

Կյանքի որակի հարցաթերթիկ՝ կապված Գրեյվսի օրբիտոպաթիայի հետ (GO-QOL)

Ստորև ներկայացվում են հարցեր, որոնք վերաբերում են ձեր աչքերի հիվանդությանը՝ Գրեյվսի հիվանդությանը:

Հարցերին պատասխանելիս մտածեք անցած 7 օրվա մասին:

Անցած 7 օրվա ընթացքում աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդության պատճառով որքանո՞վ եք կաշկանդված եղել հետևյալ գործողությունները կատարելիս:

Նշեք այն վանդակը, որը համապատասխանում է ձեր պատասխանին: Վանդակները համապատասխանում են դրանց վերևի պատասխաններին: Յուրաքանչյուր հարցից հետո նշեք մեկ վանդակ:

	Այո, շատ կաշկանդված եմ եղել	Այո, մի փոքր կաշկանդված եմ եղել	Ոչ, բոլորովին կաշկանդված չեմ եղել
1. Հեծանիվ վարելը [երբեք հեծանիվ վարել չեմ սովորել <input type="checkbox"/>]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ավտոմեքենա վարելը [վարորդական իրավունք չունեմ <input type="checkbox"/>]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Տանը և տան շրջակայքում տեղաշարժվելը	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Դրսում քայլելը	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Կարդալը	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Հեռուստացույց դիտելը	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Միբելի գրադմունքը կամ ժամանցը, օր.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Այո, շատ կաշկանդված եմ եղել	Այո, մի փոքր կաշկանդված եմ եղել	Ոչ, բոլորովին կաշկանդված չեմ եղել
8. Անցած 7 օրվա ընթացքում սահմանափակված զգացե՞լ եք ձեզ անելու այն, ինչ ցանկանում էիք անել, ձեր աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդության պատճառով:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ստորև ներկայացվում են ընդհանուր հարցեր ձեր աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդության վերաբերյալ:

	Այո, շատ	Այո, մի փոքր	Ոչ, բոլորովին
9. Արդյո՞ք զգում եք, որ ձեր աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդության պատճառով ձեր արտաքինը փոխվել է:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Դուք զգո՞ւմ եք, որ ձեզ փողոցում նայում են սևեռուն հայացքով՝ ձեր աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդության պատճառով:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Արդյո՞ք զգում եք, որ ձեր աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդության պատճառով մարդիկ բացասաբար են արձագանքում:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Արդյո՞ք զգում եք, որ ձեր աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդությունը բացասաբար է ազդում ձեր ինքնավստահության վրա:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Արդյո՞ք զգում եք, որ ձեր աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդության պատճառով դժվարանում եք ընկերություն անել:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ձեր աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդության պատճառով զգացե՞լ եք ձեզ հասարակությունից մեկուսացված:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Արդյո՞ք զգում եք, որ լուսանկարներում ավելի քիչ եք հայտնվում, քան առաջ՝ նախքան ձեր աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդությունն ձեռք բերելը:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Արդյո՞ք փորձում եք քողարկել աչքերի ախտահարմամբ Գրեյվսի հիվանդության արդյունքում ի հայտ եկած ձեր արտաքինի փոփոխությունները:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>