**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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ежедневная активность* | **Само**  **стоятельно** | *Нужна помощь*  *1 раз 1 раз*  *в месяц в неделю Иное* | | |
| Одеваться и раздеваться без посторонней помощи. |  |  |  |  |
| Пользоваться туалетом без посторонней помощи. |  |  |  |  |
| Принимать душ или ванну без посторонней по-щи |  |  |  |  |
| Ложиться и вставать с постели без пос. помощи |  |  |  |  |
| Есть и пить без посторонней помощи |  |  |  |  |
| Другие услуги |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

14. **Кто помогает вам сегодняшний день?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Социально-бытовая помощь* | **Само**  **стоятельно** | *Нужна помощь*  *1 раз 1 раз*  *в месяц в неделю Иное* | | |
| Уборка жилья |  |  |  |  |
| Приготовление пищи |  |  |  |  |
| Мытье посуду |  |  |  |  |
| Стирка |  |  |  |  |
| Заготовка дров, топке печи |  |  |  |  |
| Покупка и доставка продуктов |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Социальная помощь* | **Само**  **стоятельно** | *Нужна помощь*  *1 раз 1 раз*  *в месяц в неделю Иное* | | |
| Посетить врача. |  |  |  |  |
| Сходить на прогулку. |  |  |  |  |
| Купить лекарства |  |  |  |  |
| Оплатить за коммунальные услуги |  |  |  |  |
| Написать письмо, оформить документ |  |  |  |  |
| Поддерживать связь с родственникам |  |  |  |  |
| Посещать социальные мероприятия |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Получаете ли помощь от:* | **Нет** | *Да получаю*  *1 раз 1 раз*  *в месяц в неделю Иное* | | |
| 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?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_