
Ваше здоровье и благополучие

Эта анкета содержит вопросы, касающиеся ваших взглядов на своё здоровье. Предоставленная информация поможет следить за тем, как вы себя чувствуете и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. *Благодарим вас за ответы на вопросы анкеты!*

Для каждого из следующих вопросов поставьте в одном из квадратов, наиболее соответствующем вашему ответу.

1. В целом вы оценили бы состояние вашего здоровья как:

Отличное	Очень хорошее	Хорошее	Посредственное	Плохое
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Следующие вопросы касаются действий, которые вам иногда приходится выполнять в течение обычного дня. Ограничивает ли вас состояние здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже действий? Если да, то в какой степени?

Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
▼	▼	▼

- a Умеренные физические нагрузки, такие как перемещение стола, работа с пылесосом, сбор грибов или игра в городки..... 1..... 2..... 3
- b Подняться пешком по лестнице на несколько пролётов..... 1..... 2..... 3

3. Как часто за последние 4 недели вы испытывали перечисленные ниже затруднения в работе или других обычных делах по причине, связанной с физическим состоянием?

Всё время	Большую часть времени	Иногда	Редко	Ни разу
▼	▼	▼	▼	▼

а Выполнили меньше, чем хотели..... 1 2 3 4 5

б Вы были ограничены в выполнении какого-либо определённого вида работы или другой деятельности 1 2 3 4 5

4. Как часто за последние 4 недели вы испытывали перечисленные ниже затруднения в работе или других обычных делах из-за эмоционального состояния (например, депрессии или беспокойства)?

Всё время	Большую часть времени	Иногда	Редко	Ни разу
▼	▼	▼	▼	▼

а Выполнили меньше, чем хотели 1 2 3 4 5

б Выполнили свою работу или другие дела менее аккуратно, чем обычно 1 2 3 4 5

5. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала вам заниматься вашей обычной работой (включая работу вне дома и по дому)?

Совсем не мешала	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Следующие вопросы касаются того, как вы себя чувствовали, и каким было ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует вашим ощущениям. Как часто в течение последних 4 недель...

	Всё время	Большую часть времени	Иногда	Редко	Ни разу
	▼	▼	▼	▼	▼

a Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворённым(ой)? 1 2 3 4 5

b Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии? 1 2 3 4 5

c Вы ощущали упадок духа или депрессию? 1 2 3 4 5

7. Как часто за последние 4 недели ваше физическое или эмоциональное состояние мешало вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.)?

Всё время	Большую часть времени	Иногда	Редко	Ни разу
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Благодарим вас за ответы на вопросы!