

QUALITY OF LIFE AFTER BRAIN INJURY (QOLIBRI) – German Version

Im ersten Teil dieses Fragebogens möchten wir gerne wissen, **wie zufrieden** Sie mit verschiedenen Aspekten Ihres Lebens seit Ihrer Hirnverletzung sind. Bitte wählen Sie für jede Frage diejenige Antwort aus, die am Besten wiedergibt, wie Sie sich derzeit (inklusive der vergangenen Woche) fühlen, und markieren Sie das zutreffende Antwortkästchen mit einem „X“. Falls Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens haben, bitten Sie um Hilfe.

Teil 1

A. Diese Fragen beziehen sich auf Ihre geistigen Fähigkeiten derzeit (inklusive der vergangenen Woche).

	Überhaupt nicht	Etwas	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Konzentrationsfähigkeit, z. B. wenn Sie lesen oder einem Gespräch folgen?					
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, sich in einem Gespräch auszudrücken und andere zu verstehen?					
3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, sich an alltägliche Dinge zu erinnern, zum Beispiel, wo Sie bestimmte Dinge hingelegt haben?					
4. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, Pläne zu machen und Lösungen für alltägliche Probleme zu finden, z. B. was zu tun ist, wenn Sie Ihre Schlüssel verlieren?					
5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen?					
6. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, Ihren Weg von einem Ort zum anderen zu finden?					
7. Wie zufrieden sind Sie damit, wie schnell Sie denken?					

B. Diese Fragen beziehen sich auf Ihre Gefühle und Ihr Selbstbild derzeit (inklusive der vergangenen Woche).

	Überhaupt nicht	Etwas	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
1. Wie zufrieden sind Sie mit der Ihnen zur Verfügung stehenden Energie?					
2. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß Ihrer Motivation, Dinge zu tun?					
3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Selbstachtung, Ihrem Selbstwertgefühl?					
4. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Aussehen?					
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem, was Sie seit Ihrer Hirnschädigung erreicht haben?					
6. Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie sich selbst sehen?					
7. Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie Ihre Zukunft sehen?					

C. Diese Fragen beziehen sich auf Ihre Unabhängigkeit und darauf, wie Sie Ihr Alltagsleben derzeit (inklusive der vergangenen Woche) bewältigen.

	<i>Überhaupt nicht</i>	<i>Etwas</i>	<i>Mittelmäßig</i>	<i>Ziemlich</i>	<i>Sehr</i>
1. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß Ihrer Unabhängigkeit von Anderen?					
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, aus dem Haus zu gehen und unterwegs zu sein?					
3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, Aufgaben im Haushalt zu erledigen, zum Beispiel zu kochen oder Dinge zu reparieren?					
4. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, sich um Ihre finanziellen Angelegenheiten zu kümmern?					
5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Teilnahme am Berufsleben oder an Ihrer Ausbildung?					
6. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Teilnahme am sozialen Leben und an Freizeitaktivitäten, wie zum Beispiel Sport, Hobbys, Partys?					
7. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß, in dem Sie Ihr Leben selbst gestalten können?					

D. Diese Fragen beziehen sich auf Ihre Beziehungen zu Anderen derzeit (inklusive der vergangenen Woche).

	<i>Überhaupt nicht</i>	<i>Etwas</i>	<i>Mittelmäßig</i>	<i>Ziemlich</i>	<i>Sehr</i>
1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, Zuneigung zu Anderen zu empfinden, wie zum Beispiel zu Ihrem Partner, zu Ihrer Familie oder zu Freunden?					
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Beziehungen zu Familienmitgliedern?					
3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Beziehungen zu Freunden?					
4. Wie zufrieden sind Sie mit der Beziehung zu Ihrem Partner oder damit, dass Sie keinen Partner haben?					
5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?					
6. Wie zufrieden sind Sie mit der Haltung anderer Ihnen gegenüber?					

Teil 2

Im zweiten Teil möchten wir gerne wissen, **wie sehr Sie sich** durch verschiedene Probleme **gestört** fühlen. Bitte wählen Sie für jede Frage diejenige Antwort aus, die am besten wiedergibt, wie Sie sich derzeit (inklusive der vergangenen Woche) fühlen, und markieren Sie das zutreffende Antwortkästchen mit einem „X“. Falls Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens haben, bitten Sie um Hilfe.

E. Diese Fragen beziehen sich darauf, wie sehr Sie sich derzeit (inklusive der vergangenen Woche) durch Ihre Gefühle gestört fühlen.

	Überhaupt nicht	Etwas	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
1. Wie sehr fühlen Sie sich durch Einsamkeitsgefühle gestört, auch wenn Sie mit anderen Leuten zusammen sind?					
2. Wie sehr fühlen Sie sich durch Gefühle von Langeweile gestört?					
3. Wie sehr fühlen Sie sich durch Angstgefühle gestört?					
4. Wie sehr fühlen Sie sich durch Gefühle von Traurigkeit oder Depression gestört?					
5. Wie sehr fühlen Sie sich durch Gefühle von Wut oder Aggression gestört?					

F. Diese Fragen beziehen sich darauf, wie sehr Sie sich derzeit (inklusive der vergangenen Woche) durch körperliche Probleme gestört fühlen.

	Überhaupt nicht	Etwas	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
1. Wie sehr fühlen Sie sich durch verlangsamte und/oder ungeschickte Bewegungen gestört?					
2. Wie sehr fühlen Sie sich durch die Auswirkungen anderer Verletzungen, die Sie zeitgleich mit der Hirnschädigung zugezogen haben, gestört?					
3. Wie sehr fühlen Sie sich durch Schmerzen, einschließlich Kopfschmerzen, gestört?					
4. Wie sehr fühlen Sie sich durch Probleme beim Sehen und Hören gestört?					
5. Wie sehr fühlen Sie sich insgesamt durch die Auswirkungen Ihrer Hirnverletzung gestört?					