

# Société Alzheimer Society

C A N A D A

अलज़ाइमर सोसाइटी कनाडा

## मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के सफ़र का सर्वेक्षण

### मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के साथ जीने का अनुभव

आपको इस अध्ययन में भाग लेने के लिए अलज़ाइमर सोसाइटी ऑफ कनाडा और कॉलेज ऑफ फैमिली फिजिशियंस ऑफ कनाडा द्वारा आमंत्रित किया गया है क्योंकि आप या तो मनोभ्रंश से पीड़ित व्यक्ति हैं या आप इस सर्वेक्षण को पूरा करने में मनोभ्रंश से पीड़ित किसी व्यक्ति की सहायता कर रहे हैं।

अगर आप इस सर्वेक्षण को पूरा करने में मनोभ्रंश (डिमेंशिया) से पीड़ित व्यक्ति की मदद करने वाले या उनके देखभालकर्ता हैं, तो आपको उनके दृष्टिकोण से जवाब देना होगा।

अगर आप अपने दृष्टिकोण से इस सर्वेक्षण को पूरा करना चाहते हैं, तो देखभालकर्ता अनुभव सर्वेक्षण को भी पूरा करें।

हालाँकि प्रश्न सीधे कोविड-19 महामारी से संबंधित नहीं हैं, पर आप महामारी से संबंधित अपने अनुभव साझा कर सकते हैं।

अलज़ाइमर सोसाइटी ऑफ कनाडा मनोभ्रंश (डिमेंशिया) देखभाल के आपके अनुभवों और अपने परिवार के डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने वाले लोगों के साथ आपकी बातचीत को समझना चाहती है।

आपके जवाबों से हमें यह जानने में मदद मिलेगी कि हेल्थकेयर से जुड़े लोग क्या अच्छा कर रहे हैं, और हम मनोभ्रंश (डिमेंशिया) से पीड़ित लोगों की देखभाल बेहतर कैसे कर सकते हैं।

सर्वे पूरा करने में लगभग 5 मिनट लगेंगे।

कृपया सूचना के पन्नों और सहमति फॉर्म को ध्यान से पढ़ें, और आपके कोई भी सवाल हों, तो अध्ययन टीम के सदस्यों से पूछें (अगले पन्ने पर विवरण किया हुआ है)।

धन्यवाद!

## अध्ययन और सहमति के बारे में जानकारी

### गोपनीयता

- इस अध्ययन के दौरान ली हुई सारी जानकारी पूरी तरह से गोपनीय है।
- आपको किसी भी व्यक्तिगत जानकारी के लिए नहीं पूछा जाएगा (जैसे नाम, संपर्क वगैरह)। कृपया अपने जवाबों में व्यक्तिगत जानकारी न दें।
- व्यक्तिगत जानकारी (नाम, परिवार के डॉक्टर का नाम वगैरह) रिसर्च टीम द्वारा छुपा या हटा दी जाएगी, और उसका मूल्यांकन प्रक्रिया में उपयोग नहीं किया जाएगा।
- एकत्र की गई जानकारी अध्ययन समाप्त होने तक एक सुरक्षित सर्वर पर जमा की जाएगी। ज़्यादा से ज़्यादा 7 साल तक रखे जाने के बाद उसे नष्ट कर दिया जाएगा।
- सर्वेक्षण के डेटा का उपयोग अतिरिक्त अध्ययनों, रिपोर्टों, पत्रिकाओं आदि में किया जा सकता है, लेकिन कभी भी कोई व्यक्तिगत संदर्भ नहीं बनाया जाएगा।

### जोखिम और लाभ

- इस अध्ययन में आपकी भागीदारी के साथ कोई जोखिम या लाभ नहीं जुड़े हैं।
- किसी भी प्रकार के व्यावसायिक लाभ अल्ज़ाइमर सोसाइटी और कॉलेज ऑफ़ फैमिली फ़िज़िशियंस ऑफ़ कनाडा के पास रहेंगे।

### स्वैच्छिक भागीदारी

- इस अध्ययन में भागीदारी स्वैच्छिक है और आपको अपने समय के लिए पैसों का भुगतान नहीं किया जाएगा।
- आप किसी भी कारण से किसी भी समय अपनी भागीदारी समाप्त कर सकते हैं।
- यदि आप पीछे हटना चाहते हैं और अपने मौजूदा सर्वेक्षण को हटाना चाहते हैं, तो नीचे दी गई संपर्क जानकारी में कनाडा के अल्ज़ाइमर सोसाइटी के प्रमुख जांचकर्ताओं में से एक तक पहुंचें।

## जांचकर्ताओं से संपर्क करने की जानकारी

Haridos हरीडोस अपोस्टोलीडिस

- [research@alzheimer.ca](mailto:research@alzheimer.ca)
- 1-416-847-2969

Ngozi एनगाज़ी एरन्या

- [research@alzheimer.ca](mailto:research@alzheimer.ca)
- 1-416-669-5715

यदि आप भाग लेने से पहले इस अध्ययन के बारे में और जानकारी चाहते हैं, तो कृपया ऊपर सूचीबद्ध संपर्क जानकारी पर ऊपर दिए फ़ोन/ईमेल पर संपर्क करें।

दी गई कोई भी संपर्क जानकारी आपके पूर्ण सर्वेक्षण से संबद्ध नहीं होगी, और आपके उत्तर गोपनीय रहेंगे।

## सहमति फ़ॉर्म

नीचे सहमति देकर, आप पुष्टि करते हैं:

- आपके सभी सवालों का जवाब दे दिया गया है
- आप दी गई जानकारी को समझते हैं
- आप इस अध्ययन में भाग लेने की आवश्यकताओं को समझते हैं
- आप इस अध्ययन में भाग लेने के जोखिम और लाभों को समझते हैं

नीचे हस्ताक्षर करके, आप इस अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमति देते हैं।

भाग लेने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर: .....

धन्यवाद। सर्वेक्षण अगले पन्ने पर शुरू होगा। जब आप सर्वेक्षण पूरा कर लें, तो कृपया इसे द्वारा वापस:

हरिडोस अपोस्टोलीडिस

अल्ज़ाइमर सोसाइटी ऑफ़ कनाडा

20 एगर्लीटन ऐवन्यू वेस्ट (16वां माला),

टोरोन्टो, ऑंटेरिओ, M4R 1K8

## जांचकर्ताओं से संपर्क करने की जानकारी

### Haridos हरीडोस अपोस्टोलीडिस

- [research@alzheimer.ca](mailto:research@alzheimer.ca)
- 1-416-847-2969

### Ngozi एनगाज़ी एरन्या

- [research@alzheimer.ca](mailto:research@alzheimer.ca)
- 1-416-669-5715

यदि आप भाग लेने से पहले इस अध्ययन के बारे में और जानकारी चाहते हैं, तो कृपया ऊपर सूचीबद्ध संपर्क जानकारी पर ऊपर दिए फ़ोन/ईमेल पर संपर्क करें।

दी गई कोई भी संपर्क जानकारी आपके पूर्ण सर्वेक्षण से संबद्ध नहीं होगी, और आपके उत्तर गोपनीय रहेंगे।

## सहमति फ़ॉर्म

नीचे सहमति देकर, आप पुष्टि करते हैं:

- आपके सभी सवालों का जवाब दे दिया गया है
- आप दी गई जानकारी को समझते हैं
- आप इस अध्ययन में भाग लेने की आवश्यकताओं को समझते हैं
- आप इस अध्ययन में भाग लेने के जोखिम और लाभों को समझते हैं

मैं...

- ...मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के साथ रहने वाला/वाली एक व्यक्ति हूँ जो खुद अपनी सहमति से यह सर्वे पूरा कर रहा/रही है
- ...मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के साथ रहने वाले व्यक्ति की ओर से उनकी देखभाल करने वाला/वाली, परिवारजन, या अन्य निर्णय लेने वाला/वाली, इस सर्वे को अपनी सहमति से पूरा कर रहा/रही हूँ

**कृपया नीचे अपनी सहमति की पुष्टि करें**

- मैं इस सर्वे में भाग लेने के लिए सहमत हूँ

धन्यवाद। सर्वेक्षण अगले पन्ने पर शुरू होगा। जब यह पूरा हो जाए, तो कृपया इसे वेबसाइट पर अपलोड करें, या इसे [research@alzheimer.ca](mailto:research@alzheimer.ca) पर ईमेल करके वापस कर दें।

कृपया ध्यान दें कि आपके जवाबों का मूल्यांकन करने से पहले हम आपकी व्यक्तिगत जानकारी को छुपा देंगे। अगर आप सर्वेक्षण एमी से भेजते हैं तो आपके जवाब आपके ईमेल से संबद्ध नहीं होंगे।

## मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के सफ़र का सर्वेक्षण: मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के साथ जीने का अनुभव

1. क्या आपके मनोभ्रंश (डिमेंशिया) का औपचारिक निदान हुआ है?

- हाँ
- नहीं

▶ सवाल नंबर 3 पर जाएं

▶ सवाल नंबर 2 पर जाएं

2. क्या आप अपने निदान न किए गए मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के लिए नीचे दिए नॉन-क्लीनिकल (निदान न करने वाले) स्वास्थ्य सेवाएं देने वाले किसी व्यक्ति से मिलते हैं?

- समाज सेवक
- न्यूट्रिनिस्ट
- वैकल्पिक विशेषज्ञ (नैचुरोपैथ, होमीओपैथ वगैरह)
- नहीं, वे किसी स्वास्थ्य सेवा देने वाले व्यक्ति से नहीं मिलते
- मुझे नहीं पता
- अन्य (कृपया उन अन्य स्वास्थ्य सेवाएं देने वाले लोगों का स्पष्टीकरण नीचे लिखें)

▶ सर्व समाप्त

▶ सर्व समाप्त

▶ सर्व समाप्त

▶ सर्व समाप्त

▶ सर्व समाप्त

▶ सर्व समाप्त

### सर्व समाप्त - भाग लेने के लिए धन्यवाद

बाकी के प्रश्नों के लिए भाग लेने वाले लोगों को मनोभ्रंश (डिमेंशिया) का औपचारिक निदान होने की आवश्यकता होती है। आपके समर्थन के लिए धन्यवाद।

**अपने मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के लिए सहायता और सहायता प्राप्त करें**

आपके द्वारा समर्थित व्यक्ति के लिए देखभाल करने के लिए पहला कदम एक औपचारिक निदान है। अल्ज़ाइमर सोसाइटी आपके फैमिली डॉक्टर के पास जाने, या आपके प्रांत में किसी डॉक्टर को ढूँढने की सलाह देती है। आप या तो 811 पर हेल्थलाइन, या 1-800-879-4226 पर अल्ज़ाइमर सोसायटी को कॉल कर सकते हैं।

अल्ज़ाइमर सोसायटी भी मनोभ्रंश (डिमेंशिया) से संबंधित किसी भी चीज़ की जानकारी प्रदान कर सकती है, जिसमें मदद और शैक्षिक संसाधन शामिल हैं। ऊपर दिए गए नंबर पर हमसे संपर्क करें, और फ़र्स्ट लिंक के बारे में पता लगाएं। **सहायता उपलब्ध है और अल्ज़ाइमर सोसाइटी आपकी सहायता कर सकती है।**

3. क्या इस समय आपका कोई फैमिली डॉक्टर है?

- हाँ  
 नहीं

► सवाल नंबर 5 पर जाएं

► सवाल नंबर 19 पर जाएं

4. आप अपनी मनोभ्रंश (डिमेंशिया) से जुड़ी ज़रूरतों के लिए अपने फैमिली डॉक्टर से कितनी बार मिलते हैं?

- महीने में एक बार  
 साल में एक बार  
 तीन महीनों में एक बार  
 साल में एक बार से कम  
 छह महीनों में एक बार

5. क्या अपने फैमिली डॉक्टर से संपर्क करने के लिए (अपॉइन्ट्मन्ट, चेकप वगैरह के लिए) आपके पास सहायता है?

- हाँ, मुझे परिवार के किसी सदस्य या दोस्त की सहायता मिलती है  
 हाँ, मुझे डॉक्टर की ऑफिस से सहायता मिलती है  
 हाँ, मुझे किसी अन्य स्रोत से सहायता मिलती है  
 नहीं, और मैंने सहायता के लिए पूछा है  
 नहीं, पर मुझे सहायता की ज़रूरत नहीं है  
 मुझे नहीं पता

6. क्या फैमिली डॉक्टर फ़ोन, ईमेल, वीडियो कॉल जैसी वर्चुअल सेवाएं देते हैं?

- हाँ, पर मुझे दिलचस्पी नहीं है  
 हाँ, और मैं इनका इस्तेमाल कर रहा/रही हूँ  
 हाँ, पर मुझे नहीं पता वे काम कैसे करते हैं  
 नहीं, पर मुझे ऐसी सेवाओं में दिलचस्पी है  
 नहीं, और मुझे ऐसी सेवाएं नहीं चाहिए  
 मुझे नहीं पता

7. अगर फैमिली डॉक्टर वर्चुअल सेवाओं का विकल्प देते हैं, तो वे कौनसे विकल्प इस्तेमाल करते हैं?

कृपया जो भी लागू हों, उन सभी को चुनें।

- टेलीफोन कॉल  
 ईमेल  
 वीडियो कॉल (ज़ूम वगैरह)  
 मुझे नहीं पता

**मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के सफ़र का सर्वेक्षण: मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के साथ जीने का अनुभव**

8. क्या निदान के बाद फैमिली डॉक्टर ने नीचे दिए गए किसी सामुदायिक संसाधन का उल्लेख या परामर्श किया है?

कृपया जो भी लागू हों, उन सभी को चुनें।

- |                                                                                                                 |                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> स्थानीय अल्ज़ाइमर सोसाइटी                                                              | <input type="checkbox"/> फैमिली डॉक्टर ने कोई भी सामुदायिक संसाधनों के स्रोत का उल्लेख या परामर्श नहीं किया |
| <input type="checkbox"/> फ़र्स्ट लिंक                                                                           | <input type="checkbox"/> मुझे नहीं पता                                                                      |
| <input type="checkbox"/> स्थानीय सहायता एजेंसी (मील्स-ऑन-व्हील्स, परिवहन सेवाएं, वगैरह)                         |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> घर पर सहायता की सेवाएं (जैसे कि व्यक्तिगत देखभाल में सहायता)                           |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> अन्य (कृपया उन सामुदायिक संसाधनों के नाम नीचे लिखें या उनके बारे में कोई जानकारी दें): |                                                                                                             |

9. आपकी मनोभ्रंश (डिमेंशिया) की देखभाल के हिस्से के तौर पर क्या आप इनमें से किसी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के पास जाते हैं?

कृपया जो भी लागू हों, उन सभी को चुनें।

- |                                                                                                                                                             |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मेमरी क्लिनिक                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> समाज सेवक                                              |
| <input type="checkbox"/> खास डॉक्टर (बूढ़ों के डॉक्टर, न्यूरोलॉजिस्ट, मनोचिकित्सक वगैरह)                                                                    | <input type="checkbox"/> मुझे नहीं पता                                          |
| <input type="checkbox"/> नर्स                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> नहीं, मैं और किसी स्वास्थ्य सेवक के पास नहीं जाता/जाती |
| <input type="checkbox"/> अन्य (अलग तरह के स्पेशलिस्ट जैसे नैचुरोपैथ, होमीओपैथ, नूट्रिनिस्ट वगैरह):<br>(कृपया उन वैकल्पिक स्वास्थ्य प्रदाताओं को नीचे लिखें) |                                                                                 |

नीचे दिए गए प्रश्न फैमिली डॉक्टर द्वारा दी गई देखभाल के बारे में हैं।  
कोई व्यक्तिगत जानकारी न दें। कृपया आप जितना विवरण कर सकते हैं उतना करें।

10. क्या फैमिली डॉक्टर इनमें से किसी भी तरीके से मददगार रहे हैं?

कृपया जो भी लागू हों, उन सभी को चुनें।

- उनके निदान और मनोभ्रंश (डिमेंशिया) को समझाने में अपना समय दिया
- हमारे लगभग सभी सवालों के जवाब देने का प्रयास किया।
- मनोभ्रंश (डिमेंशिया) या उसकी देखभाल करने के बारे में जानकारी और मार्गदर्शन दिया
- इनमें से कोई भी नहीं।
- अन्य (कृपया विवरण करें कि फैमिली डॉक्टर कैसे मददगार रहे):

11. क्या फैमिली डॉक्टर ने इनमें से किसी भी तरीके से मदद करने में चूक गए?

कृपया जो भी लागू हों, उन सभी को चुनें।

- मनोभ्रंश (डिमेंशिया) या उसके निदान को ठीक तरीके से नहीं समझाया
- हमारे सवालों के जवाब देने या उन्हें ढूँढने में असमर्थ रहे।
- मनोभ्रंश (डिमेंशिया) या उसकी देखभाल के बारे में जानकारी या मार्गदर्शन नहीं दिया।
- इनमें से कोई भी नहीं।
- अन्य (कृपया विवरण करें कि फैमिली डॉक्टर ने कैसे मदद नहीं की)



**मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के सफ़र का सर्वेक्षण: मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के साथ जीने का अनुभव**

12. क्या फैमिली डॉक्टर ने आपके देखभालकर्ता पर ज़्यादा ध्यान देकर आपको कभी भी उपेक्षित या अनदेखा महसूस कराया है?

अगर आप चाहें तो किसी भी जवाब के लिए अपनी टिप्पणियाँ नीचे लिख सकते हैं।

- हाँ, फैमिली डॉक्टर ने ज़्यादातर मेरी देखभाल करने वाले व्यक्ति पर ध्यान दिया।
- नहीं, फैमिली डॉक्टर ने ज़्यादातर मुझसे बात की।

13. आपसे आपके मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के बारे में बात करते समय क्या फैमिली डॉक्टर आरामदायक रूप से और धैर्य के साथ बात कर रहे थे?

अगर आप चाहें तो किसी भी जवाब के लिए अपनी टिप्पणियाँ नीचे लिख सकते हैं।

- हाँ, फैमिली डॉक्टर ने हमेशा धीरज से और आरामदायक रूप से बात की है।
- नहीं, फैमिली डॉक्टर ने धीरज से और आरामदायक रूप से बात नहीं की।

मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के सफ़र का सर्वेक्षण: मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के साथ जीने का अनुभव

14. क्या फैमिली डॉक्टर ने आपकी नस्लीय, सांस्कृतिक और धार्मिक जरूरतों का मान रखा; दूसरी भाषाओं में अनुवाद या जानकारी दी?

अगर आप चाहें तो किसी भी जवाब के लिए अपनी टिप्पणियाँ नीचे लिख सकते हैं।

- हाँ, डॉक्टर की ऑफिस में सांस्कृतिक रूप से संवेदनशील होकर जानकारी दी गई
- नहीं, उन्होंने सांस्कृतिक रूप से संवेदनशील होकर जानकारी नहीं दी

15. फैमिली डॉक्टर के साथ हुए आपके किसी भी और अनुभव के बारे में कृपया टिप्पणियाँ दें।

16. क्या आप किसी व्यावसायिक चिकित्सक (ऑक्यूपेशनल थेरेपिस्ट) या फ़िज़ियोथेरेपिस्ट के पास जाते हो?

हाँ

► सवाल नंबर 22 पर जाएं

नहीं

► सवाल नंबर 27 पर जाएं

मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के सफ़र का सर्वेक्षण: मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के साथ जीने का अनुभव

17. कृपया हमें बताएं कि आपका कोई फैमिली डॉक्टर क्यों नहीं है।

- हमारा कभी कोई फैमिली डॉक्टर था ही नहीं
- हमारे फैमिली डॉक्टर की मृत्यु हो गई/वे रिटाइर हो गए/कहीं और रहने चले गए और हम नए डॉक्टर के पास नहीं गए
- हमारे समुदाय में फैमिली डॉक्टर उपलब्ध नहीं हैं
- हमें औपचारिक चिकित्सा प्रणाली या फॉर्मल मेडिकल सिस्टम के साथ दिक्कत है
- हम वॉक इन/ड्रॉप ऑफ क्लिनिक की सुविधा ज़्यादा पसंद करते हैं
- मुझे नहीं पता
- अन्य (कृपया नीचे समझाएं):

18. क्या आप अपने मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के लिए और किसी स्वास्थ्य प्रदाता के पास जाते हैं?

- हाँ ▶ सवाल नंबर 19 पर जाएं
- नहीं ▶ सवाल नंबर 27 पर जाएं
- मुझे नहीं पता ▶ सवाल नंबर 27 पर जाएं

19. आप अपने मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के लिए और किन स्वास्थ्य प्रदाताओं के पास जाते हैं?

कृपया जो भी लागू हों, उन सभी को चुनें।

- मेमरी क्लिनिक  मनोचिकित्सक
- बूढ़ों के डॉक्टर  नर्स
- न्यूरोलॉजिस्ट  समाज सेवक
- अन्य (वैकल्पिक विशेषज्ञ जैसे प्राकृतिक चिकित्सक, होमीओपैथ, न्यूट्रिशनिस्ट वगैरह)  
(कृपया अन्य स्वास्थ्य प्रदाताओं को नीचे लिखें)

20. अपने फैमिली डॉक्टर को छोड़कर आप इस स्वास्थ्य प्रदाता के पास क्यों जाते हैं?

- मैं अपने फैमिली डॉक्टर को पसंद नहीं करता/करती
- मैं अपने फैमिली डॉक्टर पर भरोसा नहीं करता/करती
- उस अन्य स्वास्थ्य प्रदाता की मुझे सिफारिश दी गई थी।
- उस अन्य स्वास्थ्य प्रदाता ने ज़्यादा उपयोगी जानकारी दी
- फैमिली डॉक्टर के पास मनोभ्रंश (डिमेंशिया) या उसकी देखभाल का पर्याप्त ज्ञान नहीं है
- अन्य (कृपया नीचे समझाएं):

21. क्या आप किसी ऑक्यूपेशनल थेरेपिस्ट या फ़िज़िओथेरेपिस्ट के पास जाते हैं?

- हाँ ▶ सवाल नंबर 22 पर जाएं
- नहीं ▶ सवाल नंबर 27 पर जाएं

22. आप अपने ऑक्यूपेशनल/फ़िज़िओथेरपिस्ट से कितनी बार मिलते हैं?

- |                                                |                                                  |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> तीन महीनों में एक बार | <input type="checkbox"/> साल में एक बार से भी कम |
| <input type="checkbox"/> छह महीनों में एक बार  | <input type="checkbox"/> मुझे नहीं पता           |
| <input type="checkbox"/> साल में एक बार        |                                                  |

23. क्या उस ऑक्यूपेशनल/फ़िज़िओथेरपिस्ट ने आपके मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के लिए थेरपी का प्रस्ताव रखा है?

- |                               |                                        |
|-------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> हाँ  | <input type="checkbox"/> मुझे नहीं पता |
| <input type="checkbox"/> नहीं |                                        |

24. अगर मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के निदान से पहले आप उस ऑक्यूपेशनल/फ़िज़िओथेरपिस्ट के पास जाते थे, तो क्या उन्होंने मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के शुरुआती लक्षणों की पहचान की थी?

- |                                        |                                                                          |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> हाँ           | <input type="checkbox"/> निदान के पहले में इनके पास नहीं जाता था/जाती थी |
| <input type="checkbox"/> नहीं          |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> मुझे नहीं पता |                                                                          |

25. क्या ऑक्यूपेशनल/फ़िज़िओथेरपिस्ट ने इनमें से किसी चीज़ में आपकी मदद की है?

कृपया जो भी लागू हों, उन सभी को चुनें।

- शारीरिक रूप से सक्रिय/आत्मनिर्भर बनने में आपका सहयोग दिया है।
- दर्द से बचने के लिए बैठने के तरीके सिखाने में मदद की है।
- शारीरिक या रोज़ की गतिविधियों से होनेवाले दर्द का इलाज किया है।
- गिरने के जोखिम को कम करने के लिए संतुलन/ताकत बढ़ाने की कसरतें सीखने का प्रस्ताव रखा।
- घरेलू कामों के कारण होनेवाले तनाव को कम किया है।
- इनमें से किसी भी काम में उन्होंने कोई मदद नहीं की।
- अन्य (कृपया इसका विवरण करें या नीचे टिप्पणी दें):

26. क्या वे ऑक्यूपेशनल/फ़िज़िओथेरपिस्ट डिमेंशिया की देखभाल करण में फैमिली डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य प्रदाता के मुकाबले ज़्यादा उपयोगी रहे हैं?

- |                               |                               |                                    |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> हाँ। | <input type="checkbox"/> नहीं | <input type="checkbox"/> नहीं पता। |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|

► सवाल नंबर 27 पर जाएं

## जनसांख्यिकीय विवरण

27. कृपया अपनी उम्र की श्रेणी चुनें

- |                                   |                                  |                                        |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 30 से कम | <input type="checkbox"/> 50 - 59 | <input type="checkbox"/> 80 - 84       |
| <input type="checkbox"/> 30 - 39  | <input type="checkbox"/> 60 - 69 | <input type="checkbox"/> 85 से ज़्यादा |
| <input type="checkbox"/> 40 - 49  | <input type="checkbox"/> 70 - 74 |                                        |
|                                   | <input type="checkbox"/> 75 - 79 |                                        |

28. आपका लिंग क्या है?

- |                                |                                                 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> महिला | <input type="checkbox"/> अन्य                   |
| <input type="checkbox"/> पुरुष | <input type="checkbox"/> नहीं बताना चाहता/चाहती |

29. आपकी जातीय पृष्ठभूमि क्या है?

- |                                                                                 |                                                                         |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> अफ्रीकी                                                | <input type="checkbox"/> इंडिजीनस                                       | <input type="checkbox"/> प्रशांत महासागर द्वीप वासी |
| <input type="checkbox"/> ब्लैक (काले)                                           | <input type="checkbox"/> इनित (ग्रीनलैंड, कनाडा, अलास्का की मूल के लोग) | <input type="checkbox"/> दक्षिण एशियाई              |
| <input type="checkbox"/> करीबियाई                                               | <input type="checkbox"/> लैटिन                                          | <input type="checkbox"/> दक्षिण-पूर्व एशियाई        |
| <input type="checkbox"/> पूर्व एशियाई                                           | <input type="checkbox"/> मेटिस                                          | <input type="checkbox"/> गोरे                       |
| <input type="checkbox"/> फर्स्ट नेशंस                                           | <input type="checkbox"/> मध्य पूर्वी                                    | <input type="checkbox"/> नहीं बताना चाहूँगा/चाहूँगी |
| <input type="checkbox"/> अन्य/मिश्रित: कृपया अपनी जातीय पृष्ठभूमि का विवरण करें |                                                                         |                                                     |

30. आप किस प्रांत में रहते हैं?

- |                                            |                                               |                                               |                                    |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> अल्बर्टा          | <input type="checkbox"/> न्यू ब्रन्सविक       | <input type="checkbox"/> नूनवुत               | <input type="checkbox"/> क्यूबेक   |
| <input type="checkbox"/> ब्रिटिश कोलम्बिया | <input type="checkbox"/> न्यूफाउंडलैंड        | <input type="checkbox"/> ओंटेरिओ              | <input type="checkbox"/> सस्केचवान |
| <input type="checkbox"/> मनिटोबा           | <input type="checkbox"/> नॉर्थवैस्ट टेरिटरीज़ | <input type="checkbox"/> प्रिंस एडवर्ड आइलैंड | <input type="checkbox"/> यूकॉन     |

31. आप जिस समुदाय में रहते हैं, कृपया उस चुनें:

- |                                                                      |                                                                   |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> बड़ी आबादी (100,000 से ज़्यादा लोग)         | <input type="checkbox"/> छोटी आबादी (1,000 से लेकर 30,000 तक लोग) | <input type="checkbox"/> मुझे पक्का मालूम नहीं है |
| <input type="checkbox"/> मध्यम आबादी (30,000 से लेकर 100,000 तक लोग) | <input type="checkbox"/> देहाती आबादी (1,000 से कम लोग)           |                                                   |

## हमारा सर्वेक्षण पूरा करने के लिए धन्यवाद!

आपका समय देने के लिए हम आपके दिल से आभारी हैं। आपका समर्थन मनोभ्रंश (डिमेंशिया) से पीड़ित लोगों और उनके फैमिली डॉक्टर के बीच के संबंधों में सकारात्मक और ज़रूरी बदलाव लाने में मदद करेगा। अगर आप अधिक जानकारी और समर्थन चाहते हैं, तो आप 1-800-879-4226 पर कॉल करके अपनी स्थानीय अल्ज़ाइमर सोसायटी का पता लगा सकते हैं।

## अल्ज़ाइमर सोसाइटी के पक्षसमर्थन के काम में जुड़ें

मनोभ्रंश (डिमेंशिया) से पीड़ित लोगों या उनकी देखभाल करने वाले लोगों के विचार और अनुभव अल्ज़ाइमर सोसायटी के काम और दिशा के लिए महत्वपूर्ण हैं। अगर आप हमारे इसकी वकालत के काम का समर्थन करना चाहते हैं, तो यह सुनिश्चित करने के लिए कि हम जो कुछ भी करते हैं वह मनोभ्रंश (डिमेंशिया) से पीड़ित लोगों, उनके परिवारों और देखभाल करने वालों पर केंद्रित हैं, तो आप कई तरीकों से इसमें शामिल हो सकते हैं:

- हमारी रणनीति की दिशा पर सलाह देने के लिए मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के साथ रहने वाले लोगों के अल्ज़ाइमर सोसायटी सलाहकार समूह में शामिल हों
- यह सुनिश्चित करने के लिए कि वे आपके अनुभव/अनुभवों से मिलते हैं, हमारी शैक्षिक सामग्री की समीक्षा करने में सहायता करें
- वर्तमान अनुसंधान (रिसर्च) के बारे में समीक्षा करने और उसे समझने के द्वारा, हमारे अनुसंधान कार्यक्रम (रिसर्च प्रोग्राम) में शामिल हों
- हमारी संचार पहल के लिए एक प्रवक्ता बनें ताकि हम देश भर में (डिमेंशिया) मनोभ्रंश पर लगे कलंक को मिटा सकें
- अल्ज़ाइमर सोसाइटी और मनोभ्रंश (डिमेंशिया) की देखभाल के लिए एक संघीय स्तर पर वकालत करें

अगर आप शामिल होना चाहते हैं, तो हमें संपर्क करके बताएं:

- [research@alzheimer.ca](mailto:research@alzheimer.ca)
- 1-800-616-8816 ext. 2969

आपके सहयोग के लिए धन्यवाद!