

Clinical decision making style (CDMS-P) - Versione per il paziente

Il seguente questionario riguarda quello che lei pensa su come debbano essere prese le decisioni tra paziente e terapeuta.

A. In questa sezione valuteremo quello che lei pensa rispetto alle decisioni cliniche prese nel corso del trattamento dei suoi disturbi psicologici. Per favore segni una crocetta su quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni (da 1 = "completamente d'accordo" a 5 = "completamente contrario").

	<i>Completamente contrario</i>	<i>Abbastanza contrario</i>	<i>Indeciso</i>	<i>Abbastanza d'accordo</i>	<i>Completamente d'accordo</i>	
1. Le decisioni importanti devono essere prese solo dal mio terapeuta non da me	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP01]
2. Anche se non sono d'accordo con il mio terapeuta, devo comunque seguire i suoi consigli.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP02]
3. Se dovessi essere ricoverato in ospedale, non dovrei essere io a prendere decisioni sui trattamenti.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP03]
4. Devo prendere da solo le decisioni sui problemi della mia vita che dipendono dai disturbi psicologici.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP04]
5. Se il mio disturbo peggiorasse, vorrei che il mio terapeuta assumesse una maggiore responsabilità delle cure.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP05]
6. Devo essere io a decidere la frequenza con cui farmi visitare dal mio terapeuta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP06]

B. Di seguito verranno illustrate alcune situazioni cliniche. Per favore, le legga attentamente e risponda alle domande che fanno loro riferimento.

Vignetta clinica 1: Immagini di essere in via di guarigione dopo una fase acuta di malattia, e di voler tornare a lavoro.

Chi dovrebbe prendere le decisioni descritte di seguito?

	Io, da solo	Soprattutto io	Io e il terapeuta insieme	Soprattutto il terapeuta	Il terapeuta, da solo	
7. Se posso tornare al lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP07]
	1	2	3	4	5	
8. Quale occupazione scegliere (ad es., meno impegnativa o la stessa occupazione di prima).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP08]
	1	2	3	4	5	
9. Quale carico di lavoro posso affrontare (ad es., lavoro part- time o a tempo pieno).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP09]
	1	2	3	4	5	

Vignetta clinica 2: Immagini di avere effetti collaterali da farmaci particolarmente gravi e fastidiosi.

Chi dovrebbe prendere le decisioni descritte di seguito?

	Io, da solo	Soprattutto io	Io e il terapeuta insieme	Soprattutto il terapeuta	Il terapeuta, da solo	
10. É necessaria una visita medica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP10]
	1	2	3	4	5	
11. Si deve modificare il dosaggio dei farmaci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP11]
	1	2	3	4	5	
12. Si deve cambiare la terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP12]
	1	2	3	4	5	

Vignetta Clinica 3: Il suo terapeuta le suggerisce di iniziare una terapia farmacologica.

Chi dovrebbe prendere le decisioni descritte di seguito?

	Io, da solo	Soprattutto io	Io e il terapeuta insieme	Soprattutto il terapeuta	Il terapeuta, da solo	
13. Effettiva necessità del trattamento farmacologico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP13]
14. Tipo di formulazione (<i>ad es., gocce, compresse</i>).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP14]
15. Dose del farmaco.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP15]

C. Di seguito verranno presentate alcune affermazioni che si riferiscono ai suoi bisogni di informazione sul disturbo e sulle cure. Per favore segni con una crocetta quanto è d'accordo con ciascuna di esse (da 1 = "del tutto d'accordo" a 5 = "del tutto in disaccordo")

	Completamente contrario	Abbastanza contrario	Indeciso	Abbastanza d'accordo	Completamente d'accordo	
16. Quanto più grave è il disturbo, tanto più dovrei essere informato su di esso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP16]
17. Dovrei sapere esattamente quello che potrà accadermi a causa del mio disturbo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP17]
18. Il medico dovrebbe sempre spiegarmi a che servono gli esami clinici prescritti.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP18]
19. Dovrei ricevere informazioni solo su mia richiesta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP19]
20. È importante per me essere informato su tutti gli effetti collaterali dei trattamenti a cui sono sottoposto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP20]
21. Se esistono trattamenti alternativi per la cura del mio disturbo, dovrei esserne informato.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	[CDMSP21]