

FRÅGEFORMULÄR OM LUNGSJUKDOMAR

Detta frågeformulär är avsett att hjälpa oss att få veta mer om hur Din lungsjukdom påverkar Dig och Din livsföring. Utöver vad läkare och sjuksköterskor kommer fram till vill vi gärna på detta sätt få reda på vad det är i Din sjukdom som orsakar Dig mest problem. Den information Du lämnar kommer att hållas strikt konfidentiell.

Läs instruktionerna noga. Fråga gärna om Du undrar över något. Fundera inte för länge över hur Du svarar på varje fråga.

The St. George's Respiratory Questionnaire
Jones, P W et al. *Respir Med* 1991; 85: 25-31.
Jones, P W et al. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 1321-1327.

Svensk standardversion 1.1, 1996.
Sektionen för vårdforskning
Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

DEL 1

FÖRST BER VI DIG SVARA PÅ NÅGRA FRÅGOR OM HUR MYCKET BESVÄR DU HAFT AV DIN LUNGSJUKDOM PÅ SISTONE. SÄTT ETT KRYSS FÖR VAR FRÅGA.

	Nästan var dag i veckan	Flera dagar i veckan	Ett par dagar i månaden	Bara vid infektioner i luftvägarna	Inte alls
1) Jag har hostat på sistone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Jag har hostat upp slem på sistone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Jag har varit andfådd på sistone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Jag har haft pip i bröstet på sistone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Hur många attacker med svåra eller mycket obehagliga andningsbesvär har Du haft på sistone?				Mer än 3 attacker.....	<input type="checkbox"/>
				3 attacker.....	<input type="checkbox"/>
				2 attacker.....	<input type="checkbox"/>
				1 attack.....	<input type="checkbox"/>
				Ingen.....	<input type="checkbox"/>
6) Hur länge varade den svåraste attacken?				En vecka eller längre....	<input type="checkbox"/>
				Tre dygn till en vecka....	<input type="checkbox"/>
				Ett till två dygn.....	<input type="checkbox"/>
				Mindre än ett dygn.....	<input type="checkbox"/>
7) Hur många bra dagar med lite besvär har Du haft på sistone under en genomsnittlig vecka?				Ingen.....	<input type="checkbox"/>
				1 - 2.....	<input type="checkbox"/>
				3 - 4.....	<input type="checkbox"/>
				Nästan var dag.....	<input type="checkbox"/>
				Var dag.....	<input type="checkbox"/>
8) Om Du har pip i bröstet, är det värst på morgonen?				Nej.....	<input type="checkbox"/>
				Ja.....	<input type="checkbox"/>

DEL 2**Avsnitt 1**

HUR SKULLE DU VILJA BESKRIVA DIN LUNGSJUKDOM?

- Den är det största problem jag har.....
- Den orsakar mig mycket problem.....
- Den orsakar mig en del problem.....
- Den orsakar mig inga problem.....

OM DU FÖRVÄRVSARBETAR ELLER HAR FÖRVÄRVSARBETAT TIDIGARE, SÄTT ETT KRYSS FÖR ETT AV FÖLJANDE PÅSTÄENDEN:

- Min lungsjukdom fick mig att sluta arbeta.....
- Min lungsjukdom stör mig i arbetet eller har fått mig att byta arbete.....
- Min lungsjukdom påverkar inte mitt arbete.....

Avsnitt 2

NU FÖLJER FRÅGOR OM VILKA AKTIVITETER SOM GÖR DIG ANDFÅDD. SÄTT ETT KRYSS FÖR DET SOM PASSAR IN PÅ DIG FÖR NÄRVARANDE.

- | | Stämmer | Stämmer inte |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sitta eller ligga och vila..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tvätta och klä mig..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå omkring hemma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå utomhus på plan mark..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå uppför <u>en</u> trappa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå i uppførsbacke..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sporta eller idrotta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avsnitt 3

NÅGRA YTTERLIGARE FRÅGOR OM HOSTA OCH ANDFÅDDHET. SÄTT ETT KRYSS FÖR DET SOM PASSAR IN PÅ DIG FÖR NÄRVARANDE.

- | | Stämmer | Stämmer inte |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Det gör ont när jag hostar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag hostar så att jag blir trött..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag blir andfådd av att tala..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag blir andfådd av att böja mig..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hosta eller andfåddhet stör min sömn..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag blir lätt uttröttad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avsnitt 4

HÄR KOMMER FRÅGOR OM HUR DIN LUNGSJUKDOM PÅVERKAR DIG PÅ ANDRA SÄTT. SÄTT ETT KRYSS FÖR DET SOM PASSAR IN PÅ DIG FÖR NÄRVARANDE.

	Stämmer	Stämmer inte
Hostan och andfåddheten generar mig när jag är ute bland folk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina luftrörsbesvär stör min familj, mina vänner och mina grannar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir rädd eller panikslagen när jag inte kan få luft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner att jag inte har kontroll över min lungsjukdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag väntar mig inte att min lungsjukdom skall bli bättre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit svag och invalidiserad av min lungsjukdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansträngning kan vara farligt för mig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allt jag företar mig tycks vara en för stor ansträngning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avsnitt 5

NU FÖLJER FRÅGOR OM DINA MEDICINER. OM DU INTE TAR NÅGRA, GÅ VIDARE TILL AVSNITT 6.

	Stämmer	Stämmer inte
Mina mediciner hjälper mig inte särskilt mycket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig besvärad av att använda mina mediciner ute bland folk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får obehagliga biverkningar av mina mediciner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina mediciner stör min livsföring mycket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avsnitt 6

VI VILL FORTSÄTTA MED FRÅGOR OM HUR DIN LIVSFÖRING KAN PÅVERKAS AV DINA ANDNINGSBESVÅR. SÄTT ETT KRYSS FÖR DET SOM PASSAR IN PÅ DIG OCH HAR MED DINA ANDNINGSBESVÅR ATT GÖRA.

	Stämmer	Stämmer inte
Det tar lång tid för mig att tvätta och klä mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan inte bada eller duscha, eller så tar det lång tid för mig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag går inte lika fort som andra, eller så behöver jag stanna och vila ibland.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sysselsättningar som hushållsarbete tar lång tid, eller så måste jag ta igen mig ibland....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag går uppför <u>en</u> trappa måste jag gå långsamt eller stanna och vila.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag skyndar mig eller går fort måste jag dämpa takten eller stanna.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att jag blir andfådd gör det svårt för mig att t ex gå i backar, bära saker uppför trappor, göra lättare trädgårdsarbete (t ex rensa ogräs), dansa, spela bowling eller golf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att jag blir andfådd gör det svårt för mig att t ex bära tunga saker, gräva i trädgården, skotta snö, jogga, gå i snabb takt (ungefär 8 km på en timme), spela tennis eller simma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att jag blir andfådd gör det svårt för mig att t ex utföra mycket tungt kroppsarbete, springa, cykla, simma fort eller tävlingsidrotta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avsnitt 7

VI SKULLE VILJA VETA HUR DIN LUNGSJUKDOM VANLIGTVIS PÅVERKAR DIN DAGLIGA TILLVARO. SÄTT ETT KRYSS FÖR DET SOM PASSAR IN PÅ DIG OCH HAR MED DIN SJUKDOM ATT GÖRA.

	Stämmer	Stämmer inte
Jag kan inte sporta eller idrotta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan inte gå ut för att roa mig eller koppla av.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan inte gå ut och handla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan inte sköta hushållsarbete.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan inte flytta mig någon längre bit från stolen eller sängen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÄR FÖLJER EN UPPRÄKNING AV ANNAT SOM DIN LUNGSJUKDOM KANSKE HINDRAR DIG FRÅN ATT GÖRA. SÄTT ETT STRECK UNDER DET SOM PASSAR IN PÅ DIG.

Gå ut och gå eller gå ut med hunden

Göra saker i hemmet eller i trädgården

Ha samliv med min partner

Gå i kyrkan, gå på restaurang, delta i föreningsliv eller annan underhållning

Vistas utomhus i dåligt väder eller i rökiga lokaler

Hälsa på släkt och vänner eller leka med barn

FINNS DET ANDRA VIKTIGA SAKER SOM DU KANSKE HINDRAS ATT GÖRA PÅ GRUND AV DIN LUNGSJUKDOM? BESKRIV DESSA I SÅ FALL HÄR:

.....

.....

.....

.....

KAN DU NU SÄTTA ETT KRYSS FÖR DET SOM DU TYCKER BÄST BESKRIVER HUR DIN LUNGSJUKDOM PÅVERKAR DIG (BARA ETT KRYSS).

- Den hindrar mig inte att göra någonting som jag vill göra....
- Den hindrar mig att göra en eller ett par saker som jag vill göra.....
- Den hindrar mig att göra det mesta som jag vill göra.....
- Den hindrar mig att göra allt som jag vill göra.....