

**QUESTIONARIO SULLA QUALITÀ DELLA VITA IN RELAZIONE ALLA SALUTE PER INFEZIONE DA
CLOSTRIDIUM DIFFICILE (Infezione da *C. diff*)**

Come compilare il questionario

Le seguenti domande riguardano il Suo stato di salute negli ultimi 7 giorni. Ogni domanda ha cinque risposte diverse. Per ogni affermazione, cerchi o selezioni la casella corrispondente alla risposta che meglio descrive come si sente. Risponda a tutte le domande anche se ritiene che alcune siano simili. La preghiamo di rispondere a tutte le domande. Se fa un errore, cancelli la risposta sbagliata e cerchi o selezioni la casella corrispondente a quella che meglio si applica alla Sua situazione. La ringraziamo per la Sua partecipazione.

ATTIVITÀ QUOTIDIANE**Negli ultimi 7 giorni, a causa della Sua infezione da *C. diff*,**

1. Ha avuto difficoltà e/o interruzioni nello svolgimento delle Sue attività quotidiane?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 Per niente Un po' Moderatamente Abbastanza Estremamente

2. Ha avuto difficoltà a svolgere le Sue attività del tempo libero come giardinaggio, passeggiate, ecc.?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 Per niente Un po' Moderatamente Abbastanza Estremamente

3. Ha impiegato più tempo a svolgere determinate mansioni lavorative (compresi i lavori domestici)?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 Per niente Un po' Moderatamente Abbastanza Estremamente

4. La Sua infezione da *C. diff* Le ha impedito di uscire di casa?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 Mai Raramente A volte Spesso Sempre

ANSIA

5. Teme che la Sua infezione da *C. diff* potrebbe ripresentarsi?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 Per niente Un po' Moderatamente Abbastanza Estremamente

6. Teme che la Sua infezione da *C. diff* potrebbe peggiorare in futuro?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 Per niente Un po' Moderatamente Abbastanza Estremamente

7. Teme che la prossima volta che avrà bisogno di antibiotici, la Sua infezione da *C. diff* si ripresenterà?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 Per niente Un po' Moderatamente Abbastanza Estremamente

Negli ultimi 7 giorni,

8. Si è preoccupato/a di non sapere quando si sarebbe verificato il successivo episodio di diarrea?

₁

Mai

₂

Raramente

₃

A volte

₄

Spesso

₅

Sempre

REGIME ALIMENTARE

9. Teme che certi cibi peggiorino la Sua infezione da *C. diff*?

₁

Per niente

₂

Un po'

₃

Moderatamente

₄

Abbastanza

₅

Estremamente

Negli ultimi 7 giorni, a causa della Sua infezione da *C. diff*,

10. Si è sentito/a frustrato/a relativamente a quello che può mangiare e a quando può mangiare?

₁

Per niente

₂

Un po'

₃

Moderatamente

₄

Abbastanza

₅

Estremamente

SONNO

Negli ultimi 7 giorni,

11. A causa della Sua infezione da *C. diff*, ha avuto problemi a dormire?

₁

Mai

₂

Raramente

₃

A volte

₄

Spesso

₅

Sempre

12. A causa della Sua infezione da *C. diff*, Le si è interrotto il sonno?

₁

Mai

₂

Raramente

₃

A volte

₄

Spesso

₅

Sempre

DISAGIO**Negli ultimi 7 giorni,**

13. È stato/a infastidito/a da dolori addominali?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Per niente | Un po' | Moderatamente | Abbastanza | Estremamente |

14. È stato/a infastidito/a da flatulenza (aria)?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Per niente | Un po' | Moderatamente | Abbastanza | Estremamente |

15. È stato/a infastidito/a da gonfiore allo stomaco?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Per niente | Un po' | Moderatamente | Abbastanza | Estremamente |

16. Ha evitato di indossare alcuni vestiti (vestiti stretti, abiti, vestiti di colore chiaro...)?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Mai | Raramente | A volte | Spesso | Sempre |

17. È stato/a infastidito/a dall'odore causato dalla diarrea in seguito alla Sua infezione da *C. diff*?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Mai | Raramente | A volte | Spesso | Sempre |

18. È stato/a infastidito/a dalla quantità di tempo che passa in bagno?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Mai | Raramente | A volte | Spesso | Sempre |

AFFRONTARE LA MALATTIA/PERCEZIONE DELLA SALUTE

Nota! Le seguenti frasi sono dichiarazioni. Indichi se è d'accordo o se è in disaccordo con queste affermazioni.

19. Ho l'impressione che la mia salute sia più delicata di quella di altre persone.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

20. Considero la mia salute eccellente.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

21. Riesco a vivere una vita normale nonostante la mia infezione da *C. diff.*

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

CONTROLLO DELLA MALATTIA

22. Ho l'impressione di non avere il controllo della mia infezione da *C. diff.*

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| In totale
disaccordo | Prevalentemente
in disaccordo | Non so | Prevalentemente
d'accordo | Completamente
d'accordo |

23. Non ho idea di cosa fare quando soffro dell'infezione da *C. diff.*

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| In totale
disaccordo | Prevalentemente
in disaccordo | Non so | Prevalentemente
d'accordo | Completamente
d'accordo |

IMPATTO DELLO STRESS

24. Credo che qualsiasi forma di stress possa peggiorare la mia infezione da *C. diff.*

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| In totale
disaccordo | Prevalentemente
in disaccordo | Non so | Prevalentemente
d'accordo | Completamente
d'accordo |

DISFORIA25. Mi sento irritabile a causa della mia infezione da *C. diff.*

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

26. Mi sento/a isolato/a dagli altri a causa della mia infezione da *C. diff.*

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

27. Mi sento depresso/a a causa della mia infezione da *C. diff.*

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

28. Ho l'impressione che la mia vita sia meno piacevole a causa della mia infezione da *C. diff.*

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

29. Ho paura di trasmettere la mia infezione da *C. diff.* alla mia famiglia e/o ai miei amici.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

30. Mi sento molto stressato/a a causa della mia infezione da *C. diff.*

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

RELAZIONI

31. A causa della mia infezione da *C. diff*, ho difficoltà a stare con persone che non conosco.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

32. La mia infezione da *C. diff* sta influenzando le mie relazioni più strette.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

REAZIONE SOCIALE

33. Ho l'impressione di irritare gli altri a causa della mia infezione da *C. diff.*

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

34. Ho l'impressione che nessuno comprenda la mia infezione da *C. diff.*

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

35. Cerco di nascondere la mia infezione da *C. diff.* alla mia famiglia e/o ai miei amici.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
In totale disaccordo	Prevalentemente in disaccordo	Non so	Prevalentemente d'accordo	Completamente d'accordo

36. Come valuterrebbe la Sua qualità di vita complessiva durante l'ultima settimana (ovvero, come Le sono andate le cose)?

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Malissimo: difficilmente sarebbero potute andare peggio	Piuttosto male	In parte bene e in parte male, in egual misura	Piuttosto bene	Benissimo: difficilmente sarebbero potute andare meglio