**Ankieta dla opiekunów osób niepełnosprawnych**

***Szanowni Państwo!***

Zwracamy się z prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety, która posłuży zidentyfikowaniu potrzeb osób opiekujących się **osobami niepełnosprawnymi**, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej.

Niniejsza ankieta służy ułożeniu programu, tematów i informacji dotyczących opieki nad wskazanymi wyżej osobami.

Pytania są zamknięte – właściwą odpowiedź prosimy wybrać z dostępnych opcji odpowiedzi lub otwarte – prosimy o napisanie paru słów odpowiedzi.

**I. INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ.**

1. Proszę zaznaczyć swoją płeć:

* Kobieta
* Mężczyzna

2. W którym z następujących przedziałów mieści się Pana/Pani wiek?

* 18-29
* 30-39
* 40-49
* 50-59
* 60-64
* 65 i więcej

3. Czy jest Pan/ Pani czynny zawodowo?

* Tak
* Nie

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKI NAD OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ.**

4. Proszę podać jaki stopień niepełnosprawności posiada osoba nad którą Pan/Pani sprawuje
 opiekę:

* znaczny stopień niepełnosprawności/I grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do
 pracy oraz samodzielnej egzystencji
* umiarkowany stopień niepełnosprawności/II grupa inwalidzka/całkowita niezdolność
 do pracy
* lekki stopień niepełnosprawności/III grupa inwalidzka/częściowa niezdolność do pracy
* orzeczenie o niepełnosprawności - dotyczy osób przed 16 roku życia

5. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona? (*występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności np. niepełnosprawność fizyczna i umysłowa, co najmniej dwa symbole niepełnosprawności na orzeczeniu PZO)*

* tak
* nie
* Jaka? .............................................................................................................................

6. Jaki jest wiek osoby, którą się Pan/Pani opiekuje? …………………………………………………………….

7. Proszę określić stopień pokrewieństwa do osoby niepełnosprawnej:

* Mąż/żona
* Syn/córka
* Dalsza rodzina
* Osoba obca
* Inny, jaki?............................................................................................

8. Czy ktoś pomaga Pani/Panu w opiece?

Jeśli dzieli się Pan/Pani opieką z kimś to proszę wpisać w rubryce inne z kim ( bez szczegółowego precyzowania).

* Samodzielnie zajmuję się osobą niesamodzielną,
* Inne:…………………………………………………………………………………………………..

9. Czy zna Pani/Pan instytucje , których celem jest pomaganie?

Jeśli tak i korzysta Pan/Pani to w rubryce „inne” proszę wpisać nazwy tych instytucji:

* Nie, nie mam informacji skąd i z czego mogę korzystać przy opiece nad osobą niesamodzielną
* Inne:……………………………………………………………………………………………………

10. Z jakich form pomocy korzysta Pani/Pan w instytucjach do tych celów powołanych?

* Pomoc finansowa
* Dodatek pielęgnacyjny
* Zasiłek dla opiekuna
* Usługi opiekuńcze
* Nie korzystam ze wsparcia finansowego w żadnej formie
* Inne, jakie:…………………………………………………………….

11. Z jakimi trudnościami w opiece nad osobą niepełnosprawną spotyka się Pan/Pani najczęściej? *Możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi.*

*A. Trudności związane z opieką nad osobą niepełnosprawną:*

* Zmęczenie psychiczne,
* Brak cierpliwości,
* Zmęczenie fizyczne,
* Bezradność w obliczu choroby, dolegliwości,
* Trudne zachowania u osoby niepełnosprawnej,
* Nadpobudliwość psychoruchowa, wieczne chodzenie bez celu,
* Bariery komunikacyjne z podopiecznym,
* Inne, jakie? ………………………………………………………………………………………………….

*B. Trudności w opiece nad osobą niepełnosprawną – czynniki zewnętrzne:*

* Bariery architektoniczne,
* Brak samochodu,
* Trudności finansowe,
* Słaby dostęp do opieki zdrowotnej refundowanej z NFZ,
* Brak informacji o dostępnych formach pomocy,
* Brak osoby, która mogłaby czasowo przejąć opiekę nad osobą niepełnosprawną,
* Brak świetlic, miejsc gdzie można na parę godzin zostawić osobę niepełnosprawną,
* Brak stowarzyszeń w najbliższej okolicy zajmujących się problemem osób niepełnosprawnych ,
* Brak akceptacji ze strony otoczenia,
* Szydzenie, wyśmiewanie, ponizanie przez środowisko,
* Inne, jakie? ……………………………………………………………………………

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE OCZEKIWANYCH FORM WSPARCIA ŚWIADCZONEGO NA RZECZ OPIEKUNÓW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH:**

12. Proszę określić z jakich form wsparcia Pani/Pan skorzystałaby/skorzystałby w celu odciążenia od sprawowanej opieki. Należy postawić znak „X” w wybranym / wybranych polach. Możliwość wielokrotnego wyboru.

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj usługi | odpowiedź |
| 1a. | Usługa „wytchnieniowa” w ramach **pobytu dziennego** skierowana do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednio opiekę nad osobą niepełnosprawną, niekorzystającym z innych form usług: ( *proszę zakreślić odpowiednią formę):*a) w ośrodku wsparcia (limit 240 godzin w ciągu roku na podstawie Programu „opieka wytchnieniowa”) b) w miejscu zamieszkania (limit 240 godzin w ciągu roku na podstawie Programu „Opieka wytchnieniowa”) |  |
| 1b. | Usługa „wytchnieniowa” w ramach **pobytu całodobowego** realizowana w ośrodkach wsparcia posiadających miejsca całodobowego pobytu.**Uwaga!**Do 14 dni - pobyt bezpłatny, natomiast kolejne 14 dni pobyt odpłatny w wysokości 50% kosztów – na podstawie Programu „Opieka wytchnieniowa”  |  |
| 2.  | Pobyt dzienny w ośrodku wsparcia w ramach planowanego do utworzenia Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego (do 8 godzin w ciągu dnia) |  |
| 3. | Usługa w formie **mieszkania wspieranego** – alternatywa dla pobytu w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Zapewnia usługi obejmujące m.in. pomoc w przemieszczaniu się, utrzymaniu higieny ubieraniu się, sprzątaniu, przygotowania posiłków czy zrobienia zakupów. |  |
| 4. | Usługa w formie **mieszkania treningowego** – zapewniającego usługi polegające na nauce, rozwijaniu lub utrwalaniu umiejętności w zakresie m.in. samoobsługi, zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, prowadzeniu gospodarstwa domowego. Mieszkanie tego typu jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia.  |  |
| 5. | Wsparcie **edukacyjno – doradcze** dla opiekunów: |  |
| a) grupy wsparcia w określonych kręgach tematycznych, |  |
| b) indywidualne poradnictwo w tym psychologiczne,  |  |
| c) szkolenia i praktyki opiekuńcze, |  |
| 6. | Działania zwiększające dostęp opiekunów do **informacji** umożliwiające poruszanie się po różnych systemach wsparcia , dofinansowań, świadczeń, ułatwiających opiekę i podnoszących ich jakość. |  |
| 7. | Ułatwienie w dostępie opiekunów do **sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego** w połączeniu z nauką obsługi sprzętu i doradztwem w zakresie jego wykorzystania.  |  |
| 8.  | **Usługi opiekuńcze / specjalistyczne usługi opiekuńczych kierowane do**: a) osób niepełnosprawnych o znacznym stopniu niepełnosprawności do 75 roku życia b) dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz koniecznością stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji. **Uwaga!**Usługi realizowane na podstawie Programu „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych – edycja 2019” |  |
| 9.  | **Usługi Asystenta Osoby Niepełnosprawnej** – stałe lub okresowe wsparcie osób niepełnosprawnych w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego niezbędnych do ich aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego lub edukacyjnego. |  |

13. Czego nie poruszono Pani/a zdaniem w niniejszej ankiecie, a miałoby to wpływ na jakość sprawowanej opieki na osobą niepełnosprawną?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dziękujemy za wypełnienie ankiety