

FRAGEBOGEN

zur Lebenssituation von Menschen, die pflegebedürftige Angehörige zuhause betreuen

Das Österreichische Rote Kreuz ist Partner in einem **EU-geförderten Projekt** zum Thema häusliche Pflege. Dieses Projekt hat zum Ziel, zur **Verbesserung der Situation** in der häuslichen Pflege und Betreuung beizutragen.

Dabei geht es zentral um die Bedürfnisse und Anliegen pflegender Angehöriger.

In diesem **Fragebogen** werden **Sie als pflegende Angehörige** danach gefragt, wie Sie Ihre **Lebensqualität**, Ihre **Gesundheit** und andere **Bereiche Ihres Lebens** beurteilen. Zusätzlich geht es um die Frage, inwieweit Sie Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen bzw. welche Leistungen aus Ihrer Sicht notwendig wären.

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie sich bei einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie aus, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen zwei Wochen.

Bevor Sie beginnen, möchten wir Sie bitten, einige allgemeine Fragen über Sie selbst zu beantworten. Bitte kreuzen Sie die richtige Antwort an oder füllen das vorgesehene Feld aus.

Was ist Ihr Geschlecht?

Männlich

Weiblich

Wann sind Sie geboren?

Jahr: _____

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

Kein Abschluss

Hauptschule

Matura

Fachhochschule

Universität

Postgraduiert (Dr.)

Wie ist Ihr Familienstand?

Allein lebend

Verheiratet

Mit Partner lebend

Getrennt lebend

Geschieden

Verwitwet

Sind Sie gegenwärtig krank?

Ja

Nein

Wenn etwas mit Ihrer Gesundheit nicht in Ordnung ist, was glauben Sie, was es ist?
Krankheit/Gesundheitsproblem:

1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

(Bitte kreuzen Sie das am ehesten zutreffende Zahlenfeld an.)

sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
1	2	3	4	5

2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?

(Bitte kreuzen Sie das am ehesten zutreffende Zahlenfeld an.)

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

3. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?

Überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
1	2	3	4	5

4. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?

Überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
1	2	3	4	5

5. Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?

Überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
1	2	3	4	5

6. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?

Überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
1	2	3	4	5

7. Wie gut können Sie sich konzentrieren?

Überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
1	2	3	4	5

8. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?

Überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
1	2	3	4	5

9. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?

Überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

10. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?

Überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
1	2	3	4	5

11. Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?

Überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
1	2	3	4	5

12. Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?

Überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
1	2	3	4	5

13. Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?

Überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
1	2	3	4	5

14. Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?

Überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
1	2	3	4	5

15. Wie gut können Sie sich fortbewegen?

sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

16. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

17. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

18. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

19. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

20. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

21. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

22. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

23. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

24. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

25. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?

Sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

26. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?

Niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer
1	2	3	4	5

27. Welche der folgenden Unterstützungsleistungen nehmen Sie in Anspruch?

(Bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen möglich)

- informelle Unterstützung durch Nachbarn, Freunde, Bekannte ...
- Heimhilfe
- Besuchsdienst
- Besuch eines Tageszentrums
- anderes (bitte nennen):
- Hauskrankenpflege
- Essenzustellung
- 24-Stunden-Betreuung

keine Unterstützungsleistung

28. Welche dieser Leistungen würden Sie gerne in größerem Umfang als derzeit möglich in Anspruch nehmen?

- informelle Unterstützung durch Nachbarn, Freunde, Bekannte ...
 - Heimhilfe Hauskrankenpflege
 - Besuchsdienst Essenzustellung
 - Besuch eines Tageszentrums 24-Stunden-Betreuung
 - anderes (bitte nennen):
-

- keine Unterstützungsleistung

29. Welche der folgenden speziellen Angebote für pflegende Angehörige nehmen Sie derzeit in Anspruch? (Bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen möglich)

- Anleitung zur Durchführung der Pflege zuhause vor Ort
- Kurse für pflegende Angehörige (z.B. zu bestimmten Krankheitsbildern wie Schlaganfall oder Demenz oder zu bestimmten Pflege Themen wie z.B. Heben und Bewegen von Pflegebedürftigen)
- Regelmäßiger Austausch mit Menschen in ähnlicher Situation (Selbsthilfegruppen, „Stammtische“)
- Persönliche (psychosoziale) Beratung zur Bewältigung der Pflegesituation
- Mehrstündige Alltagsbegleitung für Ihre/n pflegebedürftige/n Angehörige/n

30. Welche der folgenden speziellen Angebote für pflegende Angehörige würden Sie gerne in Anspruch nehmen, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten?

(Bitte ankreuzen sofern nicht bereits unter Frage 29 angekreuzt – Mehrfachnennungen möglich)

- Anleitung zur Durchführung der Pflege zuhause vor Ort
- Kurse für pflegende Angehörige (z.B. zu bestimmten Krankheitsbildern wie Schlaganfall oder Demenz oder zu bestimmten Pflege Themen wie z.B. Heben und Bewegen von Pflegebedürftigen)
- Regelmäßiger Austausch mit Menschen in ähnlicher Situation (Selbsthilfegruppen, „Stammtische“)
- Persönliche (psychosoziale) Beratung zur Bewältigung der Pflegesituation
- Mehrstündige Alltagsbegleitung für Ihre/n pflegebedürftige/n Angehörige/n

31. Welche zusätzlichen externen Unterstützungsleistungen würden Sie sich wünschen?

Bitte nennen:

Fragen zum Abschluss:

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?

Ja Nein

Wie lange hat es gedauert, diesen Fragebogen auszufüllen?

 Minuten

Bitte retournieren Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post oder per Email an:

- per Post: Österreichisches Rotes Kreuz – Generalsekretariat, Abteilung Pflege und Betreuung, Wiedner Hauptstraße 32, 1041 Wien
- per Email: claudia.groeschel@roteskreuz.at

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!