

Опросник по оценке качества жизни пожилых людей.

1.Номер вопросника _____ 2. Город _____

3.Адрес _____

3.ФИО _____

4.Год рождения: _____ 5. Пол: Мужской Женский

6.Живу: 1. Один(одна) 2. с партнером 3. с семьёй 4. С ЛОВЗ 5. Другое _____

7. Финансовая поддержка: 1.Пенсия 2. Социальные пособия 3.Семья

4.Гуманитарная помощь 5.Другое _____

8. В какой из следующих групп вы относитесь?

1. инвалид I группы. 2. II группы. 3. III группы 4. нет инвалидности.

9. Имеются ли у вас хроническое заболевание о которых необходимо знать, чтобы эффективнее знать вам помочь, избежать их осложнения?

1.Гипертоническая болезнь.

2.Сахарный диабет.

3.Эпилепсия.

4.Другое _____

10. Что вы делаете в первую очередь, когда у вас появляется необычное болевое ощущение? _____

11. Ограничены ли вы в рамках одной комнаты: 1) да 2) нет

В рамках квартиры и дома: 1) да 2) нет

12. Наличие имущества и предметов длительного пользования. Имеется ли у вас предметы:

Холодильник	Есть	Нет
Телевизор	Есть	Нет
Стиральная машина	Есть	Нет
Телефон для связи	Есть	Нет
Газовая плита	Есть	Нет
Отопление	Есть	Нет
Электричество	Есть	Нет
Газ	Есть	Нет
Вода	Есть	Нет

Унитаз/Туалет	Есть	Нет
---------------	------	-----

13. Ежедневная помощь.

<i>Ежедневная активность</i>	Само стоятельно	<i>Нужна помощь</i> <i>1 раз 1 раз</i> <i>в месяц в неделю Иное</i>		
Одеваться и раздеваться без посторонней помощи.				
Пользоваться туалетом без посторонней помощи.				
Принимать душ или ванну без посторонней помощи				
Ложиться и вставать с постели без пос. помощи				
Есть и пить без посторонней помощи				
Другие услуги				

14. Кто помогает вам сегодняшний день? _____

<i>Социально-бытовая помощь</i>	Само стоятельно	<i>Нужна помощь</i> <i>1 раз 1 раз</i> <i>в месяц в неделю Иное</i>		
Уборка жилья				
Приготовление пищи				
Мытье посуды				
Стирка				
Заготовка дров, топке печи				
Покупка и доставка продуктов				

<i>Социальная помощь</i>	Само стоятельно	<i>Нужна помощь</i> <i>1 раз 1 раз</i> <i>в месяц в неделю Иное</i>		
Посетить врача.				
Сходить на прогулку.				

Купить лекарства				
Оплатить за коммунальные услуги				
Написать письмо, оформить документ				
Поддерживать связь с родственникам				
Посещать социальные мероприятия				

<i>Получаете ли помощь от:</i>	Нет	<i>Да получаю</i> <i>1 раз 1 раз</i> <i>в месяц в неделю Иное</i>		
Медсестры из поликлиники				
Врача из поликлиники				
Патронажной сестры				
Социального работника				
Волонтеров				
Родственников				
Соседей				

15) Как вы проводите большую часть времени? Чем вы занимаетесь в свободное время? _____

16) Удовлетворяет ли услуга социального работника / волонтера?

1) Не удовлетворяет _____

2) да _____

3) нет _____

19) Нужен ли вам еще помощь?
