

VPRAŠALNIK BOLNIŠNICE ST. GEORGE O DIHANJU

BOLNIKOVI PODATKI

Mat. indeks: _____

Prihod: _____

Priimek in ime: _____

Odhod: _____

S pomočjo tega vprašalnika želimo izvedeti več o tem, kakšne težave imate s svojim dihanjem in kako to vpliva na vaše življenje. Uporabljamo ga, da bi odkrili, katere plati vaše bolezni vam povzročajo največ težav, saj nas zanima vaše osebno mnenje.

Prosimo, pozorno preberite navodila in vprašajte, če česa ne razumete. Ne premišlujte predolgo, preden se odločite za odgovor.

Preden izpolnite preostali del vprašalnika, vas prosimo, da odključate kvadratek, ki ustreza vašemu sedanjemu zdravstvenemu stanju.

Zelo dobro Slabo Dobro Zelo slabo Še kar

PRVI DEL

Prvi del vsebuje vprašanja o tem, koliko težav pri dihanju ste imeli v zadnjih treh mesecih. Prosimo, odključajte en kvadratek pri vsakem vprašanju.

	Večino dni v tednu	Nekaj dni v tednu	Nekaj dni v mesecu	Samo ob pljučnih infekcijah	Sploh ne
1. V zadnjih treh mesecih sem kašljal/-a.	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
2. V zadnjih treh mesecih sem izkašljeval/-a sluz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. V zadnjih treh mesecih sem imel/-a kratko sapo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. V zadnjih treh mesecih sem imel/-a napade piskanja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Koliko težkih ali zelo neprijetnih napadov težav pri dihanju ste imeli v zadnjih treh mesecih?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kako dolgo je trajal najtežji napad težav pri dihanju (če niste imeli težkih napadov, nadaljujte s 7. vprašanjem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Koliko dobrih dni (z malo težav pri dihanju) ste imeli v enem običajnem tednu v zadnjih treh mesecih?	Nobenega dobrega dneva.	1 ali 2 dobra dneva.	3 ali 4 dobre dneve.	Skoraj vsak dan je bil dober.	Vsi dnevi so bili dobri.
	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
8. Če piskate, ali je slabše zjutraj?	Da	Ne			
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)			

DRUGI DEL

1. odstavek	<i>Kako bi opisali svoje težave pri dihanju (odkljukajte samo en kvadrantek)?</i>	Moj najpomembnejši problem.	Povzroča mi precej problemov.	Povzroča mi malo problemov.	Ne povzroča mi problemov.
		<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
	<i>Če ste bili kdaj zaposleni, prosimo, da odkljukate enega od kvadratov.</i>	Težave pri dihanju so me prisilile, da neham delati.	Težave pri dihanju me ovirajo pri delu ali so me prisilile, da sem zamenjal/-a delo.	Težave pri dihanju ne vplivajo na moje delo.	
		<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
2. odstavek	<i>Vprašanja o tem, katere dejavnosti vam <u>v teh dneh</u> običajno povzročajo občutek, da vam zmanjkuje sape. Glede na to, kateri odgovor je za vas najustreznejši, pri vsakem vprašanju odkljukajte "Drži" ali "Ne drži".</i>				
				Drži	Ne drži
	Ko sedim ali ležim pri miru.			<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
	Ko se umivam ali oblačim.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ko hodim po stanovanju.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ko hodim zunaj po ravnem.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ko prehodim za eno nadstropje stopnic.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ko se vzpenjam na hrib.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ko se ukvarjam s športom ali z igrami.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. odstavek	<i>Še nekaj vprašanj o vašem kašljanju in zmanjkovanju sape v <u>teh dneh</u>. Glede na to, kateri odgovor je za vas najustreznejši, pri vsakem vprašanju odkljukajte "Drži" ali "Ne drži".</i>				
				Drži	Ne drži
	Kašelj mi povzroča bolečine.			<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
	Kašelj me utruja.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zmanjka mi sape, ko govorim.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zmanjka mi sape, ko se sklonim.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moj kašelj ali dihanje mi moti spanje.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hitro se izčrpam.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. odstavek	<i>Vprašanja o drugih posledicah vaših težav pri dihanju <u>v teh dneh</u>. Glede na to, kateri odgovor je za vas najustreznejši, pri vsakem vprašanju odkljukajte "Drži" ali "Ne drži".</i>				
				Drži	Ne drži
	Moj kašelj ali moje dihanje me v prisotnosti drugih spravlja v zadrego.			<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

- Moje težave pri dihanju so nadloga za mojo družino, prijatelje ali sosede.
- Ko ostanem brez sape, postanem prestrašen ali paničen.
- Čutim, da ne obvladujem svojih težav pri dihanju.
- Ne pričakujem, da se bodo moje težave pri dihanju izboljšale.
- Zaradi težav pri dihanju sem postal/-a slaboten/slabotna ali invaliden/invalidna.
- Telesna dejavnost zame ni varna.
- Vse se mi zdi prenaporno.

5. odstavek

Vprašanja o vašem zdravljenju. Če se ne zdravite, izpusite ta odstavek in preidite na 6. odstavek. Prosimo, da pri izpolnjevanju tega dela odključate "Drži" ali "Ne drži", glede na to, kateri odgovor je za vas najustreznejši.

Drži Ne drži

- Moje zdravljenje mi ne pomaga veliko. (1) (0)
- Jemanje zdravil v prisotnosti drugih me spravlja v zadrego.
- Moje zdravljenje ima neprijetne stranske učinke.
- Moje zdravljenje močno vpliva na moje življenje.

6. odstavek

To so vprašanja o tem, kako morda vaše dihanje vpliva na vaše dejavnosti. Pri vsakem vprašanju odključajte "Drži", če se več delov ali vsaj en del vprašanja nanaša na vas zaradi vašega dihanja, sicer odključajte "Ne drži".

Drži Ne drži

- Za umivanje ali oblačenje porabim veliko časa. (1) (0)
- Ne morem se okopati ali prhati oziroma mi to vzame veliko časa.
- Hodim počasneje kot drugi ljudje ali pa se moram med hojo ustaviti, da počijem.
- Opravila, kot so hišna dela, mi vzamejo veliko časa ali pa se moram med delom ustaviti, da počijem.
- Ce moram prehoditi za eno nadstropje stopnic, moram hoditi počasi ali se ustaviti, da počijem.
- Če hitim ali hodim hitro, se moram ustaviti, da počijem, ali upočasniti hojo.
- Moje dihanje mi otežuje dejavnosti, kot so hoja po hribih, nošenje stvari po stopnicah navzgor, pletje in druga lahka vrtnarska opravila, ples ali balinanje.
- Moje dihanje mi otežuje nošenje težkih bremen, okopavanje vrta ali odstranjevanje snega, tek ali hitro hojo (8 km na uro), igranje tenisa ali plavanje.

Moje dihanje mi otežuje opravljanje dejavnosti, kot so zelo težka fizična dela, tek, kolesarjenje, hitro plavanje ali tekmovalni športi.

7.odstavek

Radi bi vedeli, kako vaše težave pri dihanju običajno vplivajo na vaše vsakodnevno življenje. Prosim, da odključate "Drži" ali "Ne drži" z ozirom na to, kaj je za vas ustrezno glede na vaše težave pri dihanju ("Drži" velja za vas le, če česa ne morete početi zaradi svojega dihanja).

	Drži	Ne drži
Ne morem se ukvarjati s športom ali sodelovati v igrah.	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Ne morem se udeleževati zabavnih prireditev ali rekreacije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne morem iti iz hiše po nakupih.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne morem opravljati hišnih del.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne morem se preveč oddaljiti od svoje postelje ali stola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tukaj je seznam drugih dejavnosti, ki jih morda ne morete opravljati zaradi svojih težav pri dihanju (teh vam ni treba odključati; navedli smo jih le, da bi vas spomnili, kako vas lahko prizadene pomanjkanje sape):

- Sprehodi ali sprehod s psom.
- Opravila doma ali na vrtu:
- Spolno občevanje.
- Obiskovanje cerkve ali obiskovanje zabavnih prireditev.
- Hoja v slabem vremenu ali zadrževanje v zakajenih prostorih.
- Obiskovanje družine ali prijateljev ali igranje z otroki.

Prosim, napišite še druge pomembne dejavnosti, ki jih morda zaradi svojih težav pri dihanju ne morete opravljati.

Sedaj odključajte kvadratek (samo enega), ki po vašem mnenju najbolje opisuje, kako vas vaše težave pri dihanju prizadenejo.

Ne preprečujejo mi ničesar, kar bi rad/-a počel/-a.

(0)

Preprečujejo mi eno ali dve reči, ki bi jih rad/-a počel/-a.

(1)

Preprečujejo mi večino reči, ki bi jih rad/-a počel/-a.

(2)

Preprečujejo mi vse reči, ki bi jih rad/-a počel/-a.

(3)

SKUPNO ŠTEVILO TOČK: _____