

HIVDQoL

Questo questionario riguarda la sua qualità di vita, in altre parole, quanto le sembra di vivere bene o male.

Per ciascuna affermazione, la preghiamo di fare una "X" sulla casella che meglio corrisponde alla sua risposta.

Desideriamo sapere come le sembra la sua vita in questo momento.

I) In generale, la mia qualità di vita in questo periodo è:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ottima	molto buona	buona	né buona, né cattiva	cattiva	molto cattiva	pessima

Ora vorremmo sapere come l'HIV, la sua terapia e qualsiasi effetto collaterale e/o complicanza che lei potrebbe avere influiscono sulla sua qualità di vita.

II) Se <u>non avessi</u> l'HIV, la mia qualità di vita sarebbe:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estremamente migliore	molto migliore	leggermente migliore	la stessa	peggiore

Le seguenti domande riguardano i diversi aspetti della sua vita. Ogni domanda è divisa in due parti:

Nella Parte (a) indichi quanto l'HIV <u>influisce</u> su questo aspetto della sua vita. Nella Parte (b) indichi quanto è <u>importante</u> questo aspetto per la qualità della sua vita.

1 (a) Se <u>non avessi</u> l'HIV, mi godrei le mie attività del tempo libero:	<input type="checkbox"/>				
	estremamente di più	molto di più	un po' di più	lo stesso	di meno
(b) Le mie attività del tempo libero per me sono:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	molto importanti	importanti	leggermente importanti	per niente importanti	

NOT FOR USE: This copy is a sample only.

For use of the full questionnaire, please contact info@healthpsychologyresearch.com

