

# Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAMA) ©

Baldoni, Agostini & Matthey (2023) - V. 2.0

Data .....

Nome e cognome .....

Età ..... Paese di origine .....

Aspetta un figlio?  NO  SI - Settimana di gravidanza .....

E' il primo nato?  NO  SI - Età ..... / Ha altri figli?  NO  SI - Età .....

**Indichi come si è sentita nelle ultime due settimane** mettendo una croce ( X ) in un punto a sua scelta lungo la linea che va da "Per niente" a "Molto".

1) Tesa, ansiosa o preoccupata

Per niente |-----| Molto

2) Triste, giù di morale o depressa

Per niente |-----| Molto

3) Sotto pressione, stressata

Per niente |-----| Molto

4) Irritabile, polemica o arrabbiata

Per niente |-----| Molto

5) Ho avuto difficoltà nel rapporto con gli altri o altri hanno avuto difficoltà nel rapporto con me (il mio compagno, familiari, amici, sul lavoro, ecc.)

Per niente |-----| Molto

6) Fisicamente male (mal di testa, dolori muscolari o articolari, disturbi digestivi, gastrointestinali, cardiaci, di pressione, urinari, ecc.) (anche uno solo di questi)

Per niente |-----| Molto

7) Ho avuto problemi a dormire, nel mangiare o nella vita sessuale (anche uno solo di questi)

Per niente |-----| Molto

8) Ho sentito il bisogno di fumare, bere alcolici, assumere farmaci o sostanze dannose per la salute, giocare d'azzardo o al computer, utilizzare continuamente il cellulare o internet (anche uno solo di questi)

Per niente |-----| Molto

9) Mi sono dedicata ad attività fisiche o sportive intense (molte ore la settimana) o pericolose (guidare a velocità elevata, praticare sport rischiosi, mettermi inutilmente in pericolo sul lavoro, ecc.) (anche uno solo di questi)

Per niente |-----| Molto

10) Pensa che queste risposte siano in relazione con il fatto di essere o di diventare madre?

Per niente |-----| Molto