

Forme courte à 8 items de l'échelle *UW Caregiver Stress Scale*, V. 2.0©

**Instructions :** Veuillez choisir la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez **d'habitude** lorsque vous prenez soin d'un enfant. Prendre **soin** signifie vous occuper d'un enfant ou plusieurs enfants âgés de moins de 18 ans -- c'est à dire leur apporter de l'aide et un appui pour leurs besoins physiques, psychologiques ou de développement (typiquement sans rémunération et typiquement par un parent ou tuteur légal). En choisissant vos réponses, veuillez penser à comment la prise de soin d'un ou plusieurs enfants impacte tous les aspects de votre vie.

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Moyenne-ment</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Énormément</b>
1. Dans quelle mesure vos finances souffrent-elles en raison des soins que vous fournissez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dans quelle mesure vous est-il difficile de passer une bonne nuit de sommeil en raison des soins que vous fournissez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dans quelle mesure vous est-il difficile de trouver du temps pour vos amis en raison des soins que vous fournissez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dans quelle mesure vous sentez-vous toujours « de garde » en raison des soins que vous fournissez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dans quelle mesure vous est-il difficile de prendre soin de vous-même en raison des soins que vous fournissez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dans quelle mesure vous est-il difficile de faire des activités que vous aimez faire en raison des soins que vous fournissez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Jamais</b>	<b>Rare-ment</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Toujours</b>
7. Lors d'une journée typique, à quelle fréquence vous sentez-vous débordé(e) par les soins que vous fournissez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. À quelle fréquence vous sentez-vous socialement isolé(e) en raison des soins que vous fournissez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>