

Questionario di autovalutazione per caregiver

Come sta?

I caregiver (le persone che assistono un parente malato) sono spesso così concentrati sul prendersi in carico dei bisogni del loro familiare che perdono di vista il proprio benessere. Dedichi per favore un po' di tempo per rispondere alle seguenti domande. Una volta risposto a tutte le domande, guardi il retro del foglio per procedere alla valutazione.

Durante la settimana passata (giorno più o giorno meno) io.....

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ho avuto difficoltà a concentrarmi su ciò che stavo facendo | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ho sentito che non avrei potuto lasciare il mio familiare solo | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ho avuto difficoltà a prendere decisioni | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 4. mi sono sentito/a sopraffatto/a | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 5. mi sono sentito/a utile e indispensabile | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 6. mi sono sentito/a solo/a | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ho provato angoscia nel rendermi conto che il mio familiare è cambiato molto rispetto a come era | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ho sentito la mancanza di privacy, di tempo da dedicare a me stesso/a | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 9. sono stato/a irritabile e nervoso/a | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 10. ho avuto problemi a dormire perché dovevo prendermi cura del mio familiare | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 11. ho avuto crisi di pianto | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 12. mi sono sentito/a schiacciato/a tra lavoro e responsabilità familiari | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 13. ho avuto mal di schiena | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 14. sono stato/a male (mal di testa, problemi di stomaco, raffreddore) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 15. sono stato/a soddisfatto/a del supporto datomi dalla famiglia | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |
| 16. mi sono reso/a conto che le condizioni di vita del mio familiare non erano funzionali o erano un ostacolo al percorso di cura. | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> No |

17. Su una scala da 1 a 10 (1= non stressante e 10=molto stressante) dia un valore al suo attuale livello di stress.

18. Su una scala da 1 a 10 (1= molto buono e 10=molto cattivo) dia un valore al suo attuale stato di salute in confronto a quello dello scorso anno, stesso periodo.

EVENTUALI OSSERVAZIONI

AUTOVALUTAZIONE

Per determinare il suo punteggio:

invertire le risposte alle domande 5 e 15 (per es. una risposta NO deve essere considerata SI e viceversa);

contare il numero di risposte SI: _____

Per interpretare il punteggio:

Il livello di angoscia/ansia che sta sperimentando è alto se le sue risposte corrispondono a una o più delle possibilità sotto riportate:

ha risposto SI a una o entrambe le domande 4 e 11,

il totale dei SI è superiore a 6,

il punteggio della domanda 17 è superiore a 6,

il punteggio della domanda 18 è superiore a 6.

Cosa fare? Prendere in considerazione le seguenti possibilità:

consultare un medico per un check up;

cercare di interrompere la responsabilità dell'assistenza per qualche tempo (chiedere al medico o a un assistente sociale quali sono le risorse disponibili nella propria comunità);

aderire a un gruppo di sostegno.

////////////////////////////////////

RISORSE PER CAREGIVER

(Spazio riservato all'inserimento degli indirizzi di servizi di supporto per caregiver disponibili sul territorio).



©2015 Health in Aging Foundation



©2015 Health in Aging Foundation



©2015 Health in Aging Foundation