

**Életminőség kérdőív
(IMPACT-III.)**

Kérjük, jelöld be mindegyik sorban azt az egy négyzetet, amely a legjobban jellemzi az életminőségedet! Nincs helyes vagy rossz válasz.

	Egyáltalán nem/ soha nem zavar	Alig/ ritkán zavar	Kicsit/ olykor zavar	Meglehetősen/ gyakran zavar	Nagyon/ nagyon gyakran zavar
1. Az elmúlt két hétben mennyire fáj a hasad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A gyógyszerek, tabletták szedése zavar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Az elmúlt két hétben hányszor akadályozott meg a gyulladásos bélbetegséged abban, hogy azt egyél, amit szeretnél?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran aggódtál amiatt, hogy a betegséged fellángol, vagyis tüneteid újra megjelennek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Milyen mértékben aggódsz amiatt, hogy olyan betegséged van, amely nem múlik el csak úgy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagyon sok energiám volt	Elég sok energiám volt	Közepes energiám volt	Kis energiám volt	Semmi energiám nem volt
6. Az elmúlt 2 hétben milyen volt az erőnléti állapotod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagyon elégedett vagyok a súlyommal	Elégedett vagyok a súlyommal	Közepesen vagyok elégedett a súlyommal	Elégedetlen vagyok a súlyommal	Nagyon elégedetlen vagyok a súlyommal
7. Mit gondolsz a súlyodról?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nincs hatással a családomra	Kis hatással volt a családomra	Közömbös hatással volt a családomra	Rossz hatással volt a családomra	Szörnyű hatással volt a családomra
8. Milyen mértékben érinti gyulladásos bélbetegséged a családot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Soha	Ritkán	Olykor	Gyakran	Nagyon gyakran
9. Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran kellett gyulladásos bélbetegséged miatt bizonyos dolgokról lemondanod (hobby, sport, szórakozás)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran zavart a hasmenésed (híg vagy gyakori székelés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Milyen gyakran aggódsz a jövőbeli egészségi állapotod miatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Milyen gyakran gondolod igazságtalannak azt, hogy gyulladásos bélbetegséged van?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Az elmúlt 2 hétben volt-e olyan, hogy dühös voltál, hogy gyulladásos bélbetegséged van?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mennyiben gondolod, hogy a gyulladásos bélbetegséged miatt túl sok szabály és korlátozás ér?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Úgy gondolom, nagyszerűen nézek ki	Úgy gondolom, jól nézek ki	Úgy gondolom, közepesen nézek ki	Úgy gondolom, rosszul nézek ki	Úgy gondolom, szörnyen nézek ki
15. Milyen mértékben vagy elégedett a külsőddel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Egyáltalán nem	Alig	Közepesen	Meglehetősen	Nagyon
16. Érez-e szégyenérzetet a beleid állapota miatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagyon gyakran	Gyakran	Olykor	Ritkán	Soha
17. Voltak vidám pillanataid az elmúlt két hétben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Egyáltalán nem nehezebb/ soha	Nagyon kicsit nehezebb/ritkán	Kicsit, nem mindig nehezebb/ olykor	Nagyon nehezebb/ gyakran	Sokkal nehezebb/ nagyon gyakran
18. Nehezebb barátságokat kötnöd, mert gyulladásos bélbetegséged van?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Milyen gyakran aggódsz amiatt, hogy a székleted vért tartalmaz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beteg neve: _____ Születési dátum: ____/____/____ Kitöltés dátuma: ____/____/____ (TRANS-IBD # _____)

20. Aggódsz-e amiatt, hogy a gyulladásos bélbetegséged miatt nem tudsz elmenni egy randevúra, vagy nem lesz barátod/barátnőd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran fájt nagyon a hasad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mennyire viselnek meg azok a vizsgálatok, amin át kell menned?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Erőszakoskodik-e veled más gyerek, vagy hagy ki dolgokból a gyulladásos bélbetegséged vagy annak kezelése miatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Milyen gyakran félsz attól, hogy megoperálnak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran aggódtál amiatt, hogy bekakilsz vagy nem érsz időben a WC-re?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Próbálsz-e titokban tartani gyulladásos bélbetegségedet a többi ember előtt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Megnehezíti-e a gyulladásos bélbetegséged, hogy utazzál, vagy hogy nyaralni menjél?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagyszerűen/ nagyon boldogan	Jól/ boldogan	Közepesen/ közömbösen	Rosszul/ boldogtalanul	Szörnyen/ nagyon boldogtalanul
28. Hogy érezted magad az elmúlt 2 hétben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Boldog vagy az életeddel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mindig	Gyakran	Néha	Ritkán	Soha
30. Van olyan személy, akivel tudsz beszélni a gyulladásos bélbetegségedről?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Soha/ egyáltalán nem	Ritkán/ kicsit	Olykor/ közepesen	Gyakran/ meglehetősen	Nagyon gyakran/ nagyon
31. Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran kellett „szellentened”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beteg neve: _____ Születési dátum: ____/____/____ Kitöltés dátuma: ____/____/____ (TRANS-IBD # _____)

32. Az elmúlt 2 hétben mennyire voltál fáradt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagyon elégedett vagyok vele	Elégedett vagyok vele	Közepesen vagyok elégedett	Nem vagyok elégedett	Szörnyen elégedetlen vagyok
33. Mit gondolsz a magasságodról?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagyon gyakran/ mindig	Gyakran/ legtöbb nap	Olykor/ minden másnap	Ritkán/ néhány naponta	Soha
34. A gyulladáscsökkentő bélbetegséged mennyire engedi, hogy olyan sportot űzz, amit szeretnél?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran tudtál járni iskolába? (Ha éppen iskolai szünet vagy nyári szünet van, úgy válaszolj, mintha lenne iskola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>