

Imię/Numer kodowy:  
Data:

Poufne

## Kwestionariusz ważnych decyzji zmieniających życie (Major Life Changing Decisions Profile - MLCDP)

**Instrukcja:** Celem tego kwestionariusza jest określenie wpływu Pana/Pani zdrowia na ważne decyzje podejmowane w Pana/Pani życiu.

Dla każdego stwierdzenia proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

### A. EDUKACJA

Poniższe stwierdzenia odnoszą się do wpływu Pana/Pani choroby przewlekłej na Pana/Pani decyzje dotyczące edukacji.

	Brak wpływu/nie dotyczy	Niewielki wpływ	Średni wpływ	Silny wpływ	Bardzo silny wpływ
1. Zdecydowałem/łam się wcześniej zakończyć edukację	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zdecydowałem/łam się zmienić kierunek studiów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zdecydowałem/łam uczyć się/studiować w pobliżu miejsca zamieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B. PRACA/KARIERA ZAWODOWA

Poniższe stwierdzenia odnoszą się do wpływu Pana/Pani choroby przewlekłej na Pana/Pani decyzje dotyczące pracy / kariery.

	Brak wpływu/nie dotyczy	Niewielki wpływ	Średni wpływ	Silny wpływ	Bardzo silny wpływ
1. Zdecydowałem/łam się zmienić pracę / karierę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zdecydowałem/łam się zrezygnować z pracy / kariery po jej rozpoczęciu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zdecydowałem/łam się przejść na wcześniejszą emeryturę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zdecydowałem/łam się mieć elastyczne godziny pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zdecydowałem/łam się wybrać pracę/karierę odpowiednią dla mojego stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zdecydowałem/łam się nie przyjmować awansu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zdecydowałem/łam się pracować krócej (mniej godzin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zdecydowałem/łam się podjąć samozatrudnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zdecydowałem/łam się pozostać bez pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dla każdego stwierdzenia proszę zaznaczyć jedną odpowiedź

## C. RODZINA / RELACJE TOWARZYSKIE

Poniższe stwierdzenia odnoszą się do wpływu Pana/Pani choroby przewlekłej na Pana/Pani decyzje dotyczące rodziny / relacji towarzyskich.

	Brak wpływu/nie dotyczy	Niewielki wpływ	Średni wpływ	Silny wpływ	Bardzo silny wpływ
1. Zdecydowałem/łam się zmienić swoje palny dotyczące tego kiedy mieć dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zdecydowałem/łam się nie mieć dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zdecydowałem/łam się nie nawiązywać relacji seksualnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zdecydowałem/łam się nie zawierać małżeństwa się ani nie mieć stałego partnera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zdecydowałem/łam się rozwieść lub rozstać się z moim partnerem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D. SPOŁECZNE

Poniższe stwierdzenia odnoszą się do wpływu Pana/Pani choroby przewlekłej na Pana/Pani decyzje dotyczące życia towarzyskiego.

	Brak wpływu/nie dotyczy	Niewielki wpływ	Średni wpływ	Silny wpływ	Bardzo silny wpływ
1. Zdecydowałem/łam się zmienić swoje nawyki żywieniowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zdecydowałem/łam się zmienić swoje nawyki związane z paleniem / piciem alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zdecydowałem/łam się nie podróżować ani nie wyjeżdżać na wakacje za granicę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zdecydowałem/łam się przeprowadzić	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zdecydowałem/łam się nie przeprowadzać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zdecydowałem/łam nie przeprowadzać się za granicę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zdecydowałem/łam się na noszenie innych rodzajów / kolorów ubrań / butów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zdecydowałem/łam nie angażować się w działalność społeczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zdecydowałem/łam nie udzielać się towarzysko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zdecydowałem/łam się nie nosić makijażu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dla każdego stwierdzenia proszę zaznaczyć jedną odpowiedź

## E. FIZYCZNE

Poniższe stwierdzenia odnoszą się do wpływu Pana/Pani choroby przewlekłej na Pana/Pani decyzje dotyczące aktywności fizycznej.

	Brak wpływu/nie dotyczy	Niewielki wpływ	Średni wpływ	Silny wpływ	Bardzo silny wpływ
1. Zdecydowałem/łam się nie chodzić na basen/ kąpielisko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zdecydowałem/łam się nie brać udziału w żadnych aktywnościach sportowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zdecydowałem/łam się zmienić moje dotychczasowe aktywności sportowe na inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zdecydowałem/łam się być bardziej aktywny fizycznie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zdecydowałem/łam się zrezygnować z prowadzenia pojazdów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Proszę sprawdzić, czy odpowiedział/ła Pan/Pani na wszystkie zagadnienia.**

*Dziękuję za pomoc*