

Data:.....

Numer osoby badanej:.....

**KWESTIONARIUSZ OCENY JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB PO
PRZESZCZEPIE PŁUC (LT-QOL)**

Bardzo dziękujemy za udział w badaniu.

Proszę przewrócić stronę aby rozpocząć badanie.

W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często doświadczał/a Pan/i następujących objawów (bez przechodzenia infekcji płuc bądź odrzutu przeszczepu)?

	<i>Wcale</i>	<i>Tylko kiedy miałem/am infekcję</i>	<i>Parę dni w miesiącu</i>	<i>Kilka dni w tygodniu</i>	<i>Prawie codziennie</i>
1. Miałem/am zadyszkę.	1	2	3	4	5
2. Czułem/am ucisk w klatce piersiowej.	1	2	3	4	5
3. Kaszlałem/am.	1	2	3	4	5
4. Odkasływałem/am duże ilości flegmy (plwociny).	1	2	3	4	5
5. Miałem/am czasami świszczący oddech.	1	2	3	4	5
	<i>Codziennie</i>	<i>Prawie codziennie</i>	<i>3-4 dni w tygodniu</i>	<i>1-2 dni w tygodniu</i>	<i>Wcale</i>
6. W ciągu ostatnich trzech miesięcy, ile dobrych dni doświadczył/a Pan/i (z niewielką liczbą dolegliwości ze strony układu oddechowego)?	1	2	3	4	5
	<i>Brak epizodów</i>	<i>1 epizod</i>	<i>2 epizody</i>	<i>3 epizody</i>	<i>Więcej niż 3 epizody</i>
7. Podczas ostatnich trzech miesięcy, ile poważnych lub bardzo nieprzyjemnych epizodów dolegliwości płucnych/oddechowych doświadczył/a Pan/i?	1	2	3	4	5

Poniżej znajduje się lista objawów i dolegliwości, które mógł/mogła Pan/i odczuwać. W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często doświadczał/a Pan/i któregoś z poniższych?

	<i>Nigdy</i>	<i>Raz lub dwa razy</i>	<i>Kilka razy</i>	<i>Dość często</i>	<i>Bardzo często</i>
8. Miałem/am problemy z połykaniem jedzenia.	1	2	3	4	5
9. Miałem/am trudności z przelatykaniem płynów.	1	2	3	4	5
10. Zakrztusiłem/am się podczas przelatykania.	1	2	3	4	5
11. Przeszkadzał mi smak jedzenia.	1	2	3	4	5
12. Miałem/am kiepski apetyt.	1	2	3	4	5
13. Miałem/am mdłości.	1	2	3	4	5
14. Odczuwałem/am dyskomfort lub ból w okolicy brzucha.	1	2	3	4	5
15. Miałem/am wzdęcia lub skurcze w okolicy brzucha.	1	2	3	4	5
16. Miałem/am zaparcia.	1	2	3	4	5
17. Miałem/am biegunkę.	1	2	3	4	5
18. Obawiałem/am się być zbyt daleko od toalety.	1	2	3	4	5
19. Trzęsły mi się ręce.	1	2	3	4	5
20. Moje mięśnie nóg były słabe.	1	2	3	4	5

21. Odczuwałem/am mrowienie lub brak czucia w dłoniach lub stopach.	1	2	3	4	5
22. Odczuwałem/am dyskomfort w dłoniach lub stopach (ból, skurcze, pieczenie, itp.)	1	2	3	4	5

Poniższe pytania dotyczą Pańskiego/Pani leczenia (zażywanie leków, wizyty kontrolne i badania takie jak prześwietlenia, bronchoskopie) w ciągu ostatnich 4 tygodni.

	<i>Wcale</i>	<i>W niewielkim stopniu</i>	<i>Trochę</i>	<i>W dużym stopniu</i>	<i>W bardzo dużym stopniu</i>
23. Skutki leczenia były gorsze, niż to sobie wyobrażałem/am.	1	2	3	4	5
24. Do jakiego stopnia leczenie (włączając zażywane leki) utrudnia Panu/i codzienne życie?	1	2	3	4	5
25. Jak trudne jest dla Pana/i poddawanie się codziennemu leczeniu (włączając zażywanie leków)?	1	2	3	4	5

W ciągu ostatnich 4 tygodni, do jakiego stopnia poniższe stwierdzenia odnoszą się do Pana/i?

	<i>Wcale</i>	<i>W niewielkim stopniu</i>	<i>Trochę</i>	<i>W dużym stopniu</i>	<i>W bardzo dużym stopniu</i>
26. Obawiam się, że mój przeszczep płuc/a nie będzie funkcjonował lub zostanie odrzucony.	1	2	3	4	5
27. Obawiam się infekcji.	1	2	3	4	5
28. Z powodu przeszczepu płuc, miałem/am trudności z planowaniem przyszłości.	1	2	3	4	5
29. Obawiałem/am się, że mój stan zdrowia się pogorszy.	1	2	3	4	5
30. Czułem/am się niepewnie w kwestii mojego zdrowia w przyszłości.	1	2	3	4	5

W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często dokuczały Panu/i następujące problemy?

	<i>Nigdy</i>	<i>Raz lub dwa razy</i>	<i>Kilka razy</i>	<i>Dość często</i>	<i>Bardzo często</i>
31. Nerwowość, niepokój, zdenerwowanie.	1	2	3	4	5
32. Niemożność zaprzestania lub kontroli zamartwiania się.	1	2	3	4	5
33. Zbytne przejmowanie się różnymi rzeczami.	1	2	3	4	5
34. Problemy z odprężeniem się.	1	2	3	4	5
35. Bycie tak niespokojnym, że ciężko było usiedzieć w miejscu.	1	2	3	4	5
36. Łatwe wpadanie w złość lub irytację.	1	2	3	4	5

37. Obawa, że może się wydarzyć coś strasznego.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Te pytania dotyczą Pana/i i tego jak się Pan/i czuje. W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często...

	<i>Nigdy</i>	<i>Raz lub dwa razy</i>	<i>Kilka razy</i>	<i>Dość często</i>	<i>Bardzo często</i>
38. ...uczucie przygnębienia przeszkadzało w tym, co Pan/i zwykle robi?	1	2	3	4	5
39. ...czuł/a się Pan/i przygnębiony/a?	1	2	3	4	5
40. ...zmieniały się Pana/i nastroje bądź rozmyślał/a Pan/i o różnych rzeczach?	1	2	3	4	5
41. ...miał/a Pan/i kiepski lub bardzo kiepski nastrój?	1	2	3	4	5
42. ...czuł/a się Pan/i przygnębiony/a lub załamany/a?	1	2	3	4	5
	<i>Wcale</i>	<i>W niewielkim stopniu</i>	<i>Trochę</i>	<i>Bardzo</i>	<i>Ekstremalnie</i>
43. Jak bardzo przygnębiony/a (w najgorszym momencie) czuł/a się Pan/i?	1	2	3	4	5

W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często...

	<i>Wcale</i>	<i>Trochę</i>	<i>Dość często</i>	<i>Przez większość czasu</i>	<i>Cały czas</i>
44. ...miał/a Pan/i trudności z rozumowaniem i rozwiązywaniem problemów; na przykład: z planowaniem, podejmowaniem decyzji, uczeniem się nowych rzeczy?	1	2	3	4	5
45. ...miał/a Pan/i trudności z wykonywaniem czynności wymagających skupienia i myślenia?	1	2	3	4	5
46. ...był/a Pan/i zagubiony/a i rozpoczynał/a kilka czynności jednocześnie?	1	2	3	4	5
47. ...zapominał/a Pan/i np. o rzeczach, które wydarzyły się niedawno, gdzie coś Pan/i położył/a, o umówionych spotkaniach?	1	2	3	4	5
48. ...miał/a Pan/i problemy z utrzymaniem uwagi na jednej czynności przez dłuższy czas?	1	2	3	4	5
49. ...reagował/a Pan/i wolno na rzeczy, które zostały powiedziane bądź zrobione?	1	2	3	4	5

Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni...

	<i>Nigdy</i>	<i>Raz lub dwa razy</i>	<i>Kilka razy</i>	<i>Dość często</i>	<i>Bardzo często</i>
50. ...był/a Pan/i sfrustrowany/a własnym stanem zdrowia?	1	2	3	4	5
51. ...czuł/a się Pan/i przytłoczony/a problemami z własnym zdrowiem?	1	2	3	4	5
52. ...czuł/a się Pan/i zniechęcony/a problemami z własnym zdrowiem?	1	2	3	4	5
53. ...odczuwał/a Pan/i rozpacz z powodu problemów z własnym zdrowiem?	1	2	3	4	5
54. ...odczuwał/a Pan/i obawę z powodu własnego stanu zdrowia?	1	2	3	4	5
55. ...martwił/a się Pan/i z powodu własnego stanu zdrowia?	1	2	3	4	5

Następne pytania dotyczą tego, w jaki sposób problemy ze zdrowiem mogą zakłócać życie seksualne. Te pytania są osobiste, ale ważne w kwestii zrozumienia jak problemy ze zdrowiem mogą wpływać na ludzkie życie.

Jak dużym problemem w ciągu ostatnich 4 tygodni okazały się być poniższe?

	<i>Wcale</i>	<i>W niewielkim stopniu</i>	<i>Trochę</i>	<i>W dużym stopniu</i>	<i>W bardzo dużym stopniu</i>
56. Brak zainteresowania seksem.	1	2	3	4	5
57. Niemożność odprężenia się i cieszenia się seksem.	1	2	3	4	5
58. Trudności z podnieceniem się.	1	2	3	4	5

Dwa ostatnie pytania dotyczą Pana/i ogólnego życia.

W ciągu ostatnich 4 tygodni, do jakiego stopnia każde stwierdzenie odnosi się do Pana/i?

	<i>Wcale</i>	<i>W niewielkim stopniu</i>	<i>Trochę</i>	<i>W dużym stopniu</i>	<i>W bardzo dużym stopniu</i>
59. Jestem w stanie cieszyć się życiem.	1	2	3	4	5
60. Jestem zadowolony/a z jakości mojego życia w tym momencie.	1	2	3	4	5

**To już koniec kwestionariusza.
Dziękujemy za udział w badaniu**