**WHOQOL-BREF- ANKIETA OCENIAJĄCA JAKOŚĆ ŻYCIA.**

Pytania dotyczące jakości Pani/Pana życia, zdrowia i innych dziedzin. Proszę o przeczytanie i zaznaczenie możliwych odpowiedzi. Proszę wybrać najbardziej właściwą odpowiedź. Jeśli nie jest Pani/Pan pewna/pewien, która z odpowiedzi jest właściwa, to proszę podać pierwszą, o której Pani/Pan pomyślała/pomyślał, z zasady jest ona najbliższa prawdy. Proszę myśleć o swoim poziomie życia, nadziejach, przyjemnościach i troskach.

Pytamy Panią/Pana o sprawy życia z ostatnich czterech tygodni.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Bardzo zła | Zła | Ani dobra, ani zła | Dobra | Bardzo dobra |
| 1.  | Jaka jest Pani/Pana jakość życia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Bardzo niezadowolona/niezadowolony | Niezadowolona/niezadowolony | Ani niezadowolona/y, ani zadowolona/y | Zadowolona/zadowolony | Bardzo zadowolona/zadowolony |
| 2. | Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony ze swojego życia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Następne pytania dotyczą nasilenia stanów, których Pani/Pan doznawała/doznawał w ciągu 4 tygodni.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Wcale | Nieco | Średnio | W dużym stopniu | W bardzo dużym stopniu |
| 3.  | Jak ból fizyczny przeszkadzał Pani/Panu robić to, co Pani/Pan powinien? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | W jakim stopniu potrzebuje Pani/Pan leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania ? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5.  | Ile ma Pani/Pan radości w życiu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.  | W jakim stopniu ocenia Pani/Pan, że Pani/Pana życie ma sens? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Wcale | Nieco | Średnio | Dość dobrze | Bardzo dobrze |
| 7. | Czy dobrze koncentruje Pani/Pan uwagę? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.  | Jak bezpiecznie czuje się Pani/Pan w swoim codziennym życiu?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.  | W jakim stopniu Pani/Pana otoczenie sprzyja zdrowiu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Poniższe pytania dotyczą tego, jak Pani/Pan czuje się i jak Pani/Panu wiodło się w ciągu ostatnich 4 tygodni.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Wcale | Nieco | Umiarkowanie | Przeważnie | W pełni |
| 10. | Czy ma Pani/Pan wystarczająco energii w codziennym życiu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Czy jest Pani/Pan w stanie zaakceptować swój wygląd (fizyczny)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Czy ma Pani/Pan wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Na ile dostępne są informacje, których może Pani/Pan potrzebować w codziennym życiu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.  | W jakim zakresie ma Pani/Pan sposobność realizowania swoich zainteresowań? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Bardzo źle | Źle | Ani dobrze, ani źle | Dobrze | Bardzo dobrze |
| 15.  | Jak odnajduje się Pani/Pan w tej sytuacji? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Bardzo niezadowolona/niezadowolony | Niezadowolona/niezadowolony | Ani zadowolona/y,Ani niezadowolona/y | Zadowolona/zadowolony | Bardzo zadowolona/zadowolony |
| 16.  | Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony ze swojego snu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.  | W jakim stopniu jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony ze swojej wydolności w życiu codziennym? | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 18.  | W jakim stopniu jest Pani/Pan zadowolona/ zadowolony ze swojej zdolności (gotowości) do pracy? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.  | Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z siebie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20.  | Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony ze swoich osobistych relacji z ludźmi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21.  | Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony ze swojego życia intymnego? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z oparcia, wsparcia, jakie dostaje Pani/Pan od swoich przyjaciół?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 23.  | Jak bardzo jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony ze swoich warunków mieszkaniowych? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Jak bardzo jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z placówek służby zdrowia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z komunikacji (transportu)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Poniższe pytanie odnosi się do częstotliwości doznań, jakich Pani/Pan doświadczała/doświadczał w okresie ostatnich 4 tygodni.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nigdy | Rzadko | Często | Bardzo często | Zawsze |
| 26.  | Jak często doświadczała Pani/Pan negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Czy ma Pani/Pan komentarz do tych pytań?

Tę tabelę należy wypełnić po ukończeniu badania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Equations for computing domain scores | Raw score | Transformed scores |
| 4-20 | 0-100 |
| 27.  | Domain 1 Somatyczna | (6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 **Tablet** + **Tablet** + **Tablet** + **Tablet** + **Tablet** +**Tablet**+**Tablet**  | a= | b: | c: |
| 28.  | Domain 2Psychologiczna | Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)**Tablet**+**Tablet**+ **Tablet** +**Tablet** + **Tablet** +**Tablet** | a= | b: | c: |
| 29.  | Domain 3 Socjalna | Q20 + Q21 + Q22**Tablet**+ **Tablet** + **Tablet** | a= | b: | c: |
| 30.  | Domain 4Środowiskowa | Q8 + Q9 + Q12+ Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25**Tablet**+**Tablet** +**Tablet** + **Tablet** + **Tablet** + **Tablet** + **Tablet** + **Tablet** | a= | b: | c: |