



Datum	Code	Berater/-in
-------	------	-------------

# Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

durch die Übernahme der Pflege einer pflegebedürftigen Person verändert sich der Alltag. Dabei gehen pflegende Angehörige unterschiedlich mit dieser neuen Situation um. Während es Angehörige gibt, die sich schnell von Stress erholen, läuft die Mehrheit der Angehörigen Gefahr, durch den zusätzlichen Stress körperlich und/oder psychisch zu erkranken. Das Risiko hierzu hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, insbesondere von der eigenen Widerstandskraft oder Resilienz, der sozialen Unterstützung und der pflegebezogenen Belastung.

Ziel dieses Fragebogens ist es herauszufinden, wie Ihre derzeitige Situation von diesen genannten positiven oder negativen Faktoren beeinflusst wird. Basierend auf Ihren Angaben möchten wir Ihnen eine darauf abgestimmte optimale Beratung/Unterstützung anbieten können. Dazu ist es wichtig, dass Sie die Fragen so beantworten, wie es Ihrer jetzigen Situation entspricht. Schauen Sie dazu bitte auf die vergangenen vier Wochen zurück. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

## Angaben zu meiner Person

Alter	Jahre	
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> divers
Verhältnis zur pflegebedürftigen Person	<input type="radio"/> Ehepartner/-in <input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Anderes:
Wohnsituation	<input type="radio"/> Gemeinsam mit der pflegebedürftigen Person <input type="radio"/> Allein	<input type="radio"/> Gemeinsam mit eigener Familie, Partnerschaft <input type="radio"/> Anderes:
Höchster Schulabschluss	<input type="radio"/> (Fach)Abitur <input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Volksschule	<input type="radio"/> Realschule <input type="radio"/> Grundschule <input type="radio"/> Kein Abschluss
Berufstätigkeit	<input type="radio"/> Berentet <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> in Ausbildung/Studium	<input type="radio"/> Erwerbslos <input type="radio"/> Vollzeit
Zeit, die für Pflege aufgewendet wird	Stunden/Woche	

## Angaben zu der pflegebedürftigen Person

Alter	Jahre	
Krankheitsbilder	<input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Krebs <input type="radio"/> Parkinson	<input type="radio"/> Demenz <input type="radio"/> Andere:
Wohnsituation	<input type="radio"/> Lebt zu Hause	<input type="radio"/> Lebt in einer Einrichtung





# 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 Anforderungen der Pflege entdecke ich neue, positive Seiten an mir, an der pflegebedürftigen Person und/oder an 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 habe mich mit Informationen zum Erkrankungsbild der pflegebedürftigen Person und zu Hilfsangeboten auseinandergesetzt und fühle mich kompetent in meiner Pflegeleistung.	<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 (wie Hobbys, Sport) zu verfolgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich spanne weitere Personen (z. B. Familienmitglieder, Freund/-in, professionelle Pfleger/-innen, externe Betreuungsangebote) in die Pflege ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich bekomme unterstützende Rückmeldungen für meine Leistungen als Pflegenden/-r.	<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 und benötigt Unterstützung in Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Anziehen, Waschen, Bewegung, Essen), die ich nur schwer leisten kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Die pflegebedürftige Person zeigt schwierige Verhaltensweisen, die mich belasten (z. B. lehnt Hilfe ab, zeigt aggressives Verhalten, Schlafstörungen, Interessenlosigkeit).	<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 (ist z. B. reizbarer, negativer, weniger mitfühlend, hat geistig abgebaut).	<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 durch zusätzliche Schwierigkeiten belastet (z. B. eigener Gesundheitszustand, Sorge um weitere Familienmitglieder, Vereinbarkeit Pflege-Familie-Beruf).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich leide täglich an körperlichen Beschwerden (z. B. Schmerzen, Atemnot, ungewollte Gewichtsveränderung, Herzklopfen, Schwindel, Erkrankungen des Bewegungsapparates).	<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. Versäumnis von Vorsorgeuntersuchungen, Schlafmangel, ungesunde Ernährung).	<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!

