

## Studio "Intensiva 2.0" - Scheda B - fase POST

Il ricovero in Terapia Intensiva costituisce un momento di grande difficoltà anche per i familiari, che si trovano ad affrontare forti emozioni ed un luogo sconosciuto. In queste condizioni, è difficile comprendere quello che sta accadendo al proprio caro. E' normale che la fatica emotiva che ne deriva determini purtroppo uno stress molto forte.

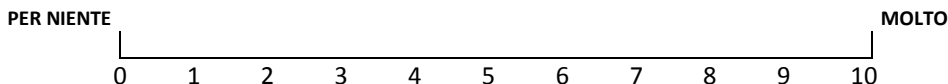
Le chiediamo di completare il seguente questionario, in quanto siamo interessati a comprendere quali sono le principali difficoltà che i familiari possono incontrare durante il ricovero di un loro caro in Terapia Intensiva. Grazie alle sue risposte cercheremo di aiutare più efficacemente tutte le persone che, come lei, si trovano coinvolte in questa situazione, migliorando la comprensione di ciò che sta accadendo ed il vissuto emotivo che ne consegue.

Grazie per il suo aiuto.

### RIGUARDO ALLE INFORMAZIONI RICEVUTE:

Complessivamente, quanto ritiene di aver compreso il **vero significato** delle informazioni che Le sono state date?

(Metta una riga verticale sulla linea in corrispondenza del livello di comprensione)



### RIGUARDO AL RICOVERO DEL MIO CARO:

Ho capito quali sono gli organi principalmente interessati dalla malattia?  NO  SI

Se SI, quali? Cuore  NO  SI Addome  NO  SI  
 Polmoni  NO  SI Ossa  NO  SI  
 Cervello  NO  SI Reni  NO  SI

Ho capito le previsioni sulla guarigione dalla malattia?  NO  SI

Se SI, come sono?  Buone  Non buone

Ho capito quale trattamento viene effettuato?  NO  SI

Se SI, quali? Ventilazione  NO  SI Trasfusioni  NO  SI  
 Chirurgia  NO  SI Dialisi  NO  SI  
 Antibiotici  NO  SI Drenaggio  NO  SI  
 Sedazione  NO  SI

### RIGUARDO ALLA MIA SITUAZIONE ATTUALE:

Mi sento teso o irritato	<input type="checkbox"/> Quasi sempre	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Mai
Continuo ad apprezzare le cose che mi sono sempre piaciute	<input type="checkbox"/> Come prima	<input type="checkbox"/> Non del tutto	<input type="checkbox"/> In parte	<input type="checkbox"/> Quasi per niente
Ho paura, come se stesse succedendo qualcosa di brutto	<input type="checkbox"/> Decisamente spesso	<input type="checkbox"/> Molte volte	<input type="checkbox"/> Solo a volte	<input type="checkbox"/> Quasi per niente
Riesco a ridere e vedere il lato divertente delle cose	<input type="checkbox"/> Come facevo prima	<input type="checkbox"/> Meno di prima	<input type="checkbox"/> Molto di rado	<input type="checkbox"/> Quasi mai
Ho in testa pensieri preoccupanti	<input type="checkbox"/> Quasi sempre	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Mai
Mi sento allegro	<input type="checkbox"/> Per niente	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Molto spesso
Riesco a sedermi tranquillo e a sentirmi rilassato	<input type="checkbox"/> Quasi sempre	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Mai
Mi sento come se fossi rallentato	<input type="checkbox"/> Quasi sempre	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Mai
Ho paura, come se avessi delle farfalle nella pancia	<input type="checkbox"/> Per niente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Molto spesso
Ho perso interesse nel mio aspetto	<input type="checkbox"/> Decisamente	<input type="checkbox"/> Me ne curo un po' meno di prima	<input type="checkbox"/> Me ne curo meno di prima	<input type="checkbox"/> Me ne curo come prima
Mi sento irrequieto, non riesco a stare fermo	<input type="checkbox"/> Quasi sempre	<input type="checkbox"/> Talvolta	<input type="checkbox"/> Non tanto	<input type="checkbox"/> Per niente
Ho aspettative positive per il futuro	<input type="checkbox"/> Come prima	<input type="checkbox"/> Meno di prima	<input type="checkbox"/> Molto meno di prima	<input type="checkbox"/> Quasi per niente
Avverto sensazione di panico	<input type="checkbox"/> Quasi sempre	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Mai
Riesco a godermi un libro, la radio o un programma alla TV	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Mai

Continua dietro



## DOPO IL RICOVERO DEL MIO CARO IN TERAPIA INTENSIVA:

Ho evitato luoghi, persone o attività che potessero in qualche modo ricordarmi questa esperienza

NO	SI
----	----

Ho perso interesse per attività che prima dell'evento consideravo importanti o piacevoli

NO	SI
----	----

Ho cominciato a sentirmi maggiormente isolato o distante dalle altre persone

NO	SI
----	----

Ho avuto difficoltà ad esprimere affetto nei confronti delle altre persone

NO	SI
----	----

Ho cominciato ad aver difficoltà nel pensare al mio futuro

NO	SI
----	----

Ho avuto difficoltà ad addormentarmi o a mantenere il sonno

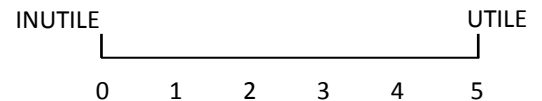
NO	SI
----	----

Mi allarmo o mi spavento più facilmente a causa di rumori o movimenti

NO	SI
----	----

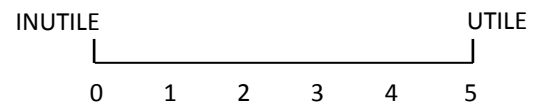
Ha letto il **libretto** "Conoscere la Terapia Intensiva"?  NO  SI

Se sì, quanto Le è sembrato utile? *Metta una riga verticale*



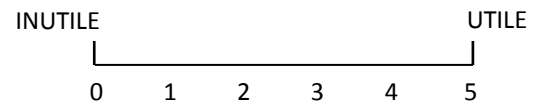
Ha visto i **manifesti** e le **locandine** "Intensiva.it"?  NO  SI

Se sì, quanto Le sono sembrati utili? *Metta una riga verticale*



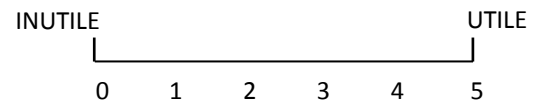
Ha ricevuto una **email** da "www.intensiva.it"?  NO  SI

Se sì, quanto Le è sembrata utile? *Metta una riga verticale*



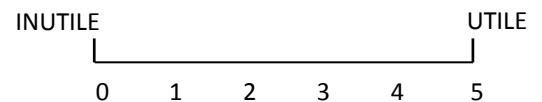
Ha visitato il **sito internet** "www.intensiva.it"?  NO  SI

Se sì, quanto Le è sembrato utile? *Metta una riga verticale*



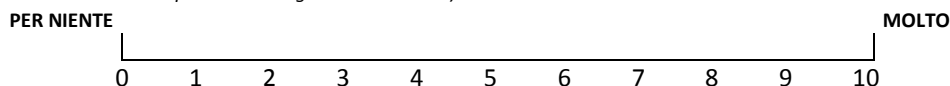
Ha sentito **musica** in sala d'attesa e in reparto?  NO  SI

Se sì, quanto Le è sembrata utile? *Metta una riga verticale*



Complessivamente, **ha riscontrato interesse da parte degli operatori** (medici, infermieri) nei confronti del suo familiare ricoverato qui?

(Metta una riga verticale sulla linea in corrispondenza del grado di interesse)



Quale è il suo grado di scolarità:  Elementare/media  Superiore  Università

Possiede uno smartphone o un tablet?  NO  SI Usa l'email personale almeno 1 v/settimana  NO  SI

Con quale tipo di frequenza naviga su internet?  1 v/giorno o più  Almeno 1 v/settimana  Meno di 1 v/settimana  Mai

Che lavoro fa?  dipendente  dirigente  libero profess.  casalinga studente  disoccupato (in età lav.)  pensionato  altro Ha parenti che lavorano nella sanità?  NO  SI

Ha qualche credo religioso?  NO  SI Se sì, quale?  cristiano cattolico  cristiano protestante  cristiano ortodosso  test. Geova  musulmano  ebreo  buddista  indu  altro

Le sono capitati altri eventi traumatici negli ultimi 6 mesi (aggressioni violente, terremoti, attentati, incidenti)?  NO  SI

Grazie per averci aiutato compilando questo questionario. La ricontatteremo fra 6 mesi.

Il gruppo di studio Intensiva 2.0