

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

In questa prima parte del questionario vorremmo sapere qual è il Suo **grado di soddisfazione** riguardante diversi aspetti della Sua vita dopo il danno cerebrale. Scelga la risposta che più si avvicina a come si sente attualmente (inclusa la scorsa settimana) e contrassegni la casella corrispondente con una “X”. Se ha dei problemi nella compilazione del questionario, per favore chiedi aiuto.

PARTE 1

A. Queste domande valutano le Sue attuali capacità di pensiero (inclusa la scorsa settimana).

Per niente
Leggermente
Moderatamente
Abbastanza
Molto

1. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di concentrarsi, per esempio quando legge o segue una conversazione?					
2. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di esprimersi e di capire gli altri durante una conversazione?					
3. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di ricordare le cose di ogni giorno, per esempio dove ha messo le cose?					
4. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di risolvere i problemi pratici della vita quotidiana, per esempio cosa fare quando perde le chiavi?					
5. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di prendere delle decisioni?					
6. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di orientarsi e ritrovare la strada?					
7. Quanto è soddisfatto/a della Sua velocità di elaborazione dei pensieri?					

B. Queste domande valutano le Sue attuali emozioni e l'immagine che ha di se stesso (inclusa la scorsa settimana).

Per niente
Leggermente
Moderatamente
Abbastanza
Molto

1. Quanto è soddisfatto/a del Suo livello di energia?					
2. Quanto è soddisfatto/a del Suo livello di motivazione nel fare le cose?					
3. Quanto è soddisfatto/a del Suo grado di autostima, che valore dà a se stesso/a?					
4. Quanto è soddisfatto/a del Suo aspetto?					
5. Quanto è soddisfatto/a dei progressi che ha effettuato da quando è avvenuto il Suo trauma cranico ad oggi?					
6. Quanto è soddisfatto/a della percezione che ha di se stesso/a?					
7. Quanto è soddisfatto/a del modo in cui vede il Suo futuro?					

C. Queste domande valutano la Sua autonomia e la Sua attuale capacità di gestire tutti gli aspetti della vita quotidiana (inclusa la scorsa settimana).

Per niente
 Leggermente
 Moderatamente
 Abbastanza
 Molto

1. Quanto è soddisfatto/a del Suo grado di indipendenza dagli altri?					
2. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di uscire e spostarsi?					
3. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di affrontare le attività domestiche, per esempio cucinare o aggiustare cose?					
4. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di gestire le Sue finanze (denaro)?					
5. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di partecipazione al lavoro o allo studio?					
6. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di partecipare ad attività sociali, sportive o ricreative?					
7. Quanto è soddisfatto/a del grado di controllo che ha sulla Sua vita?					

D. Queste domande valutano le Sue attuali relazioni sociali (inclusa la scorsa settimana).

Per niente
 Leggermente
 Moderatamente
 Abbastanza
 Molto

1. Quanto è soddisfatto/a della Sua capacità di provare sentimenti verso gli altri, per esempio il Suo partner, famiglia, amici?					
2. Quanto è soddisfatto/a delle relazioni con i membri della Sua famiglia?					
3. Quanto è soddisfatto/a delle relazioni con i Suoi amici?					
4. Quanto è soddisfatto/a della Sua relazione con il partner o del fatto di non averlo?					
5. Quanto è soddisfatto/a della Sua vita sessuale?					
6. Quanto è soddisfatto/a degli atteggiamenti che gli altri hanno verso di Lei?					

PARTE 2

Nella seconda parte del questionario vorremmo sapere, invece, **quanto si sente infastidito/a** da diversi tipi di problemi. Scelga la risposta che più si avvicina a come si sente attualmente (inclusa la scorsa settimana) e contrassegni la casella corrispondente con una "X". Se ha dei problemi nella compilazione del questionario, per favore chiedi aiuto.

E. Queste domande valutano quanto è infastidito/a dai Suoi attuali sentimenti (inclusa la scorsa settimana).

Per niente
Leggermente
Moderatamente
Abbastanza
Molto

	Per niente	Leggermente	Moderatamente	Abbastanza	Molto
1. Quanto è infastidito/a dal sentirsi solo/a, anche quando è in compagnia di altra gente?					
2. Quanto è infastidito/a dal sentirsi annoiato/a?					
3. Quanto è infastidito/a dal sentirsi ansioso/a?					
4. Quanto è infastidito/a dal sentirsi triste o depresso/a?					
5. Quanto è infastidito/a dal sentirsi arrabbiato/a o aggressivo/a?					

F. Queste domande valutano quanto è infastidito/a dai Suoi attuali problemi fisici (inclusa la scorsa settimana).

Per niente
Leggermente
Moderatamente
Abbastanza
Molto

	Per niente	Leggermente	Moderatamente	Abbastanza	Molto
1. Quanto è infastidito/a dalla lentezza e/o dalla goffaggine dei Suoi movimenti?					
2. Quanto è infastidito/a dagli effetti di qualunque altro trauma subito al momento del Suo trauma cranico?					
3. Quanto è infastidito/a dai dolori, incluso il mal di testa?					
4. Quanto è infastidito/a da problemi riguardanti la vista e l'udito?					
5. Complessivamente, quanto è infastidito/a dagli effetti del Suo trauma cranico?					