

Befragung zur Gesundheit und zum Pflegebedarf in Jena und Umgebung

Gruppe: Ehemals 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 ehemaligen Versorgungs- und Pflegesituation

1. Wie viele Personen pflegten Sie?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ mehr als 3

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

2. Wen pflegten Sie?

☐ (Ehe-)Partner/Partnerin

☐ Vater oder Mutter

☐ Schwiegervater oder -mutter

☐ Kind

☐ Andere, und zwar: _____

3. Lebten Sie mit der von Ihnen gepflegten Person in einem Haushalt zusammen, als sie sie pflegten?

☐ 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 Ihren Angehörigen nicht mehr?

☐ seit weniger als einem Jahr, Monate

☐ seit über einem Jahr

5. Wie lange pflegten Sie?

☐ weniger als einem Jahr, Monate

☐ über ein Jahr, Jahre

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

☐ ca. Stunden pro Woche

7. 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.

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

☐ Ja

☐ Nein

☐ nicht zutreffend

9. Wo suchten Sie 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)

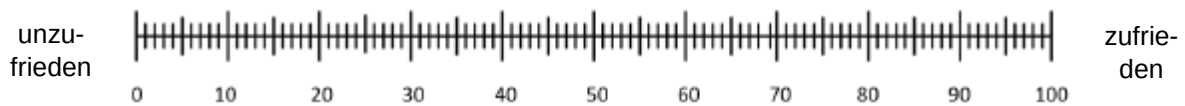
☐ Angehörigengruppen/Selbsthilfegruppen

☐ Sanitätshäuser

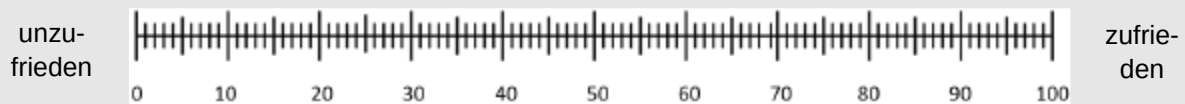
- ☐ Internet
☐ Sonstiges, und zwar: _____

10. Wie zufrieden waren Sie mit der professionellen Unterstützung, die Sie nutzten? Markieren Sie Ihre Zufriedenheit mit einem senkrechten Strich auf der Skala von 0 bis 100.

☐ trifft nicht zu



11. Wie zufrieden waren 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.



12. Welche Unterstützungsangebote hätten Sie sich gewünscht?

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.