**Questionnaire Aidant**

**

**NOM :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Prénom :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de naissance :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Adresse postale :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Adresse Mail :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Numéro de téléphone :** Cliquez ici pour taper du texte.

*Ce questionnaire a pour objectifs de nous aider à mieux vous connaître, à mieux comprendre vos attentes envers la sophrologie afin de répondre au mieux à votre demande. Il n’y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.*

1. **Que faîtes-vous régulièrement pour passer un moment agréable, pour votre bien-être physique et/ou psychologique ?  *(loisirs, soin du corps, sports, partager un moment avec des ami(e)s/de la famille, faire des projets professionnels/personnels, s’inscrire à une activité, se remémorer des souvenirs agréables, acheter quelque chose qui vous fait plaisir, faire un bon repas…etc.)***

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Avez-vous l’habitude de prendre du temps pour prendre soin de votre corps ?**

Oui Non

**Si oui, que faîtes-vous pour cela ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Parlez-vous facilement de la maladie de votre proche ?**

Oui Non Ne sais pas

**Lorsque vous le faites, qu’avez-vous besoin d’exprimer *(votre stress, vos inquiétudes, la prise en charge médicale et paramédicale, les efforts quotidien que cela vous demande…etc.)*?**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Si vous n’avez pas l’habitude de parler de la maladie, pouvez-vous dire pourquoi ? *(« je n’en ressens pas le besoin », « on m’a appris à garder les choses pour moi », « j’ai des difficultés à m’exprimer à ce sujet même si j’aimerais parfois le faire », « je ne veux pas en parler avec mon proche malade pour ne pas lui rajouter du souci », « il n’y a rien à en dire », « je ne sais pas à qui en parler », « on ne me comprendrait pas », « ça n’est pas moi qui suis malade »…etc.)***

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Comment pourriez-vous définir votre rapport à la maladie de votre proche (plusieurs réponses possibles) ?**

J’apporte autant de soutien que possible à mon proche

Je ne parle jamais de la maladie avec mon proche

Je participe aux rendez-vous médicaux et suis présent(e) à l’hôpital

J’ai souvent du mal à comprendre les symptômes de la maladie de mon proche

Je suis toujours fatigué(e) et/ou stressé(e) depuis que cette maladie est là

Je participe aux journées d’informations sur la maladie

J’ai réorganisé mon quotidien pour être plus présent et assurer les tâches que mon proche ne peut plus faire

J’essai(e) de me renseigner sur les nouveaux traitements, les choses que mon proche peut faire pour améliorer sa maladie

Je n’ai rien changé dans mon comportement et mes attitudes vis-à-vis de mon proche

Je culpabilise de prendre du temps pour moi surtout si c’est pour faire quelque chose que mon proche ne peut plus faire

Je suis inquiet(e) au sujet de l’avenir

J’ai parfois l’impression que mon proche n’est plus vraiment la personne que j’ai connu

J’incite mon proche à faire des projets, à aller de l’avant

Je m’investis dans des associations de patients atteints de sclérose en plaques

Autre (précisez) : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Parlez-vous souvent de ce que vous ressentez, de vos émotions ?**

Jamais Rarement Quelquefois Souvent

Très souvent

**Si vous n’avez pas l’habitude d’exprimer vos émotions, pouvez-vous dire pourquoi ? *(« je n’en ressens pas le besoin », « on m’a appris à garder les émotions pour moi », « j’ai des difficultés à les exprimer devant quelqu’un même si j’aimerais parfois le faire », « j’ai peur d’embêter les autres », « je préfère avoir des émotions quand je suis seul(e) et que personne ne me regarde », « je ne sais pas à qui les exprimer », « je pourrais paraitre faible »…etc.)***

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Vous sentez-vous perturbé dans votre sommeil ?**

Jamais Rarement Quelquefois Souvent

Très souvent En permanence

1. **Diriez-vous que vous êtes quelqu’un qui sait se reposer ?**

Oui Non Ne sais pas

**Pourquoi ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Ressentez-vous des symptômes liés au stress ?**

Oui Non

**Si oui, lesquels (plusieurs réponses possibles) ?**

Contractions musculaires Douleurs dans la poitrine Troubles du sommeil

Diarrhée Envies d’uriner très fréquentes Démangeaisons

Trouble de la concentration Mal de tête Mal de ventre

Autres (précisez) : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Avez-vous déjà pratiqué la sophrologie ou des disciplines apparentées (yoga, qi gong, tai chi chuan, mindfulness…etc.)**

Oui Non

**Si oui, quel(s) effet(s) aviez-vous ressenti ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Pratiquez-vous la sophrologie aujourd’hui ?**

Oui Non

1. **Si vous étiez pris dans le parcours de 12 séances proposés par le Réseau SEP, vous sentez vous capable de vous rendre disponible pour cette activité malgré les contraintes des horaires et de fréquence ?**

Oui Non

1. **Quels sont les horaires et journées (en semaine et les week-ends) où vous êtes retenus par des obligations (travail, loisirs ou personnelles) ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Merci de votre participation**