

Severe Respiratory Insufficiency Questionnaire

SRI

Frågeformulär om livssituationen för patienter med Svår Respiratorisk Insufficiens

Bästa patient!

Du behandlas hos oss på grund av Dina andningsproblem. För att kunna bedöma Din nuvarande livssituation ber vi Dig att besvara detta frågeformulär. Var vänlig besvara varje fråga. Markera det svar som passar bäst med endast ett kryss. Det är naturligtvis frivilligt att svara. Uppgifterna om Dig skyddas av absolut sekretess enligt gällande lagstiftning.

Patient-id:

Datum:

SRI

Följande påståenden handlar om hur Du mår, och om olika aspekter på Ditt dagliga liv.

Hur har Du haft det **under den senaste veckan?** För varje påstående ber vi Dig att kryssa för det svar som bäst stämmer in på Din situation.

	Stämmer inte alls - 2	Stämmer dåligt - 1	Stämmer delvis 0	Stämmer bra 1	Stämmer helt och hållet 2
1. Jag har svårt att gå i trappor.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Jag blir andfådd när jag äter.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Jag kan gå ut på kvällen.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Jag känner mig ofta eländig till mods.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. Jag är andfådd även utan fysisk ansträngning.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. Jag har ofta huvudvärk.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. Jag har många vänner och bekanta.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. Jag oroar mig för att min sjukdom skall försämrans.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. Jag har lätt att somna när jag lagt mig på kvällen.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. Jag har lätt för att umgås med andra människor.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11. Jag blir yr ibland.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12. Jag vaknar på nätterna och är andfådd.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13. Jag är rädd att få andnöd på nätterna.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14. Jag har ofta ont i nacken.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15. Jag är låst till hemmet.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16. Jag har svårt att utföra hushållsarbete.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

SRI

Hur har Du haft det **under den senaste veckan?** För varje påstående ber vi Dig att kryssa för det svar som bäst stämmer in på Din situation.

	Stämmer inte alls - 2	Stämmer dåligt - 1	Stämmer delvis 0	Stämmer bra 1	Stämmer helt och hållet 2
17. Jag vaknar ofta på nätterna.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18. Jag sover hela natten.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19. Jag är ofta andfådd.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20. Jag 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. Jag har en känsla av att vara ensam.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22. Jag blir andfådd när jag pratar.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
23. Besök är mycket ansträngande för mig.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
24. Jag hostar mycket.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
25. Jag har ofta slem i luftvägarna.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
26. Jag undviker situationer där jag riskerar att göra bort mig på grund av mina andningsbesvär.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
27. Jag känner mig väl till mods tillsammans med vänner och bekanta.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
28. Jag är rädd för att få en attack av andfåddhet.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
29. Jag blir andfådd vid fysisk ansträngning.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
30. Begränsningarna på grund av min sjukdom går mig på nerverna.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
31. Mitt äktenskap/förhållande blir lidande på grund av min sjukdom.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
32. Jag kan gå och handla.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
33. Jag kan ägna mig åt alla hobbies som jag är intresserad av.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

SRI

Hur har Du haft det **under den senaste veckan?** För varje påstående ber vi Dig att kryssa för det svar som bäst stämmer in på Din situation.

	Stämmer inte alls	Stämmer dåligt	Stämmer delvis	Stämmer bra	Stämmer helt och hållet
	- 2	- 1	0	1	2
34. Jag känner mig ofta uppretad.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
35. På grund av min sjukdom begränsas kontakten med vänner och bekanta.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
36. Jag gläder mig över mitt liv.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
37. Jag kan delta i sällskapslivet.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
38. Jag är ofta ledsen.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
39. Mina andningsbesvär stör mig när jag är bland folk.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
40. Jag är ofta nervös.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
41. Jag kan klä på mig själv.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
42. Jag är trött hela dagen.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
43. Jag känner mig isolerad.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
44. Jag kan hantera min sjukdom.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
45. Mina andningsbesvär hindrar mig i normala vardagsaktiviteter.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
46. Mitt familjeliv belastas av sjukdomen.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
47. Jag har brutit kontakten med andra människor på grund av mina andningsbesvär.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
48. Mina möjligheter till fritidsaktiviteter är begränsade.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
49. Jag är nöjd med mitt liv i största allmänhet.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Tack!