

QUESTIONNAIRE SANTE, WELLNESS ET QUALITE DE VIE

Université de Californie à Irvine

Nom : _____

Date : _____

Répondez aux questions en encerclant la réponse qui vous décrit le mieux en ce moment.
Une seule réponse possible.

ETAT PHYSIQUE

Estimez les questions suivantes en rapport avec la fréquence

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Constant
1	Présence de douleurs physiques (dos, nuque, ...)	1	2	3	4	5
2	Tension, raideur ou manque de souplesse de la colonne	1	2	3	4	5
3	Fatigue, manque d'énergie ou de vitalité	1	2	3	4	5
4	Fréquence de refroidissement, rhume, grippe, « crève »	1	2	3	4	5
5	Fréquence de migraines ou maux de tête	1	2	3	4	5
6	Fréquence de nausée ou constipation	1	2	3	4	5
7	Fréquence de douleurs ou malaise menstruelles	1	2	3	4	5
8	Allergies ou eczéma	1	2	3	4	5
9	Vertige, tête qui tourne, malaise, instabilité	1	2	3	4	5
10	Accident, chute, « encoublade » ou quasi-chute	1	2	3	4	5

ETAT MENTAL / EMOTIONNEL

Estimez les questions suivantes en rapport avec la fréquence

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Constant
1	Si vous avez des douleurs, comment vous gênent-elles ?	1	2	3	4	5
2	Présence de pensées négatives sur vous-même	1	2	3	4	5
3	Mauvaise humeur, énervement, irritabilité	1	2	3	4	5
4	Dépression, déprime ou perte d'intérêt	1	2	3	4	5
5	Préoccupation excessive pour les « petites choses »	1	2	3	4	5
6	Difficulté à se concentrer, penser clairement ou prendre des décisions	1	2	3	4	5
7	Anxiété, préoccupation ou peurs indéfinies	1	2	3	4	5
8	Impulsivité, nervosité, « comme sur des ressorts »	1	2	3	4	5
9	Difficulté à s'endormir ou à rester endormi	1	2	3	4	5
10	Intrusions de pensées ou de rêves récurrents	1	2	3	4	5

EVALUATION DU NIVEAU DE STRESS

Evaluez votre niveau de stress dans les catégories suivantes

		Aucun	Un peu	Modéré	Prononcé	Sévère
1	Famille	1	2	3	4	5
2	Epoux/se, partenaire, ami(e) intime	1	2	3	4	5
3	Santé	1	2	3	4	5
4	Finances	1	2	3	4	5
5	Vie sexuelle	1	2	3	4	5
6	Travail	1	2	3	4	5
7	Ecole, études, ou formation	1	2	3	4	5
8	Bien-être général	1	2	3	4	5
9	Bien-être émotionnel	1	2	3	4	5
10	Capacité à surmonter les problèmes quotidiens	1	2	3	4	5

APPRECIATION DE LA VIE

Évaluez les propositions suivantes

		Pas du tout	Un peu	Modéré	Assez	Beaucoup
1	Ouverture intérieure, intuitions	1	2	3	4	5
2	Sentiment de relaxation, d'aise, de bien-être	1	2	3	4	5
3	Pensées positives sur soi-même	1	2	3	4	5
4	Intérêt pour un style de vie sain (alimentation, fitness,...)	1	2	3	4	5
5	Sentiment d'être ouvert/connecté avec les autres	1	2	3	4	5
6	Niveau de confiance dans votre capacité à surmonter l'adversité	1	2	3	4	5
7	Niveau de compassion et d'acceptation pour les autres	1	2	3	4	5
8	Satisfaction avec votre niveau d'activités de récréation	1	2	3	4	5
9	Niveau de satisfaction dans votre vie sexuelle	1	2	3	4	5
10	Incidence de sentiment de joie ou de bonheur	1	2	3	4	5
11	Temps passé à faire ce que vous aimez faire	1	2	3	4	5

QUALITE DE VIE GLOBALE

Évaluez votre satisfaction et qualité de vie dans les domaines suivants

		Horrible	Pas heureux	Globalement insatisfait	Moyen	Plutôt satisfait	Satisfait	Enchanté
1	Vie personnelle	1	2	3	4	5	6	7
2	Epoux/se, partenaire, ...	1	2	3	4	5	6	7
3	Vie romantique	1	2	3	4	5	6	7
4	Professionnel	1	2	3	4	5	6	7
5	Collègues de travail	1	2	3	4	5	6	7
6	Le travail que vous faites	1	2	3	4	5	6	7
7	Capacité à gérer les problèmes dans votre vie	1	2	3	4	5	6	7
8	Vos accomplissements dans la vie	1	2	3	4	5	6	7
9	Apparence physique	1	2	3	4	5	6	7
10	Vous-même	1	2	3	4	5	6	7
11	Votre capacité à vous adapter, à changer dans la vie	1	2	3	4	5	6	7
12	Votre vie, de manière globale	1	2	3	4	5	6	7
13	Satisfaction globale de votre vie	1	2	3	4	5	6	7
14	La mesure dans laquelle votre vie est ce que vous voudriez qu'elle soit	1	2	3	4	5	6	7