

Lung Transplant Health-Related Quality of Life (LT-QOL) Survey

LT-QOL Copyright and Permission

Although the LT-QOL is copyrighted, it is available without charge and no written permission is required for use.

If you translate the LT-QOL to another language, please send a copy to Dr. Singer for our records: jon.Singer@ucsf.edu

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format

Adapt — remix, transform, and build upon the material

Under the following terms:



Attribution — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.



NonCommercial — You may not use the material for commercial purposes.



ShareAlike — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the same license as the original.

Citation: Singer JP, Soong A, Chen J, Shrestha P, Zhuo H, Gao Y, Greenland JR, Hays SR, Kukreja J, Golden J, Gregorich SE, Stewart AL. Development and Preliminary Validation of the Lung Transplant Quality of Life (LT-QOL) Survey. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Apr 15;199(8):1008-1019. doi: 10.1164/rccm.201806-1198OC. PMID: 30303408; PMCID: PMC6467318.

Funded by National Heart, Lung, and Blood Institute (Grant K23 HL111115, R01 HL134851) and National Institute on Aging (Grant P30-AG15272)



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 przelknięciem płynów.	1	2	3	4	5
10. Zakrztusiłem/am się podczas przelknięcia.	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. Czuję/am się niepewnie w kwestii mojego zdrowia w przeszłości.	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**