**ALLEGATO E**

**ZARIT BURDEN INTERVIEW**

Le domande che seguono riflettono come una persona si sente, a volte, quando si prende cura di un’altra persona in condizioni di malattia o disabilità.

Dopo ogni domanda faccia una croce sulla risposta che descrive nel modo migliore quanto frequentemente Lei si sente in quel modo. Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

La ringraziamo anticipatamente per la Sua collaborazione e le ricordiamo che è importante che Lei cerchi di rispondere a tutte le domande.

Nome: Cognome: Familiare di:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mai** | **Raramente** | **Qualche volta** | **Spesso** | **Quasi sempre** |
| 1. Ritiene che il suo familiare le chieda un aiuto maggiore rispetto a quello dicui ha bisogno? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ritiene di non avere abbastanza tempo per se stesso a causa del tempo impegnato nella cura del suofamiliare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Si sente stressato dall’avere cura del suo familiare e dal cercare di far fronte alle altre responsabilità verso la suafamiglia o verso il lavoro? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Si sente in imbarazzo per il comportamento del suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Si sente arrabbiato quando è con il suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Ritiene che il suo familiare influisca attualmente in maniera negativa sul suo rapporto con gli altri membri dellafamiglia o con gli amici? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Teme ciò che il futuro riserva al suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sente che il suo familiare è dipendente da lei? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Si sente affaticato quando sta dietro al suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Ritiene che la sua salute abbia risentito del prendersi cura del suofamiliare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Ritiene di non avere l’intimità e laprivacy che vorrebbe a causa del suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Ritiene che la sua vita sociale abbia risentito dal prendersi cura del suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Si sente a disagio ad invitare a casa gli amici a causa del suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mai** | **Raramente** | **Qualche volta** | **Spesso** | **Quasi sempre** |
| 14. Ritiene che il suo familiare si aspetti da lei che lei se ne prenda cura come se fosse l’unica persona da cui lui puòdipendere? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sente di non avere abbastanza denaro per prendersi cura del suo familiare oltre alle sue spesepersonali? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Pensa di non farcela a prendersicura del suo familiare ancora per molto tempo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Pensa di non essere stato più padrone della sua vita dal momento in cui il suo familiaresi è ammalato? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Desidererebbe affidare la cura del suo familiare a qualcunaltro? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Si sente insicuro su cosa fare per il suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sente che dovrebbe fare di piùper il suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Crede che potrebbe fare dimeglio nella cura del suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Infine quanto si sentesovraccaricato dall’avere cura del suo familiare? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Data

Firma del Caregiver