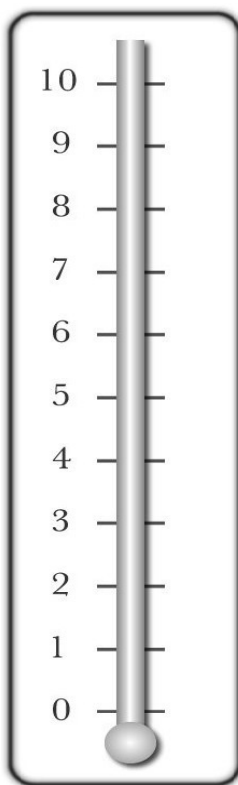


data ..... imię i nazwisko .....

**Instrukcja:** Najpierw proszę otoczyć kółkiem cyfrę (0 – 10), która najlepiej określa, jakiego stresu doświadczyłaś/eś w ostatnim tygodniu włącznie z dniem dzisiejszym.

## TERMOMETR DYSTRESU

ekstremalny stres



brak stresu

Następnie wskaż, co z poniższej listy było dla Ciebie problemem w ubiegłym tygodniu włącznie z dniem dzisiejszym. Upewnij się, czy zaznaczyłaś/eś TAK lub NIE przy każdym punkcie listy.

### TAK NIE Problemy praktyczne

- wychowywanie dziecka
- mieszkanie
- ubezpieczenie/finanse
- transport/korzystanie ze środków lokomocji
- praca/szkoła

### Problemy rodzinne

- relacje z dziećmi
- relacje z partnerem

### Problemy emocjonalne

- depresja
- lęki
- podenerwowanie
- smutek
- martwienie się
- utrata zainteresowania codziennymi zajęciami

- Kwestie religijne/duchowe**

### TAK NIE Problemy fizyczne

- wygląd
- mycie się/ubieranie
- oddychanie
- zmiany w oddawaniu moczu
- zaparcia
- biegunka
- spożywanie posiłków
- zmęczenie
- wrażenie opuchnięcia
- gorączka
- przemieszczanie się
- niestrawność
- pamięć/koncentracja
- zmiany chorobowe w jamie ustnej
- nudności
- suchość w nosie lub nadmiar wydzieliny
- ból
- seksualność
- suchość skóry/swędzenie
- sen
- mrowienie w dłoniach/stopach

inne problemy: .....