

WSKAŹNIK JAKOŚCI ŻYCIA NASTOLATKÓW (T-QoL[®])

Imię:

Data:

Rozpoznanie (jeśli jest znane):

Wynik:

Celem tego kwestionariusza jest ocena wpływu Twojej choroby skóry na Twoją jakość życia w tym momencie.

Proszę zaznaczyć jedno pole dla każdego pytania

Odczucia na temat swojego wizerunku

	Nigdy	Czasami	Zawsze
1. Czy Twoja choroba skóry sprawia, że czujesz się skrępowany/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy Twoja choroba skóry sprawia, że czujesz się smutny/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy Twoja choroba skóry sprawia, że czujesz, że wyglądasz inaczej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy Twoja choroba skóry sprawia, że czujesz, że ludzie wpatrują się w Ciebie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy Twoja choroba skóry powoduje, że czujesz się zakłopotany/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy Twoja choroba skóry powoduje, że czujesz się niekomfortowo w obecności innych osób?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy Twoja choroba skóry powstrzymuje Cię przed odwiedzaniem miejsc, do których bardzo chciałbyś/chciałabyś pójść?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy czujesz potrzebę zasłaniania dotkniętych chorobą obszarów skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dobrostan fizyczny i aspiracje na przyszłość

9. Czy Twoja choroba skóry wpływa na Twoją naukę/pracę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy Twoja choroba skóry sprawia, że martwisz się o swoją przyszłą karierę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy Twoja choroba skóry wywołuje jakikolwiek ból lub dyskomfort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy Twoja choroba skóry wpływa na Twój sen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wpływ na stan psychiczny i relacje

13. Czy Twoja choroba skóry sprawia, że czujesz się zirytowany?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy dużo myślisz o Twojej chorobie skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Czy Twoja choroba skóry sprawia, że unikasz spotkań z nowymi osobami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Czy otrzymujesz od innych osób nieprzyjemne komentarze na temat Twojej skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Czy Twoja choroba skóry wpływa na Twoje relacje z przyjaciółmi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Czy Twoja choroba skóry wpływa na Twoje relacje intymne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę sprawdzić, czy odpowiedziałeś na WSZYSTKIE pytania. Dziękuję.

© Teenagers' Quality of Life Index (T-QoL); MKA Basra, MS Salek, AY Finlay, July 2011.

© MS Salek, MKA Basra, AY Finlay, July 2011

