

Allegato E

QUESTIONARIO PER UTENZA SETTING A/RIANIMAZIONE E SETTING B/U.T.I.C.

Sesso: M ☐ F ☐ Età: _____

Titolo di studio:

- ☐ licenza elementare ☐ licenza scuola media inferiore
- ☐ diploma scuola media superiore ☐ diploma universitario/laurea

Professione: _____

Dopo aver letto il seguente elenco si prega gentilmente di indicare solamente le cinque voci ritenute prioritarie, apponendo il numero 1, 2, 3, 4, 5 nel rettangolino relativo alla scelta.

- | | |
|---|--------------------------|
| 1) Avere letto e cuscino scomodi | <input type="checkbox"/> |
| 2) Essere sottoposto a frequenti misurazioni dei parametri vitali e/o ad esami emato- fisici | <input type="checkbox"/> |
| 3) Percepire che l'infermiere è preoccupato per lo stato di salute della persona | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avere preoccupazioni relative alla sfera affettiva/sexuale | <input type="checkbox"/> |
| 5) Trovarsi in un ambiente troppo caldo o troppo freddo | <input type="checkbox"/> |
| 6) Essere nudi e non avere privacy | <input type="checkbox"/> |
| 7) Avvertire la presenza di persone che parlano intorno al letto | <input type="checkbox"/> |
| 8) Non essere certi di aver ben compreso le spiegazioni circa il proprio stato di salute ed i trattamenti ricevuti ed avere strani "macchinari" intorno | <input type="checkbox"/> |
| 9) Sentire la mancanza dei propri familiari | <input type="checkbox"/> |
| 10) Sentire dolore | <input type="checkbox"/> |
| 11) Percepire la costante presenza di infermieri che svolgono attività intorno al proprio letto | <input type="checkbox"/> |
| 12) Percepire la presenza di troppa luce anche di notte e non riuscire a dormire | <input type="checkbox"/> |
| 13) Avvertire cattivi odori intorno | <input type="checkbox"/> |
| 14) Avere paura del futuro e/o paura di morire | <input type="checkbox"/> |
| 15) Avere sete | <input type="checkbox"/> |