

**S**evere **R**espiratory **I**nsufficiency Questionnaire**SRI**

Pasient-spørreskjema om opplevelse av egen  
helsetilstand ved respirasjonssvikt

**Kjære pasient!**

Du behandles på grunn av pustevanskene dine. For å vurdere din nåværende tilstand ber vi deg fylle ut dette spørreskjemaet. Det er fint om du besvarer alle spørsmålene ved å krysse av det alternativet som passer best. Det er selvfølgelig frivillig å delta i spørreundersøkelsen. Alle opplysninger er underlagt taushetsplikt og behandles strengt konfidensielt. Dersom du har kommentarer eller spørsmål, kan du ta kontakt med prosjektansvarlig.

**Kodenummer:**

## SRI

Følgende spørsmål berører den generelle helsetilstanden din. Utsagnene nedenfor tar for seg forskjellige aspekter ved det daglige liv.

Hvordan har du hatt det i løpet av *den siste uken*? Vennligst sett et kryss ved svaret som passer best med HVERT enkelt utsagn.

	Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer nesten ikke	Stemmer delvis	Stemmer ganske bra	Stemmer helt
	-2	-1	0	1	2
1. Det er vanskelig å gå i trapper.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Jeg har pustevansker under måltider.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Jeg kan gå ut om kveldene.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Jeg føler meg ofte dårlig.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. Selv uten fysiske anstrengelser har jeg pustevansker.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. Jeg har ofte hodepine.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. Jeg har mange venner og bekjente.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. Jeg er bekymret for at sykdommen min skal bli verre.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. Jeg har ingen problemer med å sovne.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. Jeg kan godt omgås andre mennesker.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11. Jeg er av og til svimmel.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12. Jeg våkner med pusteproblemer om natten.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13. Jeg er redd for å få pustevansker om natten.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14. Jeg har ofte vondt i nakken.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15. Jeg er sterkt bundet til hjemmet mitt.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16. Husarbeid er vanskelig for meg.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

## SRI

Hvordan har du hatt det i løpet av *den siste uken*? Vennligst sett et kryss ved svaret som passer best med HVERT enkelt utsagn.

	Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer nesten ikke	Stemmer delvis	Stemmer ganske bra	Stemmer helt
	-2	-1	0	1	2
17. Jeg våkner ofte om natten.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18. Jeg sover godt hele natten.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19. Jeg er ofte kortpustet.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20. Jeg ser positivt på framtiden.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21. Jeg har følelsen av å være ensom.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22. Jeg er tungpusten når jeg snakker.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
23. Det anstrenger meg veldig å få besøk.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
24. Jeg hoster mye.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
25. Jeg har ofte slim i luftveiene.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
26. Jeg unngår situasjoner der mine pustevisker kan gjøre det pinlig for meg.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
27. Jeg føler meg vel sammen med venner/ bekjente.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
28. Jeg er redd for å få anfall med tungpust.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
29. Jeg er tungpusten ved fysisk anstrengelse.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
30. Jeg er irritert over innskrenkningene som min sykdom medfører.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
31. Mitt ekteskap/samliv lider under sykdommen min.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
32. Jeg kan gå og handle.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
33. Jeg kan utøve alle fritidsaktiviteter som interesserer meg.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

## SRI

Hvordan har du hatt det i løpet av *den siste uken*? Vennligst sett et kryss ved svaret som passer best med HVERT enkelt utsagn.

	Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer nesten ikke	Stemmer delvis	Stemmer ganske bra	Stemmer helt
	-2	-1	0	1	2
34. Jeg er ofte irriterbar.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
35. På grunn av sykdommen min er kontakten med venner/bekjente innskrenket.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
36. Jeg gleder meg over livet mitt.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
37. Jeg kan delta på sosiale sammenkomster.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
38. Jeg er ofte trist.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
39. Pustevanskene mine plager meg når jeg er ute blant folk.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
40. Jeg er ofte nervøs.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
41. Jeg kan kle på meg selv.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
42. Jeg er trett på dagtid.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
43. Jeg føler meg isolert.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
44. Jeg klarer meg fint når det gjelder sykdommen min.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
45. Mine pusteplager hemmer meg i dagligdagse aktiviteter.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
46. Sykdommen belaster familielivet mitt.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
47. På grunn av mine pusteplager har jeg brutt kontakten med andre mennesker.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
48. Mine fritidsmuligheter er innskrenket.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
49. Generelt er jeg fornøyd med livet mitt.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**Tusen takk!**