Υπηρεσίες Μέριμνας

**Εάν φροντίζετε μέλος της οικογένειας, σύντροφο ή φίλο που χρειάζεται υποστήριξη ή παροχή υπηρεσιών λόγω ηλικίας, φυσικής ή μαθησιακής αναπηρίας ή ασθένειας, συμπεριλαμβανομένης πνευματικής ασθένειας, θα θέλαμε να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο. Δεν είστε υποχρεωμένοι να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Εάν δεν επιθυμείτε να απαντήσετε σε κάποια ερώτηση ή εάν δεν γνωρίζετε την απάντηση, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση.**

|  |
| --- |
| **Ενότητα 1: Σχετικά με το άτομο το οποίο φροντίζετε**  Οι ερωτήσεις σε αυτήν την ενότητα γίνονται για το άτομο που φροντίζετε, εννοώντας το άτομο το οποίο προσέχετε ή βοηθάτε και την εμπειρία σας υποστήριξης και παροχής υπηρεσιών. |

|  |
| --- |
| Εάν φροντίζετε περισσότερα από ένα άτομα, παρακαλούμε απαντήστε **μόνο** σχετικά με το άτομο που ξοδεύετε τον περισσότερο χρόνο παρέχοντας βοήθεια. Εάν ξοδεύετε ισοδύναμο χρόνο φροντίζοντας δύο ή περισσότερα άτομα, παρακαλούμε απαντήστε σχετικά με το άτομο που ζει μαζί σας. Εάν ζείτε με δύο ή περισσότερα άτομα που περνάτε ισοδύναμο χρόνο παρέχοντας φροντίδα, παρακαλούμε επιλέξτε **ένα** άτομο για τις απαντήσεις σας. |

**1. Τι ηλικίας είναι αυτό το άτομο;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ετών**

(Εάν δεν ξέρετε την ακριβή ηλικία, παρακαλώ δώστε μια κατά προσέγγιση - το πρόσωπο που φροντίζεται πρέπει να είναι ηλικίας 18 ή άνω)

**2. Το άτομο το οποίο φροντίζετε έχει....;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] όλα όσα ισχύουν***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Άνοια | a(1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Φυσική αναπηρία | b(1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Έλλειψη όρασης ή ακοής | c(1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Πρόβλημα ψυχικής υγείας | d(1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Προβλήματα που σχετίζονται με γήρανση | e(1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Μαθησιακή ανικανότητα ή δυσκολία | f(1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Χρόνιο πρόβλημα υγείας | g(1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Ανίατη ασθένεια | h(1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Εξάρτηση από αλκοόλ ή ναρκωτικές ουσίες | i(1) |

**3. Πού ζει συνήθως το άτομο το οποίο φροντίζετε;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [******✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Μαζί μου | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Κάπου αλλού | 2 |

**4. Συνολικά, πόσο ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι είστε εσείς και το άτομο που φροντίζετε με την υποστήριξη ή τις υπηρεσίες που έχετε λάβει από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες τους τελευταίους 12 μήνες;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Δεν έχουμε λάβει υποστήριξη ή υπηρεσίες από Κοινωνικές Υπηρεσίες τους τελευταίους 12 μήνες | 1 |
|  |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Είμαι πάρα πολύ ικανοποιημένος | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Είμαι πολύ ικανοποιημένος | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Είμαι αρκετά ικανοποιημένος | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Δεν είμαι ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Είμαι αρκετά δυσαρεστημένος | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Είμαι πολύ δυσαρεστημένος | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Είμαι πάρα πολύ δυσαρεστημένος | 8 |

**5. Έχει χρησιμοποιήσει το πρόσωπο το οποίο φροντίζετε οποιαδήποτε υποστήριξη ή υπηρεσία από αυτές που είναι καταχωρημένες παρακάτω κατά τους τελευταίους 12 μήνες;**

**Ενδέχεται να παρέχονται από διαφορετικούς οργανισμούς, όπως από κάποιον κοινωφελή οργανισμό, από ιδιωτική εταιρεία ή τις Κοινωνικές Υπηρεσίες.**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο στην κάθε σειρά***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Ναι** | |  | | **Όχι** | | **Δεν γνωρίζω** | | | |
| α. Υποστήριξη ή υπηρεσίες που σας επιτρέπουν να κάνετε ένα διάλειμμα από την παροχή υπηρεσιών μέριμνας την τελευταία στιγμή ή σε επείγουσα περίπτωση. | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |
|  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| β. Υποστήριξη ή υπηρεσίες που σας επιτρέπουν να κάνετε ένα διάλειμμα από την παροχή υπηρεσιών μέριμνας για περισσότερο από 24 ώρες | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |
|  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| γ. Υποστήριξη ή υπηρεσίες που σας επιτρέπουν να ξεκουραστείτε από την παροχή υπηρεσιών μέριμνας για διάστημα μεταξύ 1 και 24 ωρών (π.χ. υπηρεσία φύλαξης) | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |
|  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| δ. Προσωπικός βοηθός | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| ε. Οικιακή φροντίδα/οικιακή βοήθεια | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| στ. Κέντρο ημερήσιας φροντίδας ή ημερήσιες δραστηριότητες | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| ζ. Λέσχη φαγητού | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| η. Υπηρεσίες γευμάτων | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| θ. Εξοπλισμός ή προσαρμογή στο σπίτι τους (όπως αναπηρικές καρέκλες ή χειρολισθήρες) | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| ι. Συναγερμός Επικοινωνίας | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| ια. Είναι μόνιμοι ένοικοι οίκου ευγηρίας | |  | | 1 | |  | | 2 | |  | 3 |

|  |
| --- |
| **Ενότητα 2: Σχετικά με τις ανάγκες και εμπειρίες σας υποστήριξης**  Οι ερωτήσεις σε αυτήν την ενότητα γίνονται για την υποστήριξη και τις υπηρεσίες που **εσείς** χρησιμοποιείτε ως φροντιστής. Ενδέχεται να ρυθμίζονται από εσάς ή τις Κοινωνικές Υπηρεσίες. Ενδέχεται να παρέχονται από κάποιον κοινωφελή οργανισμό, από ιδιωτική εταιρεία ή τις Κοινωνικές Υπηρεσίες. |

**6. Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε υποστήριξη ή υπηρεσία από αυτές που είναι καταχωρημένες παρακάτω για να σας βοηθήσουν ως φροντιστή τους τελευταίους 12 μήνες;**

**Ενδέχεται να παρέχονται από διαφορετικούς οργανισμούς, όπως από κάποιον κοινωφελή οργανισμό, από ιδιωτική εταιρεία ή τις Κοινωνικές Υπηρεσίες. Παρακαλούμε μην συμπεριλάβετε οποιαδήποτε αφιλοκερδή βοήθεια από οικογένεια και φίλους.**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο σε κάθε σειρά***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ναι** |  | **Όχι** | **Δεν γνωρίζω** | | |
| α. Πληροφορίες και συμβουλές |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| β. Υποστήριξη από ομάδες φροντιστών ή κάποιον στον οποίο μιλήσατε εμπιστευτικά |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| γ. Εκπαίδευση για φροντιστές |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| δ. Υποστήριξη για να μείνετε απασχολούμενος |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 6 above for local use such as advocacy for carers, help with household tasks and gardening and practical help to complete forms. Additional answer options for question 6 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Ενότητα 3: Ο αντίκτυπος της φροντίδας και η ποιότητα ζωής σας**  Μερικές από τις ερωτήσεις σε αυτή την ενότητα ερευνούν τον αντίκτυπο της φροντίδας σε συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας, ενώ άλλες γίνονται για την ποιότητα διαφορετικών κομματιών της ζωής σας γενικότερα. |

**7. Ποια από τις ακόλουθες φράσεις περιγράφει καλύτερα πώς περνάτε το χρόνο σας;**

**Σχετικά με το τι κάνετε με το χρόνο σας, παρακαλούμε συμπεριλάβετε οτιδήποτε εκτιμάτε ή απολαμβάνετε εσείς, συμπεριλαμβανομένης της επίσημης απασχόλησης, εθελοντικής ή μη αμειβόμενης εργασίας, μέριμνας και δραστηριότητες αναψυχής.**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Έχω τη δυνατότητα να περνώ το χρόνο μου όπως θέλω, κάνοντας πράγματα που εκτιμώ και απολαμβάνω | 1 |
|  |  |  |
|  | Με το χρόνο μου κάνω μερικά από τα πράγματα που εκτιμώ ή απολαμβάνω αλλά όχι αρκετά | 2 |
|  |  |  |
|  | Δεν κάνω τίποτα με το χρόνο μου που να εκτιμώ ή να απολαμβάνω | 3 |

**8. Ποια από τις ακόλουθες φράσεις περιγράφει καλύτερα πόσο έλεγχο έχετε επάνω στην καθημερινή σας ζωή;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Έχω όσο έλεγχο θέλω επάνω στην καθημερινή μου ζωή | 1 |
|  |  |  |
|  | Έχω μερικό έλεγχο επάνω στην καθημερινή μου ζωή, αλλά όχι αρκετό | 2 |
|  |  |  |
|  | Δεν έχω κανέναν έλεγχο επάνω στην καθημερινή μου ζωή | 3 |

**9. Σχετικά με το χρόνο που έχετε για τη φροντίδα του εαυτού σας – από την άποψη ότι κοιμάστε αρκετά και τρέφεστε καλά – ποια φράση περιγράφει καλύτερα τη σημερινή κατάστασή σας;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Προσέχω τον εαυτό μου | 1 |
|  |  |  |
|  | Μερικές φορές δεν μπορώ να προσέξω τον εαυτό μου αρκετά καλά | 2 |
|  |  |  |
|  | Νιώθω ότι παραμελώ τον εαυτό μου | 3 |

10a. Σχετικά με την προσωπική σας ασφάλεια, ποια από τις δηλώσεις περιγράφει καλύτερα τη σημερινή κατάστασή σας;

‘Προσωπική ασφάλεια’ εννοούμε να αισθάνεστε ασφαλείς από φόβο ή κακομεταχείριση, από επιθέσεις ή άλλο φυσικό τραύμα.

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Δεν έχω ανησυχίες σχετικά με την προσωπική μου ασφάλεια | 1 |
|  |  |  |
|  | Έχω κάποιες ανησυχίες για την προσωπική μου ασφάλεια | 2 |
|  |  |  |
|  | Ανησυχώ πάρα πολύ για την προσωπική μου ασφάλεια | 3 |

**10b. Εάν αναφέρατε ότι ανησυχείτε εξαιρετικά για την προσωπική σας ασφάλεια, μπορείτε να μας πείτε γιατί;**

Responses to this question should not be submitted in the survey data return.

11. Σχετικά με το μέγεθος κοινωνικών επαφών με ανθρώπους που σας αρέσουν, ποια από τις ακόλουθες φράσεις περιγράφει καλύτερα την κοινωνική σας κατάσταση;

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Έχω όση κοινωνική επαφή θέλω με ανθρώπους που μου αρέσουν | 1 |
|  |  |  |
|  | Έχω κάποια κοινωνική επαφή με τους ανθρώπους, αλλά όχι αρκετή | 2 |
|  |  |  |
|  | Έχω μικρή κοινωνική επαφή με τους ανθρώπους και νιώθω κοινωνικά απομονωμένος | 3 |

**12. Σχετικά με την ενθάρρυνση και την υποστήριξη στο ρόλο σας ως φροντιστή, ποια από τις ακόλουθες φράσεις περιγράφει καλύτερα τη σημερινή κατάστασή σας;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Αισθάνομαι ότι έχω ενθάρρυνση και υποστήριξη | 1 |
|  |  |  |
|  | Αισθάνομαι ότι έχω κάποια ενθάρρυνση και υποστήριξη, αλλά όχι αρκετή | 2 |
|  |  |  |
|  | Δεν αισθάνομαι καμία ενθάρρυνση και υποστήριξη | 3 |

**13. Σκεπτόμενοι για τους άλλους ανθρώπους που φροντίζετε, ποια από τα ακόλουθα καλύτερα περιγράφουν τη παρούσα κατάσταση σας; Παρακαλώ αποκλείστε το πρόσωπο που ξοδεύετε την περισσότερη χρονική βοήθεια.**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Δεν έχω ευθύνες φροντίδας για κανένα | 1 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Έχω μερικές φορές αρκετό χρόνο να τους φροντίζω | 2 |
|  |  |  |
|  | Ποτέ δεν έχω αρκετό χρόνο να τους φροντίζω | 3 |
|  |  |  |
|  | Έχω πάντα αρκετό χρόνο να τους φροντίζω | 4 |

**14. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, η υγεία σας έχει επηρεαστεί από το ρόλο φροντίδας σας με οποιουσδήποτε από τους λόγους που αναφέρονται κατωτέρω;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] όλα όσα ισχύουν***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Νοιώθω κουρασμένος | a(1) |
|  |  |  |
|  | Αισθάνομαι μελαγχολικός | b(1) |
|  |  |  |
|  | Έχω έλλειψη όρεξης | c (1) |
|  |  |  |
|  | Έχω άσχημο ύπνοp | d (1) |
|  |  |  |
|  | Έχω γενικό αίσθημα άγχους | e (1) |
|  |  |  |
|  | Έχω φυσικό πόνο (π.χ. στην πλάτη) | f (1) |
|  |  |  |
|  | Θυμωμένος / οξύθυμος | g (1) |
|  |  |  |
|  | Είχα να δώ τον οικογενειακό μου γιατρό | h (1) |
|  |  |  |
|  | Ανέπτυσσα τις συνθήκες υγιεινής μου | I (1) |
|  |  |  |
|  | Έκανα την υπάρχουσα κατάσταση χειρότερη | j (1) |
|  |  |  |
|  | Άλλος λόγος | k (1) |
|  |  |  |
|  | Όχι κανένας από αυτούς | l (1) |

**15. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, μήπως η φροντίδα σας, σας έχει προκαλέσει οποιεσδήποτε οικονομικές δυσκολίες;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Όχι, καθόλου | 1 |
|  |  |  |
|  | Ναι, σε κάποιο βαθμό | 2 |
|  |  |  |
|  | Ναι, πολύ | 3 |

**16. Πόσο συχνά αισθάνεστε μοναξιά;**

***Παρακαλείσθε να σημειώσετε (****✓****) ένα τετραγωνίδιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Συχνά ή πάντα | 1 |
|  |  |  |
|  | Μερικές φορές | 2 |
|  |  |  |
|  | Περιστασιακά | 3 |
|  |  |  |
|  | Σχεδόν ποτέ | 4 |
|  |  |  |
|  | Ποτέ | 5 |

|  |
| --- |
| **Ενότητα 4: Ποιότητα πληροφόρησης και συμβουλευτικής**  Οι επόμενες ερωτήσεις γίνονται για τις απόψεις σας σχετικά με την ποιότητα της πληροφόρησης και συμβουλευτικής. |

**17. Τους τελευταίους 12 μήνες, έχετε βρει εύκολα ή δύσκολα πληροφορίες ή συμβουλές σχετικά με υποστήριξη, υπηρεσίες ή κοινωνικές παροχές; Παρακαλούμε συμπεριλάβετε πληροφορίες και συμβουλές από διαφορετικές πηγές, τέτοιες όπως κοινωφελείς οργανισμούς και ιδιωτικές εταιρείες, καθώς και Κοινωνικές Υπηρεσίες.**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Δεν έχω προσπαθήσει να βρω πληροφορίες και συμβουλές τους τελευταίους 12 μήνες | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Πολύ εύκολο να βρω | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Αρκετά εύκολο να βρω | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Αρκετά δύσκολο να βρω | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Πολύ δύσκολο να βρω | 5 |

|  |
| --- |
| Σε περίπτωση που σας ήταν δύσκολο να βρείτε πληροφορίες και συμβουλές, παρακαλούμε πείτε μας το λόγο και τι μπορούμε να κάνουμε για να σας διευκολύνουμε |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

**18. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο χρήσιμες ήταν οι πληροφορίες και συμβουλές που έχετε λάβει; Παρακαλούμε συμπεριλάβετε πληροφορίες και συμβουλές από διαφορετικές πηγές, όπως από κοινωφελείς οργανισμούς και ιδιωτικές εταιρείες, καθώς και Κοινωνικές Υπηρεσίες.**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Δεν έχω λάβει πληροφορίες ή συμβουλές τους τελευταίους 12 μήνες | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Πολύ χρήσιμες | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Αρκετά χρήσιμες | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Αρκετά ανώφελες | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Πολύ ανώφελες | 5 |

|  |
| --- |
| Σε περίπτωση που οι πληροφορίες και οι συμβουλές που λάβατε δεν ήταν χρήσιμες, παρακαλούμε πείτε μας το λόγο και τι μπορούμε να κάνουμε για να σας βοηθήσουμε |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Ενότητα 5: Διευθέτηση της υποστήριξης και των υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες**  Η επόμενη ερώτηση σχετίζεται με την οργάνωση της υποστήριξης και των υπηρεσιών για εσάς και το άτομο το οποίο φροντίζετε. |

**19. Τους τελευταίους 12 μήνες, αισθάνεστε να έχετε εμπλακεί και να έχει ζητηθεί η γνώμη σας όσο θα θέλατε, σε συζητήσεις σχετικά με την υποστήριξη και τις υπηρεσίες που παρέχονται στο άτομο το οποίο φροντίζετε;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Δεν έχουν γίνει συζητήσεις που να γνωρίζω τους τελευταίους 12 μήνες | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Πάντοτε αισθανόμουν να εμπλέκομαι και να ζητείται η γνώμη μου | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Συνήθως αισθανόμουν να εμπλέκομαι και να ζητείται η γνώμη μου | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Μερικές φορές αισθανόμουν να εμπλέκομαι και να ζητείται η γνώμη μου | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Ποτέ δεν αισθανόμουν να εμπλέκομαι και να ζητείται η γνώμη μου | 5 |

|  |
| --- |
| **Ενότητα 6: Σχετικά με εσάς**  Η επόμενη ομάδα ερωτήσεων μας βοηθά να έχουμε μία καλύτερη εικόνα των τύπων των φροντιστών που πήραν μέρος σε αυτήν την έρευνα. |

**20. Πέραν του ρόλου σας ως φροντιστή, παρακαλούμε πείτε μας ποιο από τα παρακάτω επίσης ισχύει για εσάς;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] όλα όσα ισχύουν***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Συνταξιούχος | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Υπάλληλος πλήρους απασχόλησης | b(1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Υπάλληλος μερικής απασχόλησης (εργάζομαι 30 ώρες ή λιγότερο) | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Αυτοαπασχολούμενος πλήρους απασχόλησης | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Αυτοαπασχολούμενος μερικής απασχόλησης | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Μη απασχολούμενος σε αμειβόμενη εργασία | f(1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Απασχολούμενος σε εθελοντική εργασία | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Άλλο | h(1) |

**21. Σκεπτόμενος για το συνδυασμό των πληρωμένων ευθυνών εργασίας και τη φροντίδα σας, ποία από τις ακόλουθες δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την παρούσα κατάσταση σας;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

**Όχι σε πληρωμένη απασχόληση**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Δεν εργάζομαι λόγω των ευθυνών φροντίδας μου | 1 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Δεν εργάζομαι για άλλους λόγους (π.χ. είμαι συνταξιούχος) συνταξιούχος/ααποσυρμένος) | 2 |
|  | | | | |

**Εργάζομαι με πληρωμή**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Εργάζομαι και υποστηρίζομαι από τον εργοδότη μου | 3 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Εργάζομαι αλλά δεν υποστηρίζομαι από τον εργοδότη μου | 4 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Δεν χρειάζομαι οποιαδήποτε υποστήριξη από τον εργοδότη μου για να συνδυάσω τις ευθύνες μου εργασίας και φροντίδας | 5 |
|  | |
|  | | | | |

**Αυτοαπασχολούμενος**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Είμαι αυτοαπασχολούμενος και είμαι σε θέση να ισορροπήσω τις Ευθύνες εργασία μου | 6 |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Είμαι αυτοαπασχολούμενος αλλά δεν είμαι σε θέση να ισορροπήσω τις Ευθύνες εργασία μου | 7 |
|  |  |  |

**22. Περίπου πόσο χρονικό διάστημα προσέχετε ή βοηθάτε το άτομο το οποίο φροντίζετε;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Λιγότερο από 6 μήνες | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Περισσότερο από 6 μήνες αλλά λιγότερο από έτος | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Περισσότερο από 1 έτος αλλά λιγότερο από 3 έτη | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Περισσότερο από 3 έτη αλλά λιγότερο από 5 έτη | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Περισσότερο από 5 έτη αλλά λιγότερο από 10 έτη | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Περισσότερο από 10 έτη αλλά λιγότερο από 15 έτη | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Περισσότερο από 15 έτη αλλά λιγότερο από 20 έτη | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20 έτη ή περισσότερο | 8 |

**23. Περίπου πόσο χρόνο ξοδεύετε κάθε εβδομάδα για τη φροντίδα ή τη βοήθεια του προσώπου το οποίο φροντίζετε;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0-9 ώρες την εβδομάδα | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 10-19 ώρες την εβδομάδα | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20-34 ώρες την εβδομάδα | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 35-49 ώρες την εβδομάδα | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 50-74 ώρες την εβδομάδα | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 75-99 ώρες την εβδομάδα | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 100 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Ποικίλει – Λιγότερο από 20 ώρες την εβδομάδα | 8 |
|  |  |  |  |
|  |  | Ποικίλει – 20 ώρες ή περισσότερο την εβδομάδα | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Άλλο | 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| Εάν ισχύει κάτι άλλο, παρακαλούμε αναφέρετε συγκεκριμένα: |  |

24. Τους τελευταίους 12 μήνες, τι είδους ενέργειες κάνατε συνήθως για το άτομο το οποίο φροντίζετε;

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] όλα όσα ισχύουν***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Προσωπική φροντίδα; | a (1) |
|  |  | (Ενέργειες όπως ντύσιμο, μπάνιο, πλύσιμο, ξύρισμα, κόψιμο νυχιών, τάισμα, χρήση τουαλέτας) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Φυσική βοήθεια; | b (1) |
|  |  | (Όπως βοήθεια με το περπάτημα, το ανέβασμα και κατέβασμα σκάλας, την τοποθέτηση στο κρεβάτι ή την έξοδο από αυτό) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Βοήθεια με τη διεκπεραίωση υποθέσεων σχετικά με τις υπηρεσίες και τα επιδόματα μέριμνας; | c (1) |
|  |  | (Ενέργειες όπως κλείσιμο ραντεβού και τηλεφωνήματα, συμπλήρωση εντύπων) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Βοήθεια με γραφική εργασία ή οικονομικά ζητήματα; | d (1) |
|  |  | (Όπως συγγραφή επιστολών, αποστολή καρτών, συμπλήρωση εντύπων, διεκπεραίωση λογαριασμών, συναλλαγές με τράπεζες) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Άλλη πρακτική βοήθεια; | e (1) |
|  |  | (Ενέργειες όπως προετοιμασία γευμάτων, ψώνια, πλύσιμο ρούχων, δουλειές του σπιτιού, κηπουρική, διακόσμηση, επιδιορθώσεις του σπιτιού, συνοδεία στο γιατρό ή το νοσοκομείο) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Συντροφιά; | f (1) |
|  |  | (Ενέργειες όπως επισκέψεις, παρέα, διάβασμα, συζήτηση, παιχνίδια με χαρτιά ή άλλα) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Συνοδεία εκτός σπιτιού; | g (1) |
|  |  | (Όπως συνοδεία για περπάτημα ή με το αυτοκίνητο, συνοδεία σε φίλους ή συγγενείς) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Παροχή φαρμάκων; | h (1) |
|  |  | (Ενέργειες όπως βεβαίωση ότι παίρνει τα χάπια του/της, ενέσεις, αλλαγή επιδέσμων) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Παρακολούθησή του/της για βεβαίωση ότι είναι καλά; | i (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης; | j (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Άλλη βοήθεια; | k (1) |

**25. Έχετε κάποιο από τα παρακάτω;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] όλα όσα ισχύουν***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Φυσική ανεπάρκεια ή αναπηρία | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Έλλειψη όρασης ή ακοής | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Πρόβλημα ή ασθένεια ψυχικής υγείας | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Μαθησιακή ανικανότητα ή δυσκολία | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Χρόνιο πρόβλημα υγείας | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Άλλο | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Κανένα από τα παραπάνω | g (1) |

**26. Πόσα παιδιά ηλικίας 18 ή κάτω έχετε στη γονική σας ευθύνη;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 2 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 4+ | 5 |

**27. Σας βοήθησε κάποιος να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ναι | 1 |
|  |  |  |
|  | Όχι | 2 |

Councils may seek further information on the category of person who helped here if they wish – but these should only be categories of person (e.g. relative) and not names. Any expanded categories need to be aggregated back to just an overall ‘yes’ category before entering the results onto the data return.

**28. Πόσων ετών είστε; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ετών**

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**29. Είστε άνδρας ή γυναίκα;**

***Παρακαλούμε τσεκάρετε [✓] ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Άντρας | 1 |
|  |  |  |
|  | Γυναίκα | 2 |
|  |  |  |
|  | Άλλο | 3 |

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**30.** **Σε ποια από τις παρακάτω ομάδες θεωρείτε ότι ανήκετε;**

***Σημειώστε ένα (🗸) κουτί***

**Λευκή**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Αγγλική / Ουαλική / Σκωτσέζικη / Βορειο-ιρλανδική / Βρετανική | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Ιρλανδική | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Αθίγγανος ή Ιρλανδός ταξιδιώτης | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Άλλης λευκής καταγωγής | 4 |
|  |  |  |  |

**Μικτή / πολλαπλή εθνοτική καταγωγή**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Λευκή και μαύρη Καραϊβικής | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Λευκή και μαύρη αφρικανική | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Λευκή και ασιατική | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Άλλη μικτή / Πολλαπλή καταγωγή | 8 |

**Ασιατική / Ασιατική βρετανική**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Ινδική | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Πακιστανική | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  | Μπαγκλαντεσιανή | 11 |
|  |  |  |  |
|  |  | Κινεζική | 12 |
|  |  |  |  |
|  |  | Άλλη ασιατική καταγωγή | 13 |
|  |  |  |  |

*Η λίστα συνεχίζεται στην επόμενη σελίδα*

**Μαύρη / Αφρικανική / Καραϊβικής / Μαύρη βρετανική**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Αφρικανική | 14 |
|  |  |  |  |
|  |  | Καραϊβικής | 15 |
|  |  |  |  |
|  |  | Άλλη καταγωγή μαύρη / αφρικανική / Καραϊβικής | 16 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Άλλη εθνοτική ομάδα**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Αραβική | 17 |
|  |  |  |  |
|  |  | Άλλη καταγωγή | 18 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Προτιμώ να μην απαντήσω | 19 |

Councils may choose to omit the above question and supply data from their own records if they are confident of the quality and coverage of the information about the carer’s assessment of their ethnic origin in their current records. Councils including this question may break down the categories further if they wish to do so.

**Ενότητα 7: Σχόλια**

Στην επόμενη ομάδα ερωτήσεων μπορείτε να παρέχετε πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τις εμπειρίες σας.

**31. Παρακαλούμε χρησιμοποιήστε το χώρο που παρέχεται παρακάτω για να περιγράψετε τυχόν άλλες εμπειρίες που θα θέλατε να μας πείτε, ή για να γράψετε τυχόν σχόλια που θα θέλατε να κάνετε;**

|  |
| --- |
|  |

The question above is for local use and can be omitted. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

**32. Ενδέχεται να ζητήσουμε από ορισμένους ανθρώπους να λάβουν μέρος σε συνέχεια της έρευνας για αυτήν τη μελέτη την επόμενη χρονιά ή σε περίπου ανάλογο χρονικό διάστημα.**

**Θα θέλατε να προσκληθείτε για να λάβετε μέρος σε περαιτέρω έρευνα;**

*Σημειώστε ότι ακόμη και αν πείτε “ναι” δεν θα υπάρξει καμία υποχρέωση να λάβετε μέρος στο μέλλον.*

***Παρακαλούμε τσεκάρετε (🗸) ένα πλαίσιο***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ναι, έχω γράψει το όνομά μου, τη διεύθυνση και τον τηλεφωνικό αριθμό μου στο κάτωθι διάστημα |  |
|  |
|  |  |  |
|  | Όχι |  |

**Εάν θα θέλατε να επικοινωνήσουμε μαζί σας για αυτόν το σκοπό παρακαλούμε να παράσχετε τα δεδομένα επικοινωνίας σας εδώ:**

Όνομα:

Διεύθυνση:

Telephone number:

Διεύθυνση ηλεκτρ. ταχ.:

The question above is optional and can be omitted if councils have no intention of conducting any follow-up research.

Εαν επιθυμείτε ένα αντίγραφο της εθνικής έκθεσης πάνω στην έρευνα, θα δημοσιευθεί το φθινόπωρο και θα είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα του GOV.UK.

Please ensure a paper copy version is available for carers to request. Amend the options depending on whether a local findings paper or the national report will be sent.

Μπορούμε να σας παρέχουμε ένα αντίγραφο ταχυδρομικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο είναι πιο οικονομικό). Ποιο θα προτιμούσατε; (σημειώστε μόνο ένα τετραγωνίδιο):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο |
|  |
|  |  |
|  | Ταχυδρομικά |

Εάν επιθυμείτε ψηφιακό αντίγραφο των αποτελεσμάτων / πορισμάτων των τοπικών αρχών (να διαγραφεί η περιττή ένδειξη) / της εθνικής έκθεσης, παρακαλείσθε να αναφέρετε τη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σας στο παρακάτω πλαίσιο (σημειώνεται ότι αυτό θα γίνει μετά τη δημοσίευση της εθνικής έκθεσης το καλοκαίρι):

Διεύθυνση ηλεκτρ. ταχ.:

Εάν θέλετε να σας ταχυδρομήσουμε αντίγραφο των αποτελεσμάτων / πορισμάτων των τοπικών αρχών (να διαγραφεί η περιττή ένδειξη) / της εθνικής έκθεσης, παρακαλούμε να μας παρέχετε το όνομα και τη διεύθυνσή σας στο παρακάτω πλαίσιο (σημειώνεται ότι αυτό θα γίνει μετά τη δημοσίευση της εθνικής έκθεσης το καλοκαίρι):

Όνομα:

Διεύθυνση:

**Σας ευχαριστούμε που μας βοηθήσατε συμπληρώνοντας αυτό το ερωτηματολόγιο.**

**Παρακαλούμε ταχυδρομήστε το πίσω σε εμάς στο φάκελο που παρέχεται.**

**Δε χρειάζεται να βάλετε γραμματόσημο στο φάκελο.**

|  |
| --- |
| **Για να ληφθούν υπόψη οι απόψεις σας παρακαλούμε επιστρέψτε αυτό το έντυπο μέχρι [insert date]** |