa koordynacji ruchowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Poprawa równowagi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Poprawa szybkości chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Poprawa wzorca chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Poprawa nastroju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 12. | Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 13. | Uzyskanie samodzielności w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 14. | Uzyskanie samodzielności w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 15. | Uzyskanie samodzielności w aktywności kulturalnej  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 16. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 17. | zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 18. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 19. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 20. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 21. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 22. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 23. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi |  |

1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył
1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* tak
* nie
1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności przeprowadzanych oddziaływań**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | ocena |
| Bardzo przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Zawarcie kontraktu psychologicznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Diagnoza deficytów funkcjonalnych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Omówienie znaczenia wyników testów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czy zakres terapii zajęciowej został zaplanowany właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: ………………………….………………………….......................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy kolejność zajęć z zakresu terapii zajęciowej została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:……………………………………………………………………………….……………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy w trakcie prowadzenia terapii zajęciowej wystąpiły jakieś problemy?**
* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestnika do terapeuty zajęciowego
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestnika harmonogramu zajęć
* tak, brak zrozumienia przez uczestnika potrzeby prowadzenia terapii zajęciowej
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestnika (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestnika (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**
* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .………………………………………………………………………….………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:……………………………………………………………………..………….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:………………………………………………………………………………………….………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: …………………………………………………………………………………………………………………
……………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..…………………………………………………