**CAREGIVER CONTRIBUTIONS TO SELF-CARE OF CORONARY HEART DISEASE INVENTORY**

**(CC-SC-CHDI)**

*Tutte le risposte sono confidenziali*

**SEZIONE A:**

La preghiamo di rispondere alle domande che seguono che hanno lo scopo di conoscere quello che lei fa per la persona con malattia cardiaca. **Risponda con sincerità, non ci sono risposte giuste o sbagliate.** Con che frequenza lei **raccomanda alla persona che assiste** quanto segue?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mai o Raramente** |  | **Qualche volta** |  | **Sempre o tutti i giorni** |
| 1. Rispettare gli appuntamenti col medico o con l'infermiere? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Prendere l'aspirina o altri farmaci che rendono il sangue più fluido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Fare qualcosa per alleviare lo stress (ad es. meditazione, yoga, ascoltare la musica)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Fare attività fisica (ad es. fare una camminata veloce o utilizzare le scale )? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Prendere i farmaci prescritti senza saltare una dose? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Chiedere cibi con pochi grassi quando mangia fuori casa o da amici? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Cercare di evitare di ammalarsi (ad es. fare la vaccinazione per l’influenza o lavarsi le mani)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mangiare frutta e verdura? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Evitare il fumo di sigaretta e/o di stare vicino a chi sta fumando? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Sezione B:**

Qui sotto sono elencate delle cose che le persone con malattia cardiaca in genere tengono sotto controllo. Quanto spesso **lei raccomanda alla persona che assiste quanto segue oppure se ne occupa lei** in quanto la persona che assiste non è in grado di farlo? (fare **un** cerchio su un numero)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mai o Raramente** |  | **Qualche volta** |  | **Sempre o tutti i giorni** |
| 1. Monitorare le condizioni di salute? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Fare attenzione ai cambiamenti di come ci si sente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Controllare la pressione arteriosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Controllare se ci si stanca più del solito nel fare le normali attività? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Controllare gli effetti collaterali dei farmaci? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Controllare i sintomi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Controllare il peso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**RICONOSCIMENTO DEI SINTOMI:**

##### Molte persone con malattie di cuore hanno sintomi quali *dolore al torace, pressione al torace, bruciore, pesantezza, respiro corto e affaticamento.* L’ultima volta che la persona che assiste ha avuto questi sintomi …

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Non ha avuto sintomi** | **No li ho riconosciuti** | **Non rapidamente** | **Abbastanza**  **rapidamente** | | | **Molto rapidamente** |
| 1. … quanto velocemente lei li ha riconosciuti come sintomi dovuti al cuore? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SEZIONE C:**

Qui sotto sono riportati dei comportamenti che le persone con malattia cardiaca mettono in atto. **Quando la persona che assiste ha sintomi, con che probabilità lei le raccomanda quanto segue o mette in atto uno dei seguenti comportamenti?** (fare un cerchio su **un** numero per ogni comportamento)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Non probabile** |  | **Abbastanza probabile** |  | **Molto probabile** |
| 1. Cambiare il livello di attività (rallentare, riposarsi) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Prendere un’aspirina | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Prendere un farmaco per alleviare o per far passare i sintomi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Chiamare il medico o l'infermiere per chiedere cosa fare | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Parlare dei suoi sintomi al medico o infermiere alla prossima visita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### Pensi a quello che ha fatto l’ultima volta che la persona che assiste ha avuto sintomi a causa della malattia cardiaca.

##### (circle **one** number)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Non ho fatto nulla** | **Non sono sicuro** |  | **Sono abbastanza sicuro** |  | **Sono molto socuro** |
| 1. Il trattamento messo in atto ha fatto sentire meglio la persona che assiste? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

© Copyright held by Dr. Barbara Riegel