

## SCALA DEL SELF CARE

### SEZIONE A

Di seguito sono elencati comuni comportamenti che le persone possono attuare.

**Quanto spesso o abitualmente mette in pratica i seguenti comportamenti?**

	MAI		A VOLTE		SEMPRE
1. Cercare di dormire abbastanza?	1	2	3	4	5
2. Cercare di evitare di ammalarsi (ad es. vaccinandosi per l'influenza, lavandosi le mani)?	1	2	3	4	5
3. Fare attività fisica (ad es. fare una camminata a passo spedito, usare le scale)?	1	2	3	4	5
4. Seguire una dieta varia e bilanciata?	1	2	3	4	5
5. Vedere professionisti sanitari per l'assistenza di routine (ad es. controlli di routine, dentistici, ginecologici)?	1	2	3	4	5
6. Quando/se prescritti, prendere i farmaci prescritti senza saltare una dose?	1	2	3	4	5
7. Fare qualcosa per ridurre lo stress (ad es. meditazione, fare yoga, ascoltare musica)?	1	2	3	4	5
8. Evitare il fumo di sigaretta (sia attivo sia passivo)?	1	2	3	4	5

### SEZIONE B

Di seguito sono elencate le cose comuni che le persone controllano.

**Quanto spesso o abitualmente mette in pratica i seguenti comportamenti?**

	MAI		A VOLTE		SEMPRE
9. Controllare il suo stato di salute	1	2	3	4	5
10. Quando/se prescritti, controllare se compaiono degli effetti collaterali dei farmaci che assume	1	2	3	4	5
11. Prestare attenzione ai cambiamenti di come si sente	1	2	3	4	5
12. Controllare se si stanca più del solito nel fare le normali attività	1	2	3	4	5
13. Controllare se compaiono sintomi	1	2	3	4	5

**Pensi all'ultima volta che ha avuto un sintomo. Questo può essere un sintomo di qualsiasi natura: un raffreddore, una notte insonne, una malattia. Può anche essere una reazione a un farmaco assunto.**

14. Quanto velocemente lo ha riconosciuto come un sintomo di una malattia, di un problema di salute o di un effetto collaterale di un farmaco? (cerchiare un solo numero)

NON LI HO RICONOSCIUTI	NON VELOCEMENTE	2	ABBASTANZA IN FRETTA	4	MOLTO VELOCEMENTE
0	1		3		5

### SEZIONE C

Di seguito sono elencati i comportamenti che le persone usano per controllare i loro sintomi.

**Quando ha sintomi, quanto è probabile che lei metta in atto uno di questi comportamenti?**

	NON È PROBABILE	2	ABBASTANZA PROBABILE	4	MOLTO PROBABILE
15. Cambiare ciò che mangia o beve per far diminuire o scomparire il sintomo?	1		3		5
16. Modificare il livello di attività (ad es. ridurlo, riposarsi)?	1	2	3	4	5
17. Prendere un farmaco per far diminuire o far scomparire il sintomo?	1	2	3	4	5
18. Parlare ad un professionista sanitario del sintomo al prossimo controllo?	1	2	3	4	5
19. Chiamare un professionista sanitario per avere dei consigli?	1	2	3	4	5

20. Pensi alle cose che ha fatto l'ultima volta che ha avuto un sintomo:

**Le cose che ha fatto, l'hanno fatta sentire meglio?** (cerchiare un solo numero)

NON HO FATTO NULLA	NON SONO SICURO	2	ABBASTANZA SICURO	4	MOLTO SICURO
0	1		3		5

## SCALA DELLA SELF-CARE SELF-EFFICACY

In generale, quanto si sente fiducioso di poter:

	PER NIEN TE FIDUCIOSO		ABBASTANZA FIDUCIOSO		MOLTO FIDUCIOSO
1. Mantenersi stabile e senza sintomi?	1	2	3	4	5
2. Seguire i trattamenti, se e quando le vengono prescritti?	1	2	3	4	5
3. Persistere nel seguire i trattamenti, se e quando le vengono prescritti, anche se difficile?	1	2	3	4	5
4. Tenere routinariamente sotto controllo il suo stato di salute?	1	2	3	4	5
5. Persistere nel tenere sotto controllo il suo stato di salute anche quando è difficoltoso?	1	2	3	4	5
6. Riconoscere i cambiamenti nella sua salute quando si verificano?	1	2	3	4	5
7. Valutare l'importanza dei sintomi?	1	2	3	4	5
8. Fare qualcosa per alleviare i sintomi?	1	2	3	4	5
9. Persistere nel trovare un rimedio per i suoi sintomi anche quando è difficile?	1	2	3	4	5
10. Valutare se un rimedio funziona?	1	2	3	4	5