

Numer kwestionariusza (taki sam, jak przy pierwszym wywiadzie): QUESTNUM

Kod kraju: F2CTRY

48

EUROFAMCARE

Badanie powtórne (Follow-up study)

DO ANKIETERA: W przypadku **braku kontaktu** z respondentem proszę wypełnić **Załącznik**

F1NAME	Imię i nazwisko ankietera:					?
F1INTN	Numer ankietera					?
F7DOI F7MOI F7YOI	Data przeprowadzenia wywiadu: (dzień/miesiąc/ rok)		/		/	?
F3ADM	Sposób realizacji badania					
	Ankieta pocztowa • Wywiad telefoniczny , Ankieta pocztowa uzupełniona wywiadem telefonicznym <i>f</i> Wywiad ustny " Inna forma wywiadu, jaka?? ...					
F3OTHE	Inna forma wywiadu, jaka?					?

1 F1CARE	Czy P. nadal przez więcej niż 4 godziny w tygodniu udziela opieki/wsparcia tej samej Osobie Starszej?	Tak	•	Jeżeli tak , przejdź do pyt. nr 4		
		Nie	€	Jeżeli nie , przejdź do pyt. nr 2		
2 F2STOP	Kiedy P. przestał/ograniczył opiekować się Osobą Starszą? Ile miesięcy temu?		?	miesiące		
3	Co przyczyniło się do tego, że nie udziela P. już Osobie Starszej opieki i wsparcia przez więcej niż 4 godziny w tygodniu? (Proszę wybrać właściwą odpowiedź – można również zaznaczyć kilka odpowiedzi)					
	a) Osoba Starsza nadal potrzebuje więcej niż 4 godziny opieki i wsparcia, ale taki wymiar opieki i wsparcia zapewnia ktoś inny. [Jeżeli Osoba Starsza zmarła, to proszę zaznaczyć, kto był ostatnim opiekunem, jeżeli nie był(a) nim ankietowany(a)]:					
	Inny członek rodziny	Zawodowy opiekun	Dom opieki	Inne osoby		
	• F3REAA1	• F3REAA2	• F3REAA3	• F3REAA4		
F3REASB	b) Osoba Starsza zmarła...					
	...w domu	...w domu opieki	...w szpitalu	...w innym miejscu		
	•	,	<i>f</i>	"		
F3SPEC	c) Jeżeli wystąpiła inna przyczyna, to proszę powiedzieć jaka:[np. Osoba Starsza nie potrzebuje już opieki, Pan(i) zachorował(a), itp.]					
						?



4	Ogólnie, czy mógłby P. powiedzieć, że Pana/i zdrowie jest:				
F97QOL1	Znakomite	Bardzo dobre	Dobre	Średnie	Złe
	•	,	<i>f</i>	"	...

	W ciągu ostatnich dwóch tygodni...	Przez cały czas	Przez większość czasu	Przez więcej niż połowę czasu	Przez mniej niż połowę czasu	Przez pewien czas	Nigdy
5 F98QOL2	Byłem pogodny, w dobrym nastroju	...	"	<i>f</i>	,	•	€
6 F101QOL6	Byłem spokojny i zrelaksowany	...	"	<i>f</i>	,	•	€
7 F100QOL4	Byłem aktywny i pełen energii	...	"	<i>f</i>	,	•	€
8 F101QOL5	Budziłem się świeży i wypoczęty	...	"	<i>f</i>	,	•	€
9 F102QOL6	Moje codzienne życie wypełnione było interesującymi mnie sprawami	...	"	<i>f</i>	,	•	€

10	Jak ogólnie ocenił/a/by P. jakość swego życia w ciągu ostatnich dwóch tygodni?				
F103QOL7	Bardzo zła	Zła	Ani dobra, ani zła	Dobra	Bardzo dobra
	...	"	<i>f</i>	,	•

11 F11EXPEC	Ogólnie rzecz biorąc, kto według P. powinien być odpowiedzialny za opiekę i wsparcie dla osób starszych?	Rodzina powinna ponosić pełną odpowiedzialność	•
		Rodzina powinna ponosić główną odpowiedzialność, państwo/ społeczeństwo/ władza publiczna – współodpowiedzialność	,
		Państwo/ społeczeństwo/ władza publiczna powinny ponosić główną odpowiedzialność, rodzina współodpowiedzialność	<i>f</i>
		Państwo/ społeczeństwo/ władza publiczna powinny ponosić pełną odpowiedzialność	"
		Trudno powiedzieć	...

ANKIETER: W przypadku ankietowanych, którzy przestali udzielać opieki/wsparcia przez więcej niż 4 godziny w tygodniu, kończymy już zadawanie pytań z dalszej części kwestionariusza.

Prosimy jednak o udzielenie odpowiedzi jeszcze na pytanie **nr 37** (ostatnia strona kwestionariusza). W pytaniu tym ankietowany ma możliwość dodania czegoś od siebie, podzielenia się dodatkowymi uwagami.



12 F12HOUR	Przeciętnie, ile godzin w tygodniu udziela P. opieki i wsparcia Osobie Starszej?	?	godziny w tygodniu
---------------	--	---	--------------------

13 F14HOUR0	Sumarycznie, ile godzin w tygodniu udziela P. opieki i wsparcia wszystkim osobom (tzn. zarówno starszym jak i w innym wieku), ale <u>poza Osobą Starszą</u> , którą się P. opiekuje? (W przypadku, gdy opiekun <u>nie udziela</u> opieki i wsparcia innym osobom, proszę w „okienko” z prawej strony wpisać cyfrę „0”).	?	godziny w tygodniu
----------------	--	---	--------------------

14 F21COHAB	Gdzie Pan(i) i Osoba Starsza mieszka?	W tym samym gospodarstwie domowym	•
		W różnych gospodarstwach domowych, ale w tym samym budynku	,
		W pobliżu - w zasięgu spaceru	<i>f</i>
		W zasięgu 10 minut jazdy samochodem/ autobusem lub pociągiem	"
		W zasięgu 30 minut jazdy samochodem/ autobusem lub pociągiem	...
		W zasięgu 1 godziny jazdy samochodem/ autobusem lub pociągiem	†
		W odległości ponad 1 godziny jazdy samochodem/ autobusem lub pociągiem	‡

15 F22HOME	Gdzie obecnie Osoba Starsza przeważnie mieszka?	W domu	•
		W domu opieki	,
		W specjalnie zorganizowanych mieszkaniach, z zapleczem usługowo-opiekuńczym	<i>f</i>
		W innym miejscu, podaj poniżej...	"
F22OTHE	Określenie "innego miejsca":		?



16	Czy obecnie jest P. zatrudniony(a) lub P. pracuje?				
F175EMPL	€ Nie	Prosimy o ustosunkowanie się do poniższych stwierdzeń (z części białej) â		• Tak	Proszę zadać poniższe pytania (z części szarej) â
F180WOR1	Z powodu sprawowania opieki nad Osobą Starszą w ogóle nie może P. podjąć pracy	•	Ile godzin pracuje P. w przeciętnym tygodniu?		
			F175HOUR	?	godziny
	Z powodu opiekowania się Osobą Starszą w ciągu ostatnich 12 miesięcy musiał(a) P. zrezygnować z pracy	,	W sumie liczba godzin P. pracy nie uległa zmianie – pomimo opiekowania się Osobą Starszą		•
			Z powodu opiekowania się Osobą Starszą musiał(a) P. zmniejszyć liczbę godzin pracy		,
			Musiałem zmniejszyć liczbę godzin pracy, ale z innego powodu niż opiekowanie się Osobą Starszą		F178WOR1
	Przestał(a) P. pracować, ale z innego powodu niż sprawowanie opieki nad Osobą Starszą	f	Jeżeli musiał(a) P. zmniejszyć liczbę godzin pracy, to o ile godzin tygodniowo?		
	Ile godzin tygodniowo pracował(a) P. zanim musiał(a) P. zrezygnować z pracy/przestać pracować?		F178HOUR	?	godziny
F180HOUR		?	godzin(y)	W jaki sposób wpłynęło to na P. miesięczny dochód netto?	
			F178INC	?	złote
	Proszę odpowiedzieć na kolejne pytanie, czyli nr 17		Proszę odpowiedzieć na kolejne pytanie, czyli nr 17		

17	Czy opieka nad Osobą Starszą spowodowała jakieś inne ograniczenia P. życiu zawodowym lub karierze?				
F181WOR1	Nie mogę /nie mogłem rozwinąć mojej kariery zawodowej bądź kontynuować nauki	Tak	•	Nie	€
F181WOR2	Mogę/ mogłem(łam) pracować jedynie nieregularnie	Tak	•	Nie	€

18	Gdyby P. potrzebował/ a zrobić przerwę w pełnieniu roli opiekuna, czy jest ktoś inny, kto mógłby zaopiekować się Osobą Starszą zamiast P.?	Tak, mogłabym/ mógłbym znaleźć kogoś takiego całkiem łatwo		•
F69BREAK		Tak, mogłabym/ mógłbym znaleźć kogoś, ale z pewną trudnością		,
		Nie, nie ma nikogo takiego		f



Następne pytania odnoszą się do sytuacji **Osoby Starszej**. Pytania te związane są z czynnościami, które wykonywane są w codziennym życiu.

W odniesieniu do każdej czynności proszę zdecydować, czy Osoba Starsza **nie jest zupełnie w stanie jej wykonać**, czy **potrzebuje jakiejś pomocy** czy też może wykonać tę czynność **bez pomocy**.

19		Niezdolna	Z pewną pomocą	Bez pomocy
F43IADL1	Wykonywać prace domowe (np. czyszczenie podłóg.)	€	•	,
F44IADL2	Przygotowywać sobie posiłki (myć warzywa, gotować itp.)	€	•	,
F45IADL3	Chodzić po zakupy	€	•	,
F46IADL4	Rozporządzać swymi pieniędzmi	€	•	,
F47IADL5	Korzystać z telefonu (włącznie z wykręcaniem numeru)	€	•	,
F48IADL6	Przyjmować swoje lekarstwa	€	•	,
F49MOB	Poruszać się poza domem	€	•	,
F51BAR2	Chodzić po schodach	€	•	,
F533BAR4	Korzystać z toalety (lub sedesu pokojowego)	€	•	,
F54BAR5	Korzystać z wanny lub prysznica	€	•	,
F55BAR6	Zadbać o swój wygląd (czesanie, golenie się, robienie makijażu, itp.)	€	•	,
F56BAR7	Ubierać się	€	•	,
F57BAR8	Samodzielnie spożywać posiłki	€	•	,

20 F50BAR1	Poruszać się po mieszkaniu	Niezdolna (musi poruszać się na wózku inwalidzkim lub musi być niesiona)	€
		W wózku inwalidzkim bez pomocy, lub duża fizyczna pomoc podczas chodzenia	•
		Chodzi, ale z pewną pomocą innej osoby (prowadzona lub doglądana)	,
		Bez pomocy (może używać jakiś dodatkowych przyrządów, np. laski)	f

21 F52BAR3	Przemieszczać się z łóżka na fotel, jeżeli te znajdują się obok siebie	Niezdolna, brak równowagi podczas siedzenia	€
		Przy <u>większej</u> pomocy (1 lub 2 osób, fizycznej)	•
		Przy <u>mniej</u> pomocy (słownej lub fizycznej)	,
		Bez pomocy	f

22 F58BAR9	Czy Osobie Starszej zdarzają się przypadki nietrzymania moczu?	Tak, często występują takie przypadki (raz dziennie lub częściej, lub wymaga cewnikowania)	€
		Tak, sporadycznie (rzadziej, niż raz dziennie)	•
		Nie zdarzają się (sprawnie trzyma)	,

23 F59BAR1 0	Czy Osobie Starszej zdarzają się przypadki nietrzymania stolca?	Raz w tygodniu lub częściej, lub wymaga lewatyw	€
		Rzadziej niż raz w tygodniu	•
		Nie zdarzają się (sprawnie trzyma)	,



Pewne najbardziej stresujące dla opiekuna sytuacje związane są z zaburzeniami pamięci i zachowania osoby podopiecznej. Następane pytania odnoszą się do tych kwestii.

24 F35MEM1	Czy Osoba Starsza ma jakieś problemy z pamięcią? (Takie, jak trudności w przypominaniu sobie, jaki mamy dzień lub w rozpoznawaniu przyjaciół lub sąsiadów)	€	Nie	à	Przejdź do pytania nr 27		
		•	Tak	à	Kontynuuj zadawanie pytań z części szarej (pytanie nr 25)		
25 F36MEM2	Jeżeli TAK, czy lekarz podał jakąś przyczynę zaburzeń pamięci u Osoby Starszej?	€	Nie	à	Przejdź do pytania nr 27		
		•	Tak	à	Proszę podać tę przyczynę:		
26 F37MEM3		Otępienie (demencja)		•	Inna	,	
F37SPEC	Podaj jaką "inną przyczynę":						?

27	Jak często - jeśli w ogóle - Osoba Starsza przejawia jakiegokolwiek z poniższych zachowań?	Przez większość czasu	Czasami	Rzadko	Nigdy
F39BEHP1	Błądzi/ gubi się w domu lub poza domem lub zachowuje się w sposób zagrażający własnemu bezpieczeństwu	<i>f</i>	,	•	€
F40BEHP2	Ma trudności w prowadzeniu zwykłej rozmowy, nie dostrzega własnych problemów lub nie współpracuje w wykonywaniu P. prób	<i>f</i>	,	•	€
F41BEHP3	Czy zachowuje się w sposób, który P. denerwuje? (Np. stale zadaje pytania, w kółko podąża za Panią/ Panem, powtarza to, co zostało powiedziane, krzyczy i wrzeszczy bez szczególnego powodu lub niestosownie (niewłaściwie) ubiera się lub rozbiera)	<i>f</i>	,	•	€

28	Teraz zajmiemy się wsparciem, dostępnym P. jako Opiekunowi	Zawsze	Często	Czasami	Nigdy	Nie Dotyczy
F82COP1	Czy uważa P., że dobrze radzi sobie P. w roli opiekuna?	"	<i>f</i>	,	•	✗
F83COP2	Czy uważa P, że pełnienie opieki stawia przed P. zbyt wysokie wymagania?	"	<i>f</i>	,	•	
F84COP3	Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w P. stosunkach z przyjaciółmi?	"	<i>f</i>	,	•	^
F85COP4	Czy sprawowanie opieki ma niekorzystny wpływ na P. zdrowie fizyczne?	"	<i>f</i>	,	•	
F86COP5	Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w P. stosunkach z rodziną?	"	<i>f</i>	,	•	^
F87COP6	Czy sprawowanie opieki powoduje, że ma P. trudności finansowe?	"	<i>f</i>	,	•	
F88COP7	Czy w roli opiekuna czuje się P. jak w sytuacji bez wyjścia?	"	<i>f</i>	,	•	✗
F89COP8	Czy czuje się P. dobrze wspierany przez swoich przyjaciół i/ lub sąsiadów?	"	<i>f</i>	,	•	^
F90COP9	Czy uważa P., że sprawowanie opieki jest dla P. warte trudu?	"	<i>f</i>	,	•	✗
F91COP10	Czy czuje P. wystarczające wsparcie ze strony rodziny?	"	<i>f</i>	,	•	^
F92COP11	Czy ma P. dobre stosunki z osobą, którą się P. opiekuje?	"	<i>f</i>	,	•	✗



		Zawsze	Często	Czasami	Nigdy	Nie Doty- czy
F93COP12	Czy czuje P. dobre wsparcie ze strony służby zdrowia i pomocy społecznej? (np. publicznej, prywatnej, wolontarnej)	"	f	,	•	^
F94COP13	Czy czuje P., że ktoś docenia P. jako opiekuna?	"	f	,	•	
F95COP14	Czy sprawowanie opieki wywiera niekorzystny wpływ na P. emocjonalne samopoczucie?	"	f	,	•	
F96COP15	Mówiąc ogólnie, czy czuje P. wystarczające wsparcie pełniąc rolę opiekuna?	"	f	,	•	

Jak Pan(i) wie, interesuje nas korzystanie z rozmaitych usług (medycznych, opiekuńczych, socjalnych, doradczych) przez Osobę Starszą i Pana/Panią. Kolejne pytania będą dotyczyły właśnie tego problemu.

DO ANKIETERA: W odniesieniu do tych usług, z których Osoba Starsza korzysta obecnie lub korzystała w ciągu ostatnich 6 miesięcy, prosimy również podać, ile jednostek danej usługi było dotąd wykorzystywanych dziennie/ tygodniowo/ miesięcznie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy (**Liczba**). Bardzo ważne jest to, aby określić konkretną **kategorię czasu** (tj. na dzień, na tydzień itd.) w tych przypadkach, gdy podane są różne warianty do wyboru. W przypadku, gdy Osoba Starsza korzystała z danej usługi systematycznie można wybierać kategorie krótsze (np. na dzień- gdy w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystano z danej usługi codziennie). W przypadku niesystematycznego korzystania z usług – należy podać ilość usług wykorzystanych w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Na koniec należy zapytać czy korzystano z usługi nieodpłatnie, a następnie czy korzystano z niej odpłatnie (lub nieodpłatnie i odpłatnie).

29	Z jakich usług Osoba Starsza korzystała w ciągu ostatnich 6 miesięcy? <i>Przeczytaj wszystkie opcje i zakreśl właściwe</i>	Jak często – średnio rzecz biorąc – Osoba Starsza korzystała z tej usługi?						Czy korzystała				
		Liczba jednostek w wybranej kategorii czasu	Jednostka	Na dzień	Na tydzień	Na miesiąc	W ciągu 6 miesięcy	Bezpłatnie		Odpłatnie		
								TAK	NIE	TAK	NIE	
A	G/T	E	T				N		O			
FSEPL1 A, G/T, E, T, N, O	1. Ambulatoryjne porady LEKARZA RODZINNEGO	•		wizyta	•	,	f	"	•	€	•	€
FSEPL2 A, G/T, E, T, N, O	2. Domowe porady LEKARZA RODZINNEGO	•		wizyta	•	,	f	"	•	€	•	€
FSEPL3 A, G/T, E, T, N, O	3. Ambulatoryjne wizyty u specjalistów – konsultantów (kardiolog, reumatolog, okulista, urolog, diabetolog, itp.) z wyłączeniem GERIATRY i PSYCHIATRY	•		wizyta	•	,	f	"	•	€	•	€
FSEPL4 A, G/T, E, T, N, O	4. DOMOWE wizyty specjalistów (kardiolog, reumatolog, okulista, urolog, diabetolog, itp.) z wyłączeniem GERIATRY i PSYCHIATRY	•		wizyta	•	,	f	"	•	€	•	€
FSEPL5 A, G/T, E, T, N, O	5. Ambulatoryjne wizyty u specjalisty – GERIATRY	•		wizyta	•	,	f	"	•	€	•	€



c.d. 29	Z jakich usług <u>Osoba Starsza</u> korzystała w ciągu ostatnich 6 miesięcy? <i>Przeczytaj wszystkie opcje i zakreśl właściwe</i>	Jak często – średnio rzecz biorąc – <u>Osoba Starsza</u> korzystała z tej usługi?							Czy korzystała			
		Liczba jednostek w wybranej kategorii czasu	Jednostka	Na dzień	Na tydzień	Na miesiąc	W ciągu 6 miesięcy	Bezpłatnie		Opłatnie		
								TAK	NIE	TAK	NIE	
FSEPL6 A, G/T, E, T, N, O	6. Domowe wizyty specjalisty – GERIATRY	•		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL7 A, G/T, E, T, N, O	7. Ambulatoryjne wizyty u specjalisty – PSYCHIATRY	•		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL8 A, G/T, E, T, N, O	8. Domowe wizyty specjalisty – PSYCHIATRY	•		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL9 A, G/T, E, T, N, O	9. Pomoc LEKARSKA na wezwanie	•		Wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL10 A, G/T, E, T, N, O	10. Pomoc PIELEŃNIARSKA na wezwanie	•		Wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL11 A, G/T, E, T, N, O	11. Wizyty u pielęgniarki w poradni	•		Wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL12 A, G/T, E, T, N, O	12. Wizyty domowe pielęgniarki	•		Wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL13 A, G/T, E, T, N, O	13. Wizyty domowe pracownika socjalnego	•		Wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL14 A, G/T, E, T, N, O	14. Wizyty u dentysty (leczenie zębów, protezowanie)	•		Wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL15 A, G/T, E, T, N, O	15. Wizyty dentysty w domu podopiecznego (leczenie, protezowanie)	•		Wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL16 A, G/T, E, T, N, O	16. Zabiegi rehabilitacyjne ambulatoryjne	•		Wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL17 A, G/T, E, T, N, O	17. Zabiegi rehabilitacyjne w domu Osoby Starszej	•		Wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL18 A, G/T, E, T, N, O	18. Pogotowie ratunkowe	•		Wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL19 A, G/T, E, T, N, O	19. PORADY PSYCHOLOGA	•		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL20 A, G/T, E, T, N, O	20. POBYT w SZPITALU ogólnym	•		dzień	⊗	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL21 A, G/T, E, T, N, O	21. Pobyt w SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM	•		dzień	⊗	⊗	f	„	•	€	•	€
FSEPL23 A, G/T, E, T, N, O	23. Korzystanie z Domu Dziennego Pobytu	•		dzień	⊗	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL24 A, G/T, E, T, N, O	24. Pobyt w HOSPICJUM STACJONARNYM	•		dzień	⊗	⊗	⊗	„	•	€	•	€



c.d. 29	Z jakich usług <u>Osoba Starsza</u> korzystała w ciągu ostatnich 6 miesięcy? <i>Przeczytaj wszystkie opcje i zakreśl właściwe</i>	Jak często – średnio rzecz biorąc – <u>Osoba Starsza</u> korzystała z tej usługi?						Czy korzystała				
		Liczba jednostek w wybranej kategorii czasu	Jednostka	Na dzień	Na tydzień	Na miesiąc	W ciągu 6 miesięcy	Bezpłatnie		Opłatnie		
								TAK	NIE	TAK	NIE	
FSEPL25 A, G/T, E, T, N, O	25. Opieka HOSPICJUM DOMOWEGO	•		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL26 A, G/T, E, T, N, O	26. Korzystanie z <u>udostępnionych technicznych</u> środków pomocniczych ułatwiających poruszanie się, (wózek inwalidzki, łóżko ortopedyczne, kule, laski, koncentrator tlenu)	•		przypadek	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL27 A, G/T, E, T, N, O	27. Dostosowanie mieszkania lub jego części do potrzeb osoby o ograniczonej zdolności poruszania się	•		Pozycja	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL28 A, G/T, E, T, N, O	28. Pobyt w specjalnie zorganizowanym mieszkaniu z zapleczem usługowo-opiekuńczym	•		miesiąc	X X X X X X X X X X			„	•	€	•	€
FSEPL29 A, G/T, E, T, N, O	29. Usługi pralnicze	•		przypadek	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL30 A, G/T, E, T, N, O	30. Opłacanie rachunków i innych opłat	•		przypadek	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL31 A, G/T, E, T, N, O	31. Posiłki dostarczane do domu	•		posiłek	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL32 A, G/T, E, T, N, O	32. Usługi fryzjera w domu	•		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL33 A, G/T, E, T, N, O	33. Usługi transportowe dla osób starszych	•		przejazd	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL34 A, G/T, E, T, N, O	34. Opiekun spoza rodziny mieszkający z podopiecznym	•		dzień	X X X X X X X X X X			„	•	€	•	€
FSEPL35 A, G/T, E, T, N, O	35. Dochodzący opiekun spoza rodziny	•		godziny	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL36 A, G/T, E, T, N, O	36. Usługi osoby spoza rodziny w zakresie pomocy domowej, sprzątnięcie, gotowanie, zakupy	•		Godziny	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL37 A, G/T, E, T, N, O	37. Usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, zabiegi higieniczne	•		godziny	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL38 A, G/T, E, T, N, O	38. Dotrzymywanie towarzystwa przez osobę spoza rodziny	•		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL39 A, G/T, E, T, N, O	39. Usługi lektorskie, głośne czytanie literatury lub czasopism	•		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL40 A, G/T, E, T, N, O	40. Doradztwo dla osób starszych, telefoniczne centrum informacyjne	•		kontakt	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL41 A, G/T, E, T, N, O	41. Pomoc Lokalnych Ośrodków Pomocy Rodzinie	•		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€



c.d. 29	Z jakich usług <u>Osoba Starsza</u> korzystała w ciągu ostatnich 6 miesięcy? <i>Przeczytaj wszystkie opcje i zakreśl kod właściwych usług</i>	Jak często – średnio rzecz biorąc – <u>Osoba Starsza</u> korzystała z tej usługi?						Czy korzystała			
		Liczba jednostek w wybranej kategorii czasu	Jednostka	Na dzień	Na tydzień	Na miesiąc	W ciągu 6 miesięcy	Bezpłatnie		Opłatnie	
								TAK	NIE	TAK	NIE
FSEPL42 A, G/T, E, T, N, O	42. Udostępnienie sprzętów dostosowanych do potrzeb osoby niesprawnej (np. telefon z dużymi klawiszami, TV o większej przekątnej ekranu)	•	przypa dek	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL43 A, G/T, E, T, N, O	43. Opieka duszpasterska nad chorym, wizyty księdza z miejscowej parafii	•	wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL44 A, G/T, E, T, N, O	44. Pomoc w ramach działalności charytatywnej Kościoła lub związków wyznaniowych	•	przypa dek	•	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL62 A, G/T, E, T, N, O	62. Sanatorium (dla osoby starszej)	•	dzień	⊗	,	f	„	•	€	•	€
FSEPL45 A, G/T, E, T, N, O	45. INNE USŁUGI, jakie?	•	•	,	f	„	•	€	•	€

30 FSEH1	Która z usług wykorzystywanych przez <u>Osobę Starszą</u> w ciągu ostatnich 6 miesięcy jest/była dla Pana/i najbardziej pomocna? <i>[Proszę podać nazwę usługi (np. "Wizyta domowa pielęgniarki" czy "Posiłki dostarczane do domu") lub odpowiadający jej numer z powyższej listy (np. "A07" czy "A34")]</i>			
	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?
FSEH2	A druga najbardziej pomocna?			
	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?
FSEH3	A trzecia najbardziej pomocna?			
	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?
31	Jeżeli P. uważa, że któraś (lub więcej) z usług wykorzystywanych przez <u>Osobę Starszą</u> jest/była niezbyt pomocna dla Pana(i), to proszę ją (je) śmiało wymienić:			
FSENH1	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?
FSENH2	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?
FSENH3	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?



DO ANKIETERA: Kolejna tabela (pytanie nr 32) obejmuje rozmaite usługi poradnicze i wspierające skierowane do opiekunów, a więc mające na celu zaspokajanie potrzeb **opiekunów rodzinnych**. Przy wypełnianiu jej prosimy kierować się zasadami podanymi dla tabeli z pytaniem 29

32.	Z jakich usług korzystał(a) Pan(i) jako OPIEKUN w ciągu ostatnich 6 miesięcy? <i>Przeczytaj wszystkie opcje i zakreśl właściwe</i>	Jak często – średnio rzecz biorąc – korzystała Pan(i) z tej usługi?						Czy korzystała			
		Liczba jednostek w wybranej kategorii czasu	Jednostka	Na dzień	Na tydzień	Na miesiąc	W ciągu 6 miesięcy	Bezpłatnie		Odpłatnie	
								TAK	NIE	TAK	NIE
FSCPL46 A, G/T, E, T, N, O	46. Porady LEKARZA dla opiekuna •		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL47 A, G/T, E, T, N, O	47. Porady PIEŁĘGNIARKI dla opiekuna •		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL48 A, G/T, E, T, N, O	48. Porady PSYCHOLOGA dla opiekuna •		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL49 A, G/T, E, T, N, O	49. Doradztwo prawne dla opiekuna - centra informacyjne •		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL50 A, G/T, E, T, N, O	50. Doradztwo socjalne dla opiekuna - centra informacyjne •		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL51 A, G/T, E, T, N, O	51. Doradztwo medyczne dla opiekuna - centra informacyjne •		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL52 A, G/T, E, T, N, O	52. Szkolenia w zakresie opieki •		Godzi- na	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL53 A, G/T, E, T, N, O	53. Telefon zaufania •		rozmo- wa	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL54 A, G/T, E, T, N, O	54. Zabiegi rehabilitacyjne dla opiekuna •		wizyta	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL55 A, G/T, E, T, N, O	55. Okresowe odciążenie opiekuna poprzez okresowe umieszczenie osoby starszej w szpitalu lub innej instytucji •		Tygo- dzie			f	„	•	€	•	€
FSCPL56 A, G/T, E, T, N, O	56. Rodzinne grupy wsparcia •		spotka- nia	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL57 A, G/T, E, T, N, O	57. Grupy samopomocowe, np. Stowarzyszenie Alzheimerowskie •		spotka- nia	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL58 A, G/T, E, T, N, O	58. Internet – grupy dyskusyjne •		Godzi- na	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL63 A, G/T, E, T, N, O	63. Sanatorium dla opiekuna •		dzień	•	,	f	„	•	€	•	€
FSCPL61 A, G/T, E, T, N, O	61. INNE USŁUGI, udogodnienia, jakie.....			•	,	f	„	•	€	•	€



33 FSC H1	Która z usług wykorzystywanych przez Pana/Panią w ciągu ostatnich 6 miesięcy jest/była dla Pana/i najbardziej pomocna? [Proszę podać nazwę usługi (np. "Grupy samopomocowe" czy "Telefon zaufania") lub odpowiadający jej numer z powyższej listy (np. "B07" czy "B14")]			
	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?
FSC H2	A druga najbardziej pomocna?			
	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?
FSC H3	A trzecia najbardziej pomocna?			
	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?

34	Jeżeli P. uważa, że któraś (lub więcej) z usług wykorzystywanych przez Pana/Panią jest/była niezbyt pomocna dla Pana(i), to proszę ją (je) śmiało wymienić:			
FSCNH1	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?
FSCNH2	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?
FSCNH3	Nazwa (określenie) usługi	?	Lub numer usługi z listy usług:	?

Chcielibyśmy zapytać Pana/Panią o sprawowanie opieki nad Osobą Starszą w przyszłości.

35	Czy w przyszłym roku jest P. chętny(a) kontynuować opiekę nad Osobą Starszą?	
F157FUT1	Tak, a nawet w razie konieczności rozważył/a/bym zwiększenie wymiaru opieki, którą zapewniam	•
	Tak, a nawet rozważył/a/bym zwiększenie <u>przez pewien czas</u> wymiaru opieki, jaką zapewniam	,
	Tak, jestem gotowy/a kontynuować opiekę, jeśli sytuacja pozostanie taka sama	f
	Tak, jestem gotowy/a kontynuować opiekę nad Osobą Starszą, ale tylko, jeśli otrzymam trochę więcej wsparcia (od usługodawców, rodziny, przyjaciół itp.)	"
	Nie, nie jestem gotowy/a kontynuować opieki nad Osobą Starszą, niezależnie od tego, jakie dodatkowe wsparcie otrzymam	...

36 F68OTH	Czy w ciągu ostatniego roku miały miejsce jakieś znaczące zmiany, które wpłynęły na P. życie, a nie zostały przez nas poruszone?	Tak •	Nie €
F68SPEC	Jeżeli tak, to proszę je wymienić (opisać) ?		

PYTANIA NARODOWE



40	Kto według Pana/i powinien przede wszystkim <u>pomagać</u> osobom starszym, które wymagają opieki czy wsparcia? <i>(można wybrać nie więcej niż 3 warianty odpowiedzi)</i>		TAK
F40_1	1	dzieci	•
F40_2	2	małżonek/ partner/ka	•
F40_3	3	zięć/ synowa	•
F40_4	4	pozostała rodzina	•
F40_5	5	instytucje pomocy społecznej	•
F40_6	6	kościół	•
F40_7	7	organizacje społeczne, charytatywne, dobroczynne	•
F40_8	8	ktoś inny (kto?)	•
F40_9	9	trudno powiedzieć	•

41	Kto według Pana/i powinien przede wszystkim <u>pomagać</u> bezdzietnym osobom starszym, które wymagają opieki czy wsparcia? <i>(można wybrać nie więcej niż 3 warianty odpowiedzi)</i>		TAK
F41_1	1	małżonek/ partner/ka	•
F41_2	2	pozostała rodzina	•
F41_3	3	instytucje pomocy społecznej	•
F41_4	4	kościół	•
F41_5	5	organizacje społeczne, charytatywne, dobroczynne	•
F41_6	6	ktoś inny (kto?)	•
F41_7	7	trudno powiedzieć	•



42		A gdyby Pan/i potrzebował/a opieki czy wsparcia, do kogo zwróciłby (aby) się Pan/i przede wszystkim o pomoc? (można wybrać nie więcej niż 3 warianty odpowiedzi)		TAK
F42_1	1		dzieci	•
F42_2	2		małżonka/ partner/ki	•
F42_3	3		zięcia/ synowej	•
F42_4	4		pozostałej rodziny	•
F42_5	5		instytucji pomocy społecznej	•
F42_6	6		kościół	•
F42_7	7		organizacji społecznych, charytatywnych, dobroczynnych	•
F42_8	8		kogoś innego (kogo?)	•
F42_9	9		trudno powiedzieć	•

43		Jeżeli ma Pan(i) jakieś zmartwienia, to z kim Pan(i) o nich najczęściej rozmawia? (można wybrać dowolną ilość wariantów odpowiedzi)		TAK
F43ROZM1	1		z mężem/żoną	•
F43ROZM2	2		z bratem/siostrą	•
F43ROZM3	3		z synem	•
F43ROZM4	4		z córką	•
F43ROZM5	5		z zięciem/synową	•
F43ROZM6	6		z innymi członkami rodziny	•
F43ROZM7	7		z sąsiadem/sąsiadką	•
F43ROZM8	8		z przyjacielem	•
F43ROZM9	9		z księdzem	•
F43ROZM10	10		z lekarzem/pielęgniarką	•
F43ROZM11	11		z pracownikiem socjalnym	•
F43ROZM12	12		z kimś innym (z kim?)	•

44		Czy czuje się Pan(i) osamotniony(a)?			
F44OSAM	Nigdy lub prawie nigdy	Niekiedy	Często	Zawsze lub prawie zawsze	Trudno powiedzieć
	•	,	<i>f</i>	"	...



45	Jak często pozostaje Pan(i) sam(a) w domu?			
F45SAM	Nigdy	Rzadko	Często	Brak odpowiedzi
	•	,	f	%00

C) Czy chciał/a/by P., aby Osoba Starsza otrzymywała większą pomoc by zaspokoić te potrzeby? (Zaznacz odpowiednio)												
B) Kto, jeśli ktokolwiek, pomagał Osobie Starszej zaspokoić te potrzeby? (zaznacz <u>wszystkie</u> właściwe)												
A) Czy Osoba Starsza potrzebuje obecnie pomocy w którymś z wymienionych poniżej obszarów? Jeżeli tak, to czy jest ona częściowo czy całkowicie uzależniona od innych osób w zaspokajaniu tych potrzeb? (Zaznacz odpowiednio)		Całkowicie	Częściowo	Nie ma potrzeby pomocy w tym obszarze	NIKT	Ankietowany opiekun	Inni nieformalni opiekunowie	Organizacje świadczące usługi/pomoc (wolontarne, prywatne lub publiczne)	Tak	Nie	Nie dotyczy (nie ma takich potrzeb)	
		Ĥ	Ĥ	Ĥ	B	C	D	E	F			
50 FE27A- FE27F	Potrzeby zdrowotne: (np. pomoc przy przyjmowaniu leków, leczeniu, rehabilitacji, terapii, itp.)	,	•	€	m	m	m	m	•	€	^	
51 FE28A- FE28F	Potrzeby Fizyczne / Osobiste: (np. mycie, ubieranie, jedzenie lub chodzenie do toalety)	,	•	€	m	m	m	m	•	€	^	
52 FE29A- FE29F	Lokomocja (np. potrzeba pomocy przy poruszaniu się w domu lub poza domem, transport)	,	•	€	m	m	m	m	•	€	^	
53 FE30A- FE30F	Potrzeby Emocjonalne / Psychologiczne / Towarzyskie: (np. dotrzymanie towarzystwa, pocieszenie)	,	•	€	m	m	m	m	•	€	^	
54 FE31A- E31F	Czynności gospodarskie: (np. prace domowe)	,	•	€	m	m	m	m	•	€	^	
55 FE32A- FE32F	Pomoc przy prowadzeniu finansów: (np. opłacanie rachunków podopiecznego z jego własnych pieniędzy)	,	•	€	m	m	m	m	•	€	^	
56 FE33A- FE33F	Wsparcie finansowe: (np. wspieranie osoby starszej pieniędzmi)	,	•	€	m	m	m	m	•	€	^	
57 FE34A- FE34F	Organizowanie i zarządzanie nad procesem opieki i wsparcia: (np. uzgadnianie usług/ kontakty z usługodawcami)	,	•	€	m	m	m	m	•	€	^	



CHCIELIBYŚMY TERAZ ZADAĆ PANU (I) PYTANIA DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA OSOBY STARSZEJ

58	Czy Osoba Starsza przebyła/ lub choruje na następujące schorzenia przewlekłe: (Proszę się upewnić, że odpowiedziano <u>na wszystkie opcje!</u>)					
E_58_1	Niedowład/ stan po udarze mózgu	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_2	Inne choroby neurologiczne (np. choroba Parkinsona)	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_3	Choroba zwyrodnieniowa stawów	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_4	Złamanie szyjki kości udowej	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_5	Inne schorzenia narządu ruchu	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_6	Poważny wypadek/ uraz w ciągu ostatnich 3 m-cy	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_7	Przewlekłe schorzenia ukł. krążenia (choroba niedokrwienna serca, przebyty zawał, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze)	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_8	Przewlekłe schorzenia ukł. oddechowego (astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc – rozedma, przewl. zapalenie oskrzeli)	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_9	Otępienie („otępienie starcze”, Choroba Alzheimerera, otępienie naczynio-pochodne i t.p.)	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_10	Depresja	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_11	Inne zaburzenia psychiczne	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_12	Przewlekłe schorzenia przewodu pokarmowego	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_13	Przewlekłe schorzenia układu moczopłciowego	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_14	Cukrzyca	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_15	Inne schorzenia endokrynologiczne, choroby przemiany materii (otyłość, niedożywienie, schorzenia tarczycy i t.p.)	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_16	Odleżyny	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_17	Choroba nowotworowa	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_18	Choroby narządu wzroku	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_19	Choroby narządu słuchu	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_20	Inne	Tak	•	Nie	€	Nie wiem ^
E_58_in	...Jaka “inna choroba”?					

59	Ile leków przyjmowała Osoba Starsza regularnie przez przynajmniej ostatnie 3 miesiące ?	
E_59	(proszę uwzględnić różne preparaty, a nie ilość tabletek w ciągu doby. Liczbę leków proszę podać w dwóch cyfrach, np. 05 gdy przyjmuje 5 leków, 00 – gdy nie przyjmuje leków)	
E_59_num	• Przyjmuje leki (ile?	^ Nie wie

60	Jak Osoba Starsza widzi (również w okularach, jeżeli są noszone)?	
E_60	Dobrze •	Słabo, nie widzi wcale <i>f</i> nie wie, nie potrafi określić ^



61 E_61	Jak Osoba Starsza słyszy (z aparatem słuchowym, jeśli jest używany)?
	Dobrze • Słabo , nie słyszy wcale <i>f</i> nie wie, nie potrafi określić ^

62 E_62	Czy Osobie Starszej zdarzają się zaburzenia równowagi połączone z upadkami?
	€ Nie • Sporadycznie , Często ^ Nie wie, nie potrafi określić

63	Czy Osoba Starsza używa następujących pomocy:				
		Tak, stale	Tak, czasami	Nie, ale byłoby Jej to potrzebne	Nie, nie potrzebuje ich
E_63_1	Okulary	•	,	<i>f</i>	"
E_63_2	Proteza zębowa	•	,	<i>f</i>	"
E_63_3	Aparat słuchowy	•	,	<i>f</i>	"
E_63_4	Laska	•	,	<i>f</i>	"
E_63_5	Kula	•	,	<i>f</i>	"
E_63_6	Balkonik	•	,	<i>f</i>	"
E_63_7	Wózek inwalidzki	•	,	<i>f</i>	"

64	Proszę powiedzieć, co P. zdaniem stanowi przyczynę tego, że Osoba Starsza wymaga wsparcia/ opieki (Proszę się upewnić, że odpowiedziano na wszystkie opcje!)		
E_64_1	Zły stan zdrowia fizycznego - choroba fizyczna/niesprawność	Tak •	Nie €
E_64_2	Kłopoty z poruszaniem się (chodzeniem)	Tak •	Nie €
E_64_3	Zły stan zdrowia psychicznego - choroba/problemy psychologiczne/psychiatryczne (<i>depresja, lęk, stres, obniżony nastrój</i>),	Tak •	Nie €
E_64_4	Upośledzenie pamięci/funkcji poznawczych (<i>otępienie, demencja, ch.Alzheimera, otępienie będące następstwem udaru</i>)	Tak •	Nie €
E_64_5	Upośledzenie zmysłów (<i>ślepotą, głuchota i t.p.</i>)	Tak •	Nie €
E_64_6	Nieradzenie sobie z 1 lub więcej czynnościami dnia codziennego z wyłączeniem poruszania się (<i>gotowanie, jedzenie, higiena osobista, chodzenie do toalety, ubieranie się, przyjmowanie leków, zakupy, transport</i>)	Tak •	Nie €
E_64_7	Względy bezpieczeństwa (<i>tj. pozostawienie Osoby Starszej bez opieki/ nadzoru byłoby ryzykowne</i>)	Tak •	Nie €
E_64_8	Problemy socjalne, samotność, potrzeba towarzystwa	Tak •	Nie €
E_przy9	Niesprawność postępująca z wiekiem (zależna od wieku)/ starość, starszy wiek	Tak •	Nie €
E_64_10	Inne powody	Tak •	Nie €
E_64_in	...Jakie "inne powody"?	<input type="text"/>	
E_64_naj	Która spośród wymienionych powyżej przyczyn, P. zdaniem, w największym stopniu wpływa na konieczność sprawowania opieki nad Starszą Osobą? (Proszę podać numer przyczyny)	<input type="text"/>	



CHCIELIBYŚMY WIEDZIEĆ, JAKĄ SIECIĄ WSPARCIA DYSPONUJE OSOBA STARSZA

ANKIETER: Proszę uzupełnić **tylko nie zacieniowaną** część tabeli, to znaczy zadać wszystkie pytania (1-8) i zakreślić wybraną przez respondenta kategorię odpowiedzi (KOD odpowiedzi).

65	Pytanie	Kategorie odpowiedzi	KOD	I	II	III	IV	V
1	W jakiej odległości od Osoby Starszej mieszka jej najbliżej zamieszkujący krewny (w tym dorosłe dzieci)? <i>Z wyłączeniem współmałżonka</i>	Nie ma krewnych	A					
		Ten sam dom/ do 2 km	B	B				
		≥2 km ale <10km	C		C			
		10-25km	D		D	D		
		>25 km ale do 80 km	E			E	E	E
		>80km	F				F	F
2	Jeśli Osoba Starsza posiada dzieci, to jakiej odległości od Osoby Starszej mieszka jej najbliżej zamieszkujące dziecko?	Nie ma dzieci	A			A		A
		Ten sam dom/ do 2 km	B	B	B			
		≥2 km ale <10km	C	C	C			
		10-25km	D		D	D		
		>25 km ale do 80 km	E			E		
		>80km	F				F	F
3	Jeśli Osoba Starsza posiada rodzeństwo to w jakiej odległości od Osoby Starszej mieszka jej najbliżej zamieszkujący brat lub siostra?	Nie ma braci i sióstr	A				A	A
		Ten sam dom/ do 2 km	B	B	B			
		≥2 km ale <10km	C	C	C	C		
		10-25km	D		D	D		
		>25 km ale do 80 km	E			E		
		>80km	F				F	F
4	Jak często Osoba Starsza widuje się ze swoimi dziećmi/ członkami rodziny?	Nigdy/ nie ma krewnych	A					A
		Codziennie	B	B	B			
		2-3 razy w tygodniu	C	C	C			
		Przynajmniej, co tydzień	D			D		
		Przynajmniej, co miesiąc	E			E	E	
		Rzadziej	F				F	F
5	Jeśli Osoba Starsza ma przyjaciół w środowisku zamieszkania/ sąsiedztwie, to jak często widuje się z nimi/ gawędzi/ robi coś razem?	Nigdy/ nie ma przyjaciół	A					A
		Codziennie	B		B		B	
		2-3 razy w tygodniu	C		C		C	
		Przynajmniej co tydzień	D		D		D	
		Przynajmniej co miesiąc	E	E		E		
		Rzadziej	F	F		F		F
6	Jak często Osoba Starsza widuje się/ gawędzi ze swoimi sąsiadami?	Nie utrzymuje kontaktów z sąsiadami	A	A				A
		Codziennie	B		B			
		2-3 razy w tygodniu	C		C			
		Przynajmniej, co tydzień	D		D	D	D	
		Przynajmniej, co miesiąc	E	E		E	E	
		Rzadziej	F	F				F
7	Jak często Osoba Starsza uczestniczy w spotkaniach o charakterze religijnym?	Tak, regularnie (co najmniej 1x/miesiąc)	A		A		A	
		Tak, okazjonalnie	B	B		B	B	
		Nie	C			C		C
8	Jak często Osoba Starsza uczestniczy w spotkaniach grup społecznych/ sąsiedzkich (np. kół emerytów i rencistów, organizacje społeczne, wykłady, koła zainteresowań i t.p.)?	Tak, regularnie (co najmniej 1x/miesiąc)	A		A		A	
		Tak, okazjonalnie	B	B		B		
		Nie	C	C		C		C
SUMA								
E_65_PANT			TYP SIECI WSPARCIA	•	,	<i>f</i>	„	...



66 C_66	Czy uważa się Pan (i) za <u>GŁÓWNEGO OPIEKUNA Osoby Starszej</u> (to znaczy za osobę, na której spoczywa główny ciężar opieki)?	Tak	• Przejdź do pytania 68	Nie	€ Przejdź do pytania 67
------------	--	-----	----------------------------	-----	----------------------------

67 C_67	Jeśli NIE, to kto Pana (i) zdaniem jest GŁÓWNYM OPIEKUNEM Osoby Starszej, o której mówimy? (proszę określić pokrewieństwo w stosunku do Osoby Starszej)				
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
68 C_68	NIEZALEŻNIE od tego, kto jest głównym opiekunem, ilu członków rodziny uczestniczy w sprawowaniu opieki?				
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

69 C_69	Jak Pan/i ocenia <u>swoją</u> sytuację materialną?	• dobra	f	zła
		, zadowolająca	"	trudno powiedzieć
70 E_70	Jak Pan/i ocenia sytuację materialną <u>Osoby Starszej</u>?	• dobra	f	zła
		, zadowolająca	"	trudno powiedzieć

71	Czy sprawowanie opieki spowodowało dla Pana/i i/lub Osoby Starszej w ciągu ostatniego roku jakieś dodatkowe koszty finansowe spośród wymienionych poniżej?				
CE_71_1	Leki	Tak	•	Nie	€
CE_71_2	Środki higieniczne/ (pieluchomajtki, opatrunki i t.p.)	Tak	•	Nie	€
CE_71_3	Zakup sprzętu pomocniczego (laska, chodzik, wózek inwalidzki, aparat słuchowy i t.p.)	Tak	•	Nie	€
CE_71_4	Specjalna żywność	Tak	•	Nie	€
CE_71_5	Wydatki na prywatne świadczenia lekarskie	Tak	•	Nie	€
CE_71_6	Wydatki na prywatne zabiegi pielęgniarские	Tak	•	Nie	€
CE_71_7	Wydatki na rehabilitację Osoby Starszej	Tak	•	Nie	€
CE_71_8	Wydatki na prywatnie opłacaną pomoc osób drugich (sprawujących opiekę bezpośrednią, nadzorujących lub pomagających w pracach domowych)	Tak	•	Nie	€
CE_71_9	Koszty podróży/ transportu	Tak	•	Nie	€
CE_71_10	Adaptacja mieszkania/ domu i/ lub specjalne meble	Tak	•	Nie	€
CE_71_11	Inne, określ poniżej jakie	Tak	•	Nie	€
CE_71_in	Wyjaśnienie "innych kosztów"	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

72 CE_72	Które spośród wydatków wymienionych powyżej były najbardziej dotkliwe, obciążając w istotny sposób domowy budżet? (Proszę podać numer wydatków)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
-------------	---	---



73 C_73	<p>ANKIETER: Na skali poniżej</p> <p>è „0” oznacza, że respondent czuje, iż opieka lub towarzyszenie O.S. w danym chwili nie jest dla niego wcale trudna;</p> <p>è „100” oznacza, że opieka lub towarzyszenie O.S. w danej chwili jest dla niego o wiele za trudna.</p> <p>Proszę poprosić, aby Ankietowany wskazał znakiem „X” na skali „jak obciążony/a czuje się sprawowaniem opieki lub towarzyszeniem Osobie Starszej w danej chwili”</p> <p style="text-align: center;">SUBIEKTYWNA SKALA OBCIĄŻENIA OPIEKĄ</p> <p style="text-align: center;">0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100</p>
------------	--

74 FC158FUT2	<p>Czy był/ a/ by P. gotowy/ a rozważyć umieszczenie Osoby Starszej w domu opieki?</p> <p>Nie, w żadnym wypadku •</p> <p>Tak, ale tylko, jeżeli stan Osoby Starszej pogorszy się ,</p> <p>Tak, nawet, jeżeli stan Osoby Starszej pozostanie taki sam, jaki jest obecnie f</p>
-----------------	---

75 FC203DE P	<p>Jak w sposób ogólny ocenił/a/by P. [OPIEKUN] swoją sprawność (psycho-fizyczną, w zakresie wykonywania czynności życia codziennego)?</p> <p>W pełni sprawny •</p> <p>Nieznacznie niesprawny ,</p> <p>Umiarkowanie niesprawny f</p> <p>Bardzo niesprawny "</p>
--------------------	--

76 C_76	<p>Przeczytam teraz Panu (i) cztery stwierdzenia. Proszę posłuchać i powiedzieć, które z nich najtrafniej określa Pana (i) możliwości lokomocyjne?</p> <p>• może Pan/iu chodzić po domu i swobodnie poza domem</p> <p>, może Pan/i chodzić po domu i z trudnością poza domem</p> <p>f może Pan/i chodzić po domu, ale sam nie może poruszać się poza domem</p> <p>" nie może Pan/i poruszać się po domu i musi stale pozostawać w łóżku, fotelu, wózku inwalidzkim</p>
------------	---

ANKIETER: Ostatnie pytanie zadajemy wszystkim (byłym i aktualnym) opiekunom

37 FFINSPEC	<p>Czy ma P. jakieś uwagi, sugestie, doświadczenia lub pomysły, które chciałby/chciałaby Pan(i) tu wyrazić i podzielić się nimi z innymi ludźmi? Bardzo prosimy, aby śmiało skorzystać z takiej możliwości, a my te spostrzeżenia zapiszemy poniżej. Każde z nich będzie dla nas cenne!</p>

BARDZO DZIĘKUJEMY za poświęcony czas i podzielenie się swoimi opiniami!

UWAGI ANKIETERA:

