

Befragung zur Gesundheit und zum Pflegebedarf in Jena und Umgebung

Gruppe: Nicht pflegende Personen

Ausfülldatum:

Fragen zu Ihrer Person

1. Wie alt sind Sie?

Jahre

2. Welches Geschlecht haben Sie?

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

3. Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

☐ Ja, durch Geburt

☐ Ja, durch Einbürgerung oder Adoption; aus welchem Land? _____

☐ Nein; welche andere Staatsangehörigkeit? _____

4. In welcher Stadt / welchem Kreisgebiet leben Sie?

☐ Jena

☐ Saale Holzland Kreis

☐ Weimarer Land

☐ andere: _____

5. Leben Sie zurzeit in einer Ehe oder Partnerschaft?

☐ Ja ☐ Nein

6. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Insgesamt Personen, davon Kinder unter 14 Jahre:

7. Welchen **höchsten** allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

☐ Schüler/-in, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule

☐ Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss

☐ Hauptschul-/Volksschulabschluss

☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife, Polytechnische Oberschule, 10. Klasse)

☐ Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule

☐ Allgemeine Hochschulreife/Erweiterte Oberschule

☐ Einen anderen Schulabschluss, und zwar: _____

8. Wie lang sind Sie zur Schule gegangen?

Insgesamt Jahre

9. Welche **höchsten** beruflichen Ausbildungsabschlüsse haben Sie? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Schüler/-in, Praktikant/-in, Student/-in)
- ☐ Keinen beruflichen Abschluss
- ☐ Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre)
- ☐ Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
- ☐ Fachhochschulabschluss/Ingenieurschule
- ☐ Universitäts- / Hochschulabschluss
- ☐ Einen anderen beruflichen Abschluss, Dauer der Ausbildung: Jahre

10. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

- ☐ Ja, Stunden / Woche
- ☐ Nein

11. Beziehen Sie Rente?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

12. Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt? Gemeint ist das monatliche Einkommen nach Abzug der Steuern (der monatliche Auszahlungsbetrag bzw. Ihre Einnahmen bei Selbstständigkeit und sonstige regelmäßige Einkünfte wie Mieteinnahmen etc.). Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte!

- | | |
|---|---|
| ☐ bis unter 500 Euro | ☐ 2.500 bis unter 3.000 Euro |
| ☐ 500 bis unter 1.000 Euro | ☐ 3.000 bis unter 4.000 Euro |
| ☐ 1.000 bis unter 1.500 Euro | ☐ 4.000 bis unter 5.000 Euro |
| ☐ 1.500 bis unter 2.000 Euro | ☐ 5.000 bis unter 6.000 Euro |
| ☐ 2.000 bis unter 2.500 Euro | ☐ 6.000 Euro und mehr |

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe Jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	☐	☐	☐	☐
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐	☐	☐	☐
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐	☐	☐	☐
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	☐	☐	☐	☐
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐	☐	☐	☐

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe Jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐	☐	☐	☐
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	☐	☐	☐	☐

Schwierigkeiten zu entspannen	☐	☐	☐	☐
Rastlosigkeit, so dass das Stillsitzen schwer fällt	☐	☐	☐	☐
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	☐	☐	☐	☐
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	☐	☐	☐	☐

Fragen zu einer potenziellen zukünftigen Versorgungs- und Pflegesituation

1. Wie würden Sie die Pflegesituation Ihres Angehörigen am ehesten gestalten?

- ☐ Privathaushalt: betroffene Person wohnt allein
- ☐ Privathaushalt mit Ihnen und/oder anderen
- ☐ Service Wohnen (Betroffene leben als Mieter in einer barrierefreien, altersgerechten Wohnung, erhalten Hilfe und Unterstützung, wenn es nötig ist)
- ☐ Betreutes Wohnen (Betroffene wohnen gemeinsam in einem Haus, auf einer Etage oder in einer Wohnung, haben eigenen Lebens- und Gemeinschaftsbereich und 24h-Betreuung)
- ☐ Pflege-WG
- ☐ Stationäre Pflegeeinrichtung

2. Wo würden Sie am ehesten Rat und Hilfe rund um das Thema Pflege suchen? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Familie
- ☐ Freunde/Bekannte
- ☐ Arbeitgeber
- ☐ Ärztinnen/Ärzte
- ☐ Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten
- ☐ Krankenhäuser/Rehakliniken
- ☐ Pflegedienste
- ☐ Kommunale Beratungsstellen (z.B. Pflegestützpunkt, Seniorenbüro)
- ☐ Kranken- und Pflegekassen
- ☐ Familienberatungsstellen
- ☐ Telefonsprechstunden (z.B. der Universität Jena)
- ☐ Wohlfahrtsverbände (z.B. ASB, AWO, DRK, Volkssolidarität)
- ☐ Angehörigengruppen/Selbsthilfegruppen
- ☐ Sanitätshäuser

- ☐ Internet
- ☐ Sonstiges, und zwar: _____

3. Welche Unterstützungsangebote würden Sie sich wünschen?

4. Was denken Sie, welche der folgenden Dienstleistungen würde eine von Ihnen gepflegte / betreute Person am ehesten in Anspruch nehmen? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Häusliche Krankenpflege (nach ärztlicher Verordnung, z.B. Medikamentengabe, Verband, Spritzen, Kompressionsstrümpfe)
- ☐ Häusliche Pflege durch Pflegedienst (Körperpflege, Hilfe beim Essen etc.)
- ☐ Hauswirtschaftliche Hilfe (Zubereiten des Essens, Abwaschen, Reinigung)
- ☐ Essensdienste (Essen auf Rädern, Besuch eines Mittagstisches, ...)
- ☐ Ambulante häusliche Betreuung durch Pflegedienst
- ☐ Besuch einer Tagespflege
- ☐ Besuch einer Kurzzeitpflege
- ☐ Besuch einer Nachtpflege
- ☐ 24h-Betreuung im Haushalt
- ☐ Besuch einer Betreuungsgruppe (stundenweise)
- ☐ Spezielle Demenzbetreuung
- ☐ Ehrenamtlicher Besuchsdienst
- ☐ Nachbarschaftshilfe oder privat bezahlte Alltagsbegleitung
- ☐ Fahrdienste zum Arzt o.ä.
- ☐ Sonstiges: _____

5. Falls Ihre Angehörigen nicht in Jena wohnen: Planen diese nach Jena umzuziehen, um in Ihrer Nähe zu sein?

- ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend

6. Falls Ihre Angehörigen in Jena wohnen: Wohnen diese bereits altersgerecht/barrierefrei?

- ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend

Allgemeines und Anmerkungen

1. Sind Sie der Meinung, dass die Stadt Jena genug tut, um ältere Menschen und pflegende Angehörige zu unterstützen?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

Wenn nein, welche Vorschläge haben Sie?

2. Fühlen Sie sich über Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten zum Thema Pflege ausreichend informiert?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

Wenn nein, über welche Themen wären Sie gerne informiert worden?

3. Haben Sie Anregungen? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Für Rückfragen oder bei dem Wunsch nach einer Nachbesprechung steht Ihnen Herr Bernhardt vom Pflegestützpunkt Jena (kontakt@pflegestuetzpunkt-jena.de) gerne zur Verfügung.

Bei Bedarf können Sie sich außerdem an die TelefonSeelsorge wenden. Diese ist kostenlos und rund um die Uhr unter **0800 111 0 111**, **0800 111 0 222** oder **116 123** erreichbar.