

Belastningsskala – pårørende

Relatives' Stress Scale (RSS). Greene JG, 1982. Til norsk ved K. Engedal.

Pasientens navn: _____ Dato for samtale: _____

Pårørendes navn: _____ Slektskap: _____

Utfylt av: _____

SVARALTERNATIV

- 0 Aldri / ingen
- 1 Sjelden / litt
- 2 Av og til / moderat
- 3 Ofte / ganske mye
- 4 Alltid / svært mye

	0	1	2	3	4
1. Føler du noen gang at du ikke lenger kan håndtere situasjonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Føler du noen gang at du trenger en pause / et avbrekk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bli du noen gang deprimert av situasjonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Går situasjonen på noen måte ut over din egen helse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Er du redd for at det kan skje en ulykke med ham/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Føler du noen gang at det ikke finnes noen løsning på vanskelighetene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Er det vanskelig for deg å dra på ferie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hvor mye er ditt sosiale liv blitt påvirket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hvor mye er rutiner i hjemmet ditt blitt forandret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Er søvnen din forstyrret pga. ham/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Er din levestandard blitt redusert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Føler du deg noen gang flau over ham/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hender det at du er forhindret fra å ha gjester hjemme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bli du noen gang sint og sur på ham/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bli du noen gang frustrert (oppgitt) over ham/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sum skår (min 0 maks 60)