

## AQoL-8D Copia del ricercatore (Researchers Copy)

### 1. L' AUTONOMIA

**Q1** Quanto aiuto Le serve per eseguire le attività domestiche (per esempio: preparare i pasti, fare le pulizie di casa, o fare del giardinaggio):

**Q2** Quanto è facile/difficile spostarsi da solo/a fuori casa (per esempio: fare la spesa, fare visite):

**Q3** Riguardo alla Sua mobilità, anche con l'utilizzo di ausili o attrezzature quali sedie a rotelle, deambulatori, bastoni:

**Q4** Riguardo alla Sua igiene personale, al vestirsi, all'alimentazione e alla cura personale:

### 2. IL DOLORE

**Q5** Riguardo a quanto spesso prova intenso dolore:

**Q6** Quanto dolore o disagio prova?:

**Q7** Quanto spesso il dolore interferisce con le Sue normali attività?

### 3. I SENSI

**Q8** Riguardo alla Sua vista (eventualmente con occhiali o lenti a contatto):

**Q9** Riguardo all'udito (con un apparecchio acustico se necessario):

Ho un udito eccellente

**Q10** Nelle comunicazioni con gli altri, per esempio: parlando, ascoltando, scrivendo o per mezzo del linguaggio dei segni:

### 4. LA SODDISFAZIONE CON LA VITA

**Q11** Quanto è soddisfatto/a della propria vita?

**Q12** Quanto si sente entusiasto/a?

**Q13** Quanto spesso si sente felice?

**Q14** Quanto spesso sente piacere?

### 5. LA SALUTE MENTALE

**Q15** Quanto spesso si sente depresso/a?

**Q16** Quanto spesso lamenta disturbi del sonno?

**Q17** Quanto spesso si sente arrabbiato/a?

**Q18** Ha mai voglia di farsi del male?

**Q19** Quante volte si è sentito/a disperato/a negli ultimi sette giorni?

**Q20** E sempre pensando agli ultimi sette giorni, quante volte si è sentito/a preoccupato/a?

**Q21** Quanto spesso si sente triste?

**Q22** Rispetto al sentirsi calmi, tranquilli o agitati:

## **6. AFFRONTARE LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE**

**Q23** Riguardo all'energia di cui dispone per svolgere le attività che ama:

**Q24** Quanto spesso si sente in controllo della sua vita?

**Q25** In quale misura ritiene di riuscire a far fronte ai problemi della vita?

## **7. I RAPPORTI**

**Q26** Quanto gradisce i Suoi rapporti più stretti (famiglia e amici)?

**Q27** I Suoi rapporti più stretti (famiglia e amici) sono:

**Q28** Quanto spesso si sente socialmente isolato/a?

**Q29** Quanto spesso si sente socialmente escluso/a o lasciato/a da parte?

**Q230** I Suoi rapporti più stretti e intimi (comprese eventuali relazioni sessuali) La rendono:

**Q31** Riguardo alla Sua salute e ai rapporti con la Sua famiglia:

**Q 32** Riguardo alla sua salute e il ruolo che ha nella comunità (cioè il vicinato, gruppi sportivi, di lavoro, religiosi o culturali):

## **8. L'AUTOSTIMA**

**Q33** Quanto si considera un peso per gli altri?

**Q34** Quanto spesso si sente senza nessun valore?

**Q35** Quanta sicurezza ha di se stesso?