

克拉克郡失智友善需求評估：社區服務與支持

為努力成為失智友善社區，需要為照顧失智症患者的家庭照顧者提供支持和服務，包括諮詢、支持團體、照顧者指導、照護諮詢、喘息服務，以及失智照護需求的教育和培訓。此份調查可由社區中的任何人完成，尤其是有照顧者支持服務經驗的人。說明：制定一份提供服務和支持成人日間服務、喘息照護、支持團體或諮詢的機構 / 組織名單，優先確定我們應聯繫哪個組織，確定組織中適當的聯繫人，並將其發送到我們的網站

<https://clevelandcliniceducationnv.org/education/dementia-friendly-southern-nevada/>

日期（必填）

電子郵件（必填）

請選擇與您最密切相關的非醫療領域（必選）

☐ 基於信仰所組成的社區

☐ 當地政府 / 州 / 城市

☐ 銀行 / 金融

☐ 本地企業

☐ 運輸服務

☐ 法律及預立醫療自主計畫

☐ 圖書館

☐ 機場

☐ 全選

其他，請描述

機構名稱（必選）

您是否有親身經歷過家庭成員或摯愛罹患失智症？（必選）

☐ 有

☐ 無

您是否有與患有失智症的客戶或病人的工作經驗？（必選）

☐ 有

☐ 無

請選擇最多五項現今社區對於處理失智症患者及其家庭需求的優勢（必選）

☐ 家庭、朋友、志工

☐ 阿茲海默症協會

☐ 基本照護提供者

☐ 專家

☐ 喘息照護服務

☐ 安寧及緩和療護

☐ 家庭健康醫療

☐ 居家照護者（非醫療）

☐ 成人日間照護

☐ 經濟援助

☐ 長者保護服務

☐ 臨床試驗

☐ 退伍軍人服務

☐ 病患與照護者的教育與支持

☐ 持續醫學教育

☐ 基於信仰構成的組織

☐ 社交與主流媒體

☐ 第一線應急人員（急救人員、警察、消防員等）

☐ 政府機構

☐ 交通運輸

☐ 克里夫蘭診所魯沃大腦健康中心

☐ 內華達年長者服務

其他，請描述

其他評語（選答）

請選擇最多五項現今社區對於處理失智症患者及其家庭需求的不足（必選）

- ☐ 早期檢測和診斷
- ☐ 案例 / 照護管理
- ☐ 失智意識
- ☐ 健康與身心靈平衡
- ☐ 藥物管理
- ☐ 安寧及緩和療護
- ☐ 預立醫療自主計畫
- ☐ 法律與財務規劃
- ☐ 財務 / 詐騙保護
- ☐ 監護權
- ☐ 可負擔照護服務
- ☐ 交通運輸
- ☐ 適合通行的街道
- ☐ 無障礙資源 / 公共設施
- ☐ 出院
- ☐ 年長者保護服務
- ☐ 教育 / 訓練
- ☐ 喘息照護
- ☐ 照護夥伴支持
- ☐ 記憶力喪失支持
- ☐ 社區服務與支持
- ☐ 以信仰為基礎的計畫方案
- ☐ 文化敏感

其他，請描述

其他評語（選答）

您會轉介可能出現失智症狀的社區成員及其照顧夥伴至何處？（必選）

- ☐ 診所
- ☐ 醫院
- ☐ 基礎照護
- ☐ 網路

- ☐ 居家服務
- ☐ 退伍軍人醫院
- ☐ 成人日間照護
- ☐ 安養中心 / 集體住宅
- ☐ 支援團體
- ☐ 老年人及殘障資源中心
- ☐ 阿茲海默症協會
- ☐ 記憶照護社區
- ☐ 社會服務機構
- ☐ 內華達 211

我們社區目前對於能夠協助支持失智症患者及其照顧者的資源已有足夠的認識 (必選)

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不知道

提高我們社區對於能夠協助支持患有失智症及其家人的資源的認識，應該成為我們行動的優先目標 (必選)

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不知道

請勾選您對於失智症的 10 個警示症狀的認識程度 (必選)

- ☐ 非常低
- ☐ 低
- ☐ 中等
- ☐ 高
- ☐ 很高
- ☐ 不知道

提高我們社區成員對於失智症徵狀的認識，應該成為我們的優先目標 (必選)

- ☐ 非常不同意

- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不知道

我們的社區可能有各種未被滿足需求的人群，他們能受益於針對失智症及其家屬設計提供的資源（指符合多樣化人口需求的計畫或服務）。目前我們的社區已經有足夠針對失智症相關資源，能滿足這類人群*（必選）

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不知道

針對各種未被滿足需求的人群增加失智相關資源，應該成為我們的優先目標（必選）

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不知道

請說明我們如何針對各種未被滿足需求的人群提供資源：

--

這個問題詢問您與失智症患者互動的技巧。與失智症患者互動的技巧，包括知道何時重複信息或建議家庭成員參與交談，請勾選您對以下描述的同意程度：我具備良好的與失智症患者的互動技巧*（必選）

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不知道

我們的社區對與失智症患者同住的照護者的諮詢、支持團體和服務，已有足夠的水平。(必選)

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不知道

增加與失智症患者同住的照護者，對於可利用諮詢、支持團體和服務的認識，應該成為我們的優先目標 (必選)

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不知道

您的非醫學服務，是否有對員工提供認識失智症和與失智症患者有效且友善的溝通技巧的教育與訓練？(必選)

- ☐ 有
- ☐ 沒有
- ☐ 不確定

如果有，請條列及形容訓練內容（名稱、內容等等）

--

您的非醫學服務，是否評估過其居住環境是否對失智症患者是友善的？(必選)

- ☐ 有
- ☐ 沒有
- ☐ 不確定

請勾選您對以下描述的同意程度：我們的非醫學服務，目前確保其居住環境是對失智症患者友善的 (必選)

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意

請勾選您對以下描述的同意程度：使居住環境的非醫療服務更加失智症友善，應該成為我們的優先目標 (必選)

- ☐ 非常不同意

- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意

對於失智症患者的照護者（員工或客戶），您目前是否提供有關阿茲海默症和護理需求的教育和培訓？（必選）

- ☐ 有
- ☐ 沒有
- ☐ 不確定
- ☐ 不適用於我的情況

如果有，請描述訓練內容

這個問題針對政府 / 城市機構。我們的社區有足夠的災害應變措施，以應對失智症患者的需求？（必選）

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不適用於我的情況

這個問題針對政府 / 城市機構。改善我們社區對於失智症患者的災害計畫應變措施，應該成為我們的優先目標（必選）

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不適用於我的情況

這個問題針對政府 / 城市機構、基於信仰組成的社區，和交通運輸服務。目前我們社區為失智症患者提供了以下哪些交通選項？（必選）

- ☐ 個人服務選項 - 基本上仰賴志工（例如，社區機構或教會司機、退休和老年志願者計畫、退伍軍人等）
- ☐ 個人服務選項 - 公共或商業（例如，公共汽車、診所接駁車、輕軌、計程車或箱型車等）
- ☐ 團體服務選項 - （例如，由老年中心或社區中心提供的接送服務、成人日間服務）
- ☐ 不適用於我的情況

其他，請描述

如果您使用上述任何一項服務，請說明提供這些計畫 / 服務的組織名稱

這個問題針對政府 / 城市機構、基於信仰組成的社區，和交通運輸服務。我們的社區為失智症患者提供了足夠的交通選擇（必選）

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不適用於我的情況

這個問題針對政府 / 城市機構、基於信仰組成的社區，和交通運輸服務。在我們社區的失智症患者，提供足夠的交通選項，應該成為我們的優先目標（必選）

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意
- ☐ 既不同意也不反對
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意
- ☐ 不適用於我的情況

您目前是否提供失智症患者照護人以下任何一項服務？服務是針對失智症患者嗎？（必選）

- ☐ 照護者輔導
- ☐ 照護諮詢
- ☐ 不適用於我的情況 (duplicate)
- ☐ 成人日間照護計畫
- ☐ 緊急或危機，照護者喘息
- ☐ 過夜或周末，照護者喘息
- ☐ 其他類型的照護者喘息
- ☐ 不適用於我的情況 (duplicate)

請勾選您對以下描述的同意程度：我們社區對於失智症患者的照顧者提供充足的喘息計畫或服務（必選）

- ☐ 非常不同意
- ☐ 不同意

☐ 既不同意也不反對

☐ 同意

☐ 非常同意

☐ 不知道

請勾選您對以下描述的同意程度：對於失智症患者的照顧者增加提供喘息計畫或服務，應該是我們的優先行動目標（**必選**）

☐ 非常不同意

☐ 不同意

☐ 既不同意也不反對

☐ 同意

☐ 非常同意

☐ 不知道

您目前是否提供以下任何一項輔導或支持團體給失智症患者的照護者？（**必選**）

☐ 個人輔導

☐ 家庭輔導

☐ 支持團體

☐ 不適用於我的情況

您有興趣幫助我們建立對失智症患者更加友善的社區嗎？（**必選**）

☐ 有

☐ 沒有

☐ 不確定

如果上個問題您回答「有」，請勾選您想如何參與

☐ 擔任行動小組成員

☐ 公開背書 / 見證

☐ 資源捐助（例如，會議場地、廣告、人員、資金等等）

☐ 推薦給您認識的人

☐ 幫忙分發需求評估

其他，請描述

我們社區中哪些其他組織 / 團體應該參與創建一個失智友好社區。如果可以的話，請提供聯繫方式

我是否應該再與您聯繫，告訴您項目的進展情況，以及您能如何最好地幫助確保我們的社區成為失智友好嗎？（**必選**）

☐ 好

☐ 不好

提交 儲存&繼續