

ANKIETA
dot. świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”

Zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Celem badania jest rozpoznanie sytuacji osób chorych na chorobę Alzheimera. Uzyskane dane będą wykorzystywane wyłącznie w celu przygotowania programów wsparcia dla osób starszych oraz ich opiekunów przez Gminę Miasto Szczecin oraz w celach naukowych. Badanie jest anonimowe. Ankieta zostanie odłączona od wniosku.

Prosimy o uzupełnienie lub zaznaczenie właściwej odpowiedzi.

1. Wiek osoby chorej na chorobę Alzheimera
2. Płeć osoby chorej na chorobę Alzheimera: **a)** Kobieta; **b)** Mężczyzna
3. Wiek opiekuna składającego wniosek
4. Płeć opiekuna składającego wniosek: **a)** Kobieta; **b)** Mężczyzna
5. Stopień pokrewieństwa opiekuna składającego wniosek.....
6. Od kiedy opiekuje się Pan/Pani osobą chorą na chorobę Alzheimera?
(miesiąc i rok)
7. Kiedy zdiagnozowana została choroba Alzheimera? (miesiąc i rok)
8. Jaki kod choroby Alzheimera został wpisany przez lekarza na zaświadczeniu dołączonym do wniosku o bon:
a) F00.0/ G30.0 **b)** F00.1/ G30.1 **c)** F00.2/ G30.8 **d)** F00.9/ G30.9
9. Czy chory ma orzeczenie o niepełnosprawności: **a)** nie **b)** tak (od kiedy).....
10. Czy opiekun ma orzeczenie o niepełnosprawności: **a)** nie **b)** tak (od kiedy).....
11. Czy osoba chora jest ubezwłasnowolniona ?
a) nie biorę tego pod uwagę;
b) nie, ale rozważam taką możliwość;
b) tak (od kiedy).....
c) w trakcie procedury;
12. Czy chory oczekuje na miejsce w domu pomocy społecznej
a) Tak **b)** Nie
13. Ile godzin dziennie opiekuje się Pan/Pani osobą chorą na chorobę Alzheimera?
14. Czy jest Pan/Pani aktywny/a zawodowo:
a) Tak; **b)** Nie

15. Wysokość świadczenia emerytalnego/rentowego osoby starszej chorej na chorobę Alzheimera wynosi (netto):.....

16. Wysokość przeciętnych miesięcznych dochodów głównego opiekuna (netto):
.....

17. Proszę określić stan swojego zdrowia (opiekuna)

a) bardzo dobry; **b)** dobry; **c)** średni; **d)** zły; **e)** bardzo zły

18. Ile osób mieszka razem z osobą chorą na chorobę Alzheimera?

19. Ile osób jest zaangażowanych w opiekę nad osobą chorą na chorobę Alzheimera?
.....

20. Jaki jest stopień zaangażowania osób bliskich w pomoc osobie starszej chorej na chorobę Alzheimera?

Stopień zaangażowania	Bardzo wysoki	Wysoki	Średni	Niski	Bardzo niski
Żona/Mąż					
Siostra					
Brat					
Córka					
Syn					
Synowa					
Zięć					
Wnuczka					
Wnuczek					
Ktoś inny, Kto?.....					

21. Czy w związku z koniecznością opieki któryś z członków rodziny zmuszony był zawiesić lub ograniczyć stale lub czasowo aktywność zawodową? **a)** Tak, **b)** Nie

22. Czy bierze Pani/Pan pod uwagę możliwość umieszczenia osoby starszej chorej na chorobę Alzheimera w placówce zapewniającej całodobową opiekę np. w Domu Pomocy Społecznej, Domu Opieki, Domu Seniora?

a) tak; **b)** raczej tak; **c)** nie mam zdania **d)** raczej nie; **e)** zdecydowanie nie;

23. Często czuje się wyczerpana/y opieką nad chorym?

a) zdecydowanie nie; b) raczej nie; c) trudno powiedzieć; d) raczej tak; e) zdecydowanie tak;

24. Potrzebuje pomocy w opiece nad chorym ale nie wiem gdzie mogę ją uzyskać?

a) zdecydowanie nie; b) raczej nie; c) trudno powiedzieć; d) raczej tak; e) zdecydowanie tak;

25. Mam wsparcie ze strony rodziny w opiece nad chorym?

a) zdecydowanie nie; b) raczej nie; c) trudno powiedzieć; d) raczej tak; e) zdecydowanie tak;

26. Czy opiekę sprawuje Pani/Pan sam/a, czy też korzysta Pani/Pan z poniższych form pomocy, np.: sektora ochrony zdrowia, pomocy społecznej, firm lub osób świadczących usługi opiekuńcze? Jeśli tak, to w jakim wymiarze-i czy jest Pan/Pani zadowolony/a z usług?

	Tak/Nie	Częstotliwość	Poziom satysfakcji (0-10)*
Pielęgniarka środowiskowa (POZ)			
Pielęgniarka opieki długoterminowej			
Pielęgniarka prywatnie			
Opiekunka skierowana przez MOPR			
Opiekunka prywatnie			
Pomoc sąsiedzka			
inne			

*"0" oznacza najmniejszą satysfakcję z poziomu, zakresu i jakości usługi, a 10 pełną satysfakcję.

27. Czy w związku z chorobą na Alzheimera osoby starszej dokonane zostały specjalne jednorazowe zakupy w ostatnich dwóch latach (*np. zakup wózka, łóżka, materaca przeciwodleżynowego itp.*)? Jeżeli tak, to jakie?

.....

28. Jakiego rodzaju wydatki bieżące związane z opieką nad osobą chorą na Alzheimera najbardziej obciążają budżet rodziny?

.....

29. Czy w domu zostały przeprowadzone jakieś remonty, modernizacje pod kątem ułatwienia opieki, poruszania się seniora, zabiegów higienicznych. (*np. podjazd na wózek, winda lub wyciągarka do wózka, adaptacja łazienki, uchwyty na korytarzach, poszerzanie otworów drzwiowych, zabezpieczenie okien itp.*)? Jeżeli tak, to jakie?

.....

30. Czy zgadza się Pan/Pani, ze stwierdzeniem, że osoba chora na Alzheimera powinna móc pozostać w domu jak najdłużej, przy odpowiednim wsparciu rodziny.

a) tak; **b)** raczej tak; **c)** raczej nie; **d)** zdecydowanie nie; **e)** nie mam zdania

31. Jakiego rodzaju pomocą pozafinansową w opiece nad osobą starszą byłby Pan/Pani zainteresowany/a?:

- a. opieka wytchnieniowa czyli możliwość pozostawienia osoby chorej pod opieką na 1–2 tygodnie w całodobowo funkcjonującej instytucji
- b. możliwość pozostawienia osoby chorej pod opieką na kilka godzin dziennie 1–2 razy w tygodniu;
- c. szkolenia z zakresu opieki nad osobą chorą;
- d. spotkania z innymi opiekunami (grupy wsparcia);
- e. możliwość konsultacji psychologiczno – terapeutycznych;
- f. przydzielenie opiekuna, który pomagałby w domu w opiece nad chorym;
- g. pomoc wolontariuszy;
- h. dzienny ośrodek wsparcia – jeżeli tak, to w jakich godzinach
- i. konsultacje specjalistów w miejscu zamieszkania;
- j. wypożyczalnia sprzętu (łóżka, wózki inwalidzkie itp.);
- k. transport;
- i) inne

32. Czy składał/a Pan/i wniosek o świadczenie we wcześniejszych latach? (zaznacz właściwe)

- a) nie;
- b) w 2018 roku;
- c) w 2019 roku.

33. Gmina Miasto Szczecin jako pierwsza w Polsce, z myślą o osobach starszych chorych na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunach przygotowała świadczenie pieniężne „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”. Prosimy o inne spostrzeżenia dotyczące wsparcia osób chorych na chorobę Alzheimera, które Pani/Pana zdaniem powinny zostać wzięte pod uwagę.

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!