ANKIETA DIAGNOZY POTRZEB dla rodziców / opiekunów osób z niepełnosprawnościami

„Opieka wytchnieniowa”

Szanowni Państwo,

celem ankiety jest rozpoznanie Państwa indywidualnej sytuacji oraz potrzeb związanych ze sprawowaniem codziennej opieki nad osobą z niepełnosprawnością.

I. INFORMACJE O SYTUACJI OPIEKUNA

1. Kim jest Pani/Pan dla osoby wymagającej opieki?

☐ matką
☐ ojcem
☐ opiekunem prawnym
☐ inną osobą sprawującą opiekę: ……

2. Od jak dawna sprawuje Pani/Pan stałą opiekę nad osobą z niepełnosprawnością?

☐ krócej niż 1 rok
☐ 1–3 lata
☐ 4–5 lat
☐ 6–10 lat
☐ powyżej 10 lat

3. Ile osób w gospodarstwie domowym wymaga Pani/Pana opieki lub dodatkowego wsparcia?

☐ 1
☐ 2
☐ 3 lub więcej

4. Czy poza opieką sprawuje Pani/Pan również inne istotne obowiązki?

☐ praca zawodowa
☐ prowadzenie gospodarstwa domowego
☐ opieka nad innymi dziećmi

☐ opieka nad innym członkiem rodziny
☐ nauka / studia
☐ inne: …….

☐ nie dotyczy

II. CODZIENNE OBCIĄŻENIE OPIEKĄ

5. Ile średnio godzin dziennie poświęca Pani/Pan na bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością?

☐ do 2 godzin
☐ 3–5 godzin
☐ 6–8 godzin
☐ 9–12 godzin
☐ powyżej 12 godzin
☐ praktycznie przez całą dobę

6. W jakich obszarach osoba pozostająca pod Pani/Pana opieką wymaga największego wsparcia?
(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

☐ czynności higieniczne
☐ ubieranie i rozbieranie
☐ spożywanie posiłków
☐ przemieszczanie się
☐ korzystanie z toalety
☐ przyjmowanie leków / pilnowanie zaleceń
☐ komunikowanie potrzeb
☐ organizacja dnia
☐ aktywność i spędzanie czasu
☐ nadzór ze względu na bezpieczeństwo
☐ pomoc w nauce / rehabilitacji
☐ wizyty lekarskie i specjalistyczne
☐ inne: …….

7. Jak często osoba z niepełnosprawnością wymaga Pani/Pana obecności lub nadzoru?

☐ tylko w określonych porach dnia
☐ przez większą część dnia
☐ przez cały dzień

☐ również w godzinach nocnych
☐ praktycznie przez całą dobę

III. POTRZEBY OPIEKUNA

8. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy miał/a Pan/Pani poczucie, że potrzebuje odpoczynku od obowiązków opiekuńczych?

☐ nigdy
☐ rzadko
☐ czasami
☐ często
☐ bardzo często

9. Jak często ma Pan/Pani możliwość pozostawienia osoby z niepełnosprawnością pod bezpieczną opieką innej osoby?

☐ zawsze, gdy tego potrzebuję
☐ zazwyczaj
☐ czasami
☐ rzadko
☐ praktycznie nigdy

10. Co najczęściej uniemożliwia Pani/Panu odpoczynek lub zajęcie się własnymi sprawami?

☐ brak osoby, która może przejąć opiekę
☐ brak odpowiedniej usługi opiekuńczej
☐ zbyt duży zakres potrzeb osoby z niepełnosprawnością
☐ brak czasu
☐ obowiązki zawodowe
☐ obowiązki rodzinne
☐ trudności finansowe
☐ brak możliwości pozostawienia osoby samej
☐ inne: …….

11. W jakich sytuacjach najbardziej potrzebuje Pani/Pan odciążenia?

☐ codzienny odpoczynek
☐ załatwienie spraw urzędowych
☐ wizyty lekarskie / specjalistyczne
☐ zakupy i sprawy życia codziennego
☐ praca zawodowa

☐ nauka / studia
☐ czas dla pozostałych członków rodziny
☐ spotkania rodzinne / społeczne
☐ własne zainteresowania i aktywność
☐ regeneracja i odpoczynek psychiczny
☐ sytuacje nagłe
☐ inne: …….

IV. SAMOOCENA OBCIĄŻENIA OPIEKUNA

12. Proszę ocenić, w jakim stopniu obecnie czuje się Pani/Pan obciążony/a obowiązkami związanymi z opieką.

0 – w ogóle nie jestem obciążony/a
10 – jestem skrajnie obciążony/a

Proszę zaznaczyć jedną wartość:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Jak ocenia Pani/Pan swoją możliwość odpoczynku i regeneracji?

☐ bardzo dobrze
☐ dobrze
☐ przeciętnie
☐ źle
☐ bardzo źle

14. Jak często ma Pan/Pani możliwość poświęcenia czasu wyłącznie sobie?

☐ codziennie
☐ kilka razy w tygodniu
☐ raz w tygodniu
☐ kilka razy w miesiącu
☐ sporadycznie
☐ praktycznie nigdy

15. Czy obecna sytuacja opiekuńcza wpływa na Pani/Pana życie zawodowe lub możliwość podjęcia pracy?

☐ nie
☐ w niewielkim stopniu
☐ w umiarkowanym stopniu

☐ w dużym stopniu
☐ uniemożliwia mi podjęcie / kontynuowanie pracy

16. Czy obowiązki opiekuńcze ograniczają Pani/Pana kontakty społeczne, życie rodzinne lub możliwość realizowania własnych potrzeb?

☐ nie
☐ w niewielkim stopniu
☐ w umiarkowanym stopniu
☐ w dużym stopniu
☐ bardzo znacząco

V. DOTYCHCZASOWE FORMY WSPARCIA

17. Z jakich form wsparcia korzysta obecnie Państwa rodzina?

☐ pomoc rodziny
☐ pomoc znajomych / sąsiadów
☐ usługi opiekuńcze
☐ asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością
☐ rehabilitacja
☐ wsparcie psychologiczne
☐ wsparcie organizacji pozarządowych
☐ placówka dziennego pobytu
☐ placówka całodobowa / pobytowa
☐ inne: ……..

☐ nie korzystamy obecnie z żadnego wsparcia

18. Czy dotychczas otrzymywane wsparcie jest wystarczające?

☐ zdecydowanie tak
☐ raczej tak
☐ częściowo
☐ raczej nie
☐ zdecydowanie nie

19. Jakiego wsparcia najbardziej obecnie Państwu brakuje?

……

……

VII. NAJWAŻNIEJSZA POTRZEBA OPIEKUNA

25. Proszę wskazać maksymalnie 3 najważniejsze powody, dla których chce Pani/Pan skorzystać z opieki wytchnieniowej:

☐ potrzeba odpoczynku i regeneracji
☐ zmniejszenie przeciążenia opieką
☐ możliwość zadbania o własne zdrowie i samopoczucie
☐ załatwienie spraw osobistych i urzędowych
☐ możliwość pracy zawodowej
☐ możliwość spędzenia czasu z innymi członkami rodziny
☐ możliwość spotkań towarzyskich
☐ realizacja własnych zainteresowań
☐ potrzeba czasowego zastępstwa w opiece
☐ sytuacje losowe / nagłe
☐ inne: …….

26. Co byłoby dla Pani/Pana największą korzyścią wynikającą ze skorzystania z opieki wytchnieniowej?

……

……

……

VIII. INDYWIDUALNE POTRZEBY I UWAGI

27. Czy są szczególne potrzeby osoby z niepełnosprawnością, o których powinniśmy wiedzieć przed rozpoczęciem opieki?

☐ nie
☐ tak – proszę opisać:

……

……

28. Czy są sytuacje, których szczególnie obawia się Pani/Pan w związku z przekazaniem opieki innej osobie?

……

……

29. Jakie cechy lub umiejętności powinien posiadać, Pani/Pana zdaniem, opiekun osoby z niepełnosprawnością?

……

……

30. Czy chciał/a/by Pan/Pani przekazać dodatkowe informacje dotyczące swojej sytuacji lub potrzeb rodziny?

……

……

……

PODSUMOWANIE DIAGNOZY – WYPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU

Rozpoznany poziom potrzeby wsparcia:

☐ niski
☐ umiarkowany
☐ wysoki
☐ bardzo wysoki

Najważniejsze zidentyfikowane potrzeby:

……

……

Preferowana forma wsparcia:

……

Preferowany wymiar / częstotliwość wsparcia:

……

Dodatkowe ustalenia dotyczące organizacji opieki:

……

……

Data przeprowadzenia diagnozy: ……

O
s
o
b
a

p