



Datum	Angehörige/Angehöriger	Berater/Beraterin	Kennnummer/Fallnummer
-------	------------------------	-------------------	-----------------------

Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE)

- für den Einsatz in der professionellen Beratung -

Liebe pflegende Angehörige, lieber pflegender Angehöriger,

die Pflege verändert den Alltag. Dabei wirkt sich diese Aufgabe unterschiedlich auf pflegende Angehörige aus. Manche erholen sich schnell von den damit verbundenen Anforderungen. Andere sind gefährdet, körperlich oder psychisch zu erkranken. Das hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dazu gehören insbesondere die eigene Widerstandsfähigkeit (Resilienz) sowie die Belastungen durch die Pflege.

Ziel dieses Fragebogens ist es, das Verhältnis dieser Faktoren einzuschätzen. Anhand Ihrer Angaben können wir die Beratung daraufhin besser auf Ihre derzeitige Situation abstimmen.

Beziehen Sie sich bitte auf die vergangenen vier Wochen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Angaben zu meiner Person

Alter	Jahre	
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> divers
	<input type="radio"/> männlich	
Verhältnis zur pflegebedürftigen Person (Ich bin deren ...)	<input type="radio"/> Partner/Partnerin	<input type="radio"/> Kind
	<input type="radio"/> Elternteil	<input type="radio"/> anderes:
Wohnsituation	<input type="radio"/> mit der pflegebedürftigen Person	<input type="radio"/> allein
	<input type="radio"/> mit eigener Familie, Partnerschaft	<input type="radio"/> anderes:
höchster Schulabschluss	<input type="radio"/> (Fach-)Abitur	<input type="radio"/> in Schulausbildung
	<input type="radio"/> Realschule	<input type="radio"/> kein Abschluss
	<input type="radio"/> Volksschule/Hauptschule	
Erwerbstätigkeit	<input type="radio"/> in Rente/Pension	<input type="radio"/> in Ausbildung/Studium
	<input type="radio"/> in Vollzeit beschäftigt	<input type="radio"/> nicht erwerbstätig
	<input type="radio"/> in Teilzeit beschäftigt	





Beginn der Pflege (Ich pflege seit ...)	Wochen/Monaten/Jahren
Zeitaufwand für die Pflege (Ich pflege ...)	Stunden pro Woche
Unterstützung bei der Pflege	<input type="radio"/> keine Unterstützung <input type="radio"/> mit Unterstützung von Verwandten, Bekannten, Nachbarschaft <input type="radio"/> mit professioneller Unterstützung <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ambulanter Pflegedienst<input type="radio"/> stundenweise Betreuung<input type="radio"/> Tages- oder Nachtpflege<input type="radio"/> 24-Stunden-Pflege<input type="radio"/> Betreutes Wohnen<input type="radio"/> Senioren-/Pflege-WG<input type="radio"/> Pflegeheim<input type="radio"/> anderes:

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Alter	Jahre	
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> divers <input type="radio"/> männlich
Erkrankungen, Einschränkungen	<input type="radio"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung, z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall <input type="radio"/> körperliche, chronische Erkrankung, z.B. Rheuma, Arthrose <input type="radio"/> psychische/neurologische Erkrankung, z.B. Demenz, Parkinson, Depression <input type="radio"/> andere:	
Unterstützungsbedarf	<input type="radio"/> Bewegung <input type="radio"/> Kommunikation und geistige Fähigkeiten, z.B. Gedächtnis, Verstehen <input type="radio"/> psychische Probleme, z.B. Traurigkeit, Aggressivität, Unruhe <input type="radio"/> Selbstversorgung, z.B. Waschen, Anziehen, Haushalt <input type="radio"/> medizinische Versorgung, z.B. Tabletteneinnahme, Arztbesuche, Nutzung von Hilfsmitteln <input type="radio"/> Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte	
Wohnsituation	<input type="radio"/> zu Hause, allein <input type="radio"/> zu Hause, mit Familie/ Partnerschaft	<input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> anderes:
Pflegegrad	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> kein Pflegegrad	





Meine Kraftspender

1. Meine innere Haltung

ja eher ja eher nein nein

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ich habe mich freiwillig und bewusst entschieden, die Pflege zu übernehmen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Durch die Pflege entdecke ich neue, positive Seiten an mir, der pflegebedürftigen Person und/oder unserem Verhältnis zueinander. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ich erhole mich schnell von Stress. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Ich fühle mich kompetent in meiner Pflegeleistung. Beispielsweise habe ich mich über das Krankheitsbild der pflegebedürftigen Person und über Hilfsangebote informiert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2. Meine Energiequellen

ja eher ja eher nein nein

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6. Es gelingt mir trotz erhöhter Anforderungen, eigene Interessen zu verfolgen, z.B. Hobbys, Sport. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Ich nehme Unterstützung bei der Pflege in Anspruch, z.B. von Familienmitgliedern, Freunden, professionell Pflegenden, externen Betreuungsangeboten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Ich bekomme unterstützende Rückmeldungen für meine Leistungen als Pflegeperson. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Ich habe Menschen, auf die ich mich immer verlassen kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Ich empfinde im Alltag Freude, z.B. wenn ich angenehmen Aktivitäten nachgehe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |





Meine Kräftezehrer

3. Schwierigkeiten im Umgang mit der pflegebedürftigen Person

	ja	eher ja	eher nein	nein
11. Die pflegebedürftige Person ist körperlich eingeschränkt. Sie benötigt Unterstützung im Alltag, die ich nur schwer leisten kann, z.B. beim Anziehen, Waschen, Essen oder bei der Bewegung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Die pflegebedürftige Person zeigt schwierige Verhaltensweisen, die mich belasten, z.B.: Sie lehnt Hilfe ab, ist aggressiv, hat Schlafprobleme, ist antriebslos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich kann die pflegebedürftige Person keine Stunde allein lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Die pflegebedürftige Person hat sich durch die Erkrankung nachteilig verändert, z.B.: Sie ist reizbar, weniger mitfühlend, eher negativ eingestellt, weniger geistig fit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Im Alltag ergeben sich viele Konflikte und Streitigkeiten mit der pflegebedürftigen Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Allgemeine Belastungen meiner Lebenssituation

	ja	eher ja	eher nein	nein
16. Neben den Pflegeaufgaben bin ich im Alltag zusätzlich belastet, z.B. durch eigene Gesundheit, Sorge um weitere Familienmitglieder, Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich leide täglich an körperlichen Beschwerden, z.B. Schmerzen, Atemnot, Herzrasen, Schwindel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Meine finanzielle Situation bereitet mir Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich vernachlässige meine eigene Gesundheit, z.B. achte ich nicht auf meine Ernährung, ausreichend Schlaf oder Vorsorgeuntersuchungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ich habe das Gefühl, der Vielfalt an Anforderungen in meinem Alltag nicht gerecht zu werden. Dies kann sich z.B. durch Antriebslosigkeit, Schlafprobleme, Freudlosigkeit oder Gereiztheit äußern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Das möchte ich noch mitteilen:

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

