

Befragung zur Gesundheit und zum Pflegebedarf Jena und Umgebung

Gruppe: pflegende Angehörige

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 zur momentanen Versorgungs- und Pflegesituation

1. Wie viele Personen pflegen Sie?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ mehr als 3

Falls Sie mehr als eine Person pflegen, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte in Bezug auf die Person, für die Sie den größten Pflegeaufwand erbringen.

2. Wen pflegen Sie?

☐ (Ehe-)Partner/Partnerin

☐ Vater oder Mutter

☐ Schwiegervater oder -mutter

☐ Kind

☐ Andere, und zwar: _____

3. Leben Sie mit der von Ihnen gepflegten Person in einem Haushalt zusammen?

☐ Ja, im gleichen Haushalt

☐ Nicht im gleichen Haushalt, aber im gleichen Haus

☐ Nein, in unmittelbarer Nachbarschaft / Umkreis von 500 m

☐ Nein, Wegzeit von Minuten (einfache Strecke)

4. Seit wann pflegen Sie?

☐ Seit weniger als einem Jahr, seit Monaten

☐ Seit Jahren

5. Wie viele Stunden wenden Sie insgesamt für die Versorgung der von Ihnen gepflegten Person auf? Bitte machen Sie Ihre Angabe jeweils ohne Wegzeiten.

☐ ca. Stunden pro Woche

6. Mussten Sie aufgrund der Pflege den Umfang Ihrer Erwerbstätigkeit reduzieren?

- ☐ Nein, ich gehe meiner Erwerbstätigkeit weiterhin im gleichen Umfang nach.
- ☐ Ich musste meine Erwerbstätigkeit um Stunden / Woche reduzieren.
- ☐ Ich musste meine Erwerbstätigkeit vollständig aufgeben.
- ☐ Frage für mich nicht zutreffend, da nicht erwerbstätig.

7. Wurde die Reduktion des Umfangs Ihrer Erwerbstätigkeit mit dem Arbeitsgeber abgestimmt?

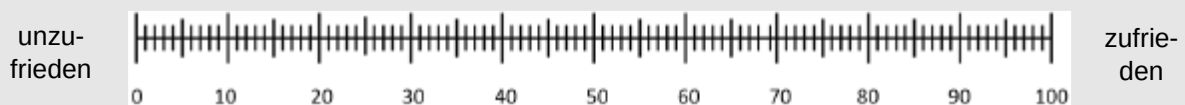
- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ nicht zutreffend

8. Wo suchten Sie im letzten Jahr nach Rat und Hilfe rund um das Thema Pflege? (Mehrfachnennung möglich)

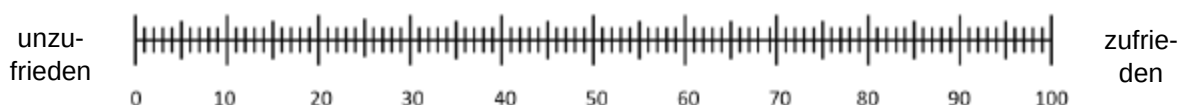
- ☐ Familie
- ☐ Freunde/Bekannte
- ☐ Arbeitgeber
- ☐ Ärztinnen/Ärzte
- ☐ Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten
- ☐ Krankenhäuser/Rehakliniken
- ☐ Pflegedienste
- ☐ Kommunale Beratungsstellen (z.B. Pflegestützpunkt, Seniorenbüro)
- ☐ Kranken- und Pflegekassen
- ☐ Familienberatungsstellen
- ☐ Telefonsprechstunden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

9. Wie zufrieden sind Sie mit der professionellen Unterstützung, die Sie haben? Markieren Sie Ihre Zufriedenheit mit einem senkrechten Strich auf der Skala von 0 bis 100.

- ☐ trifft nicht zu



10. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihr privates Umfeld (Familie, Freunde, Bekannte, Nachbarn)? Markieren Sie Ihre Zufriedenheit mit einem senkrechten Strich auf der Skala von 0 bis 100.



11. Welche Unterstützungsangebote würden Sie sich wünschen?

12. Dieser Fragebogen enthält 12 Erfahrungen, die Angehörige in der Versorgung und Pflege Ihres/Ihrer Angehörigen machen können. Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutrifft.

Markieren Sie hierfür das betreffende Feld mit einem **Kreuz**. Entspricht keine der Antwortmöglichkeiten genau Ihrer Einschätzung, dann wählen Sie die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	teils/teils	Trifft eher zu	Trifft zu
Die Betreuung meines Angehörigen lässt mir nicht genug Zeit für mich selbst.	☐	☐	☐	☐	☐
Egal wie viel Mühe ich mir gebe, es wirkt sich nicht positiv auf meinen Angehörigen aus.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass ich meinen Angehörigen nicht allein lassen kann, da er mich ständig braucht.	☐	☐	☐	☐	☐
Nach meinem Gefühl lässt mir die gegenwärtige Situation mit meinem Angehörigen nicht so viel Raum für mich selbst, wie ich gerne hätte.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin mir nicht sicher, wie weit die Versorgung meines Angehörigen durch mich gehen soll.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass mein Sozialleben unter der Versorgung meines Angehörigen leidet.	☐	☐	☐	☐	☐
Neben den bestehenden Pflichten für meine Familie, Berufstätigkeit usw.	☐	☐	☐	☐	☐

belastet mich die Verantwortung für meinen Angehörigen sehr.					
Ich habe Schuldgefühle wegen der Art und Weise, wie ich mit meinem Angehörigen umgehe.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Betreuung meines Angehörigen macht mich unruhig oder niedergeschlagen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass meine Gesundheit durch die Versorgung meines Angehörigen gelitten hat.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mache mir ständig Sorgen um meinen Angehörigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass ich in der Vergangenheit nicht so viel für meinen Angehörigen getan habe, wie ich konnte oder gesollt hätte.	☐	☐	☐	☐	☐

Fragen zu der von Ihnen gepflegten Person

13. Welches Geschlecht hat die von Ihnen gepflegte Person?
☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

14. Wie alt ist die von Ihnen gepflegte Person?
 Jahre

15. Wo lebt die von Ihnen gepflegte Person?
☐ 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

16. Welchen Pflegegrad hat die von Ihnen gepflegte Person?
☐ Keinen ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2
☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5

17. Wissen Sie, welche Erkrankung bei der von Ihnen gepflegten Person besteht? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Demenz
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Parkinson
- ☐ sonstige Erkrankung des Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose)
- ☐ Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems (z.B. Arthrose, Rheuma)
- ☐ Erkrankung des Herz- und Kreislaufsystems (z.B. Herzinsuffizienz, Herzinfarkt)
- ☐ Erkrankung des Verdauungssystems (z.B. chronisch-entzündliche Darmerkrankungen)
- ☐ Erkrankung des Urogenitalsystems (z.B. Harn- und Stuhlinkontinenz)
- ☐ Ohrenbeschwerden (z.B. starke Schwerhörigkeit)
- ☐ Augenbeschwerden (z.B. schwere Sehbehinderung)
- ☐ Hauterkrankungen (z.B. chronische Wunden, Dekubitus)
- ☐ Erkrankung des Blutes und der blutbildenden Organe (z.B. chronische Anämie)
- ☐ Infektionskrankheiten (z.B. HIV, chronische Hepatitis)
- ☐ Andere: _____
- ☐ Weiß nicht

18. Welche der folgenden Dienstleistungen hat die von Ihnen gepflegte / betreute Person schon mindestens einmal Anspruch genommen? (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 (tagsüber betreut in Einrichtung)
- ☐ Besuch einer Kurzzeitpflege (stationäre Pflege für begrenzte vereinbarte Zeit)
- ☐ 24h-Betreuung zuhause
- ☐ Besuch einer Betreuungsgruppe (stundenweise)
- ☐ Spezielle Demenzbetreuung
- ☐ Ehrenamtlicher Besuchsdienst
- ☐ Nachbarschaftshilfe oder privat bezahlte Alltagsbegleitung
- ☐ Fahrdienste zum Arzt o.ä.
- ☐ Sonstiges: _____

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.