

## AQoL-6D 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. I RAPPORTI

**Q5** I Suoi rapporti più stretti e intimi (comprese eventuali relazioni sessuali) La rendono:

**Q6** Riguardo alla Sua salute e ai rapporti con la Sua famiglia:

**Q7** Riguardo alla sua salute e il ruolo che ha nella comunità (cioè il vicinato, gruppi sportivi, di lavoro, religiosi o culturali):

### 3. LA SALUTE MENTALE

**Q8** Quante volte si è sentito/a disperato/a negli ultimi sette giorni?

**Q9** E sempre pensando agli ultimi sette giorni, quante volte si è sentito/a preoccupato/a?

**Q10** Quanto spesso si sente triste?

**Q11** Rispetto al sentirsi calmi, tranquilli o agitati:

#### **4. AFFRONTARE LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE**

**Q12** Riguardo all'energia di cui dispone per svolgere le attività che ama:

**Q13** Quanto spesso si sente in controllo della sua vita?

**Q14** In quale misura ritiene di riuscire a far fronte ai problemi della vita?

#### **5. IL DOLORE**

**Q15** Riguardo a quanto spesso prova intenso dolore:

**Q16** Quanto dolore o disagio prova?:

**Q17** Quanto spesso il dolore interferisce con le Sue normali attività?

#### **6. I SENSI**

**Q18** Riguardo alla Sua vista (eventualmente con occhiali o lenti a contatto):

**Q19** Riguardo all'udito (con un apparecchio acustico se necessario):

**Q20** Nelle comunicazioni con gli altri, per esempio: parlando, ascoltando, scrivendo o per mezzo del linguaggio dei segni: