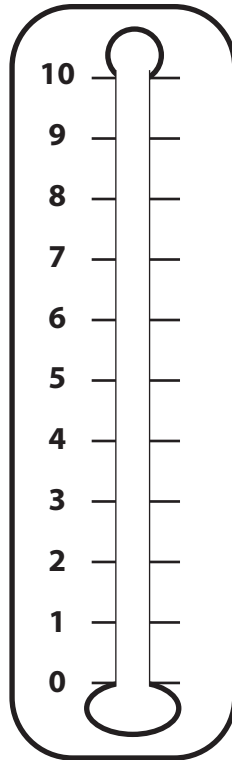


Termometr dystresu

Extremalny dystres



Brak dystresu

Tak	Nie	Problemy praktyczne	Tak	Nie	Problemy fizyczne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opieka nad dzieckiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wygląd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prace domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycie, ubieranie się
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ubezpieczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oddychanie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zmiany w oddawaniu moczu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praca / szkoła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaparcie
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biegunka
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jedzenie
Problemy rodzinne			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zmęczenie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radzenie sobie z dziećmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obrzęki
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radzenie sobie z partnerem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gorączka
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poruszanie się
Problemy emocjonalne			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niestrawność
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zmiany w jamie ustnej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lęki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pamięć, skupianie uwagi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerwowość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nudności
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smutek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchość śluzówki nosa lub wzmożone wydzielanie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Martwienie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ból
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seks
Problemy duchowe, rodzinne			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchość skóry, swędzenie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utrata wiary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relacja z Bogiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mrowienie dłoni / stóp
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utrata znaczenia lub celu w życiu			

Inne problemy: _____
