

**KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY JAKOŚCI ŻYCIA ZWIĄZANEJ ZE STANEM ZDROWIA DLA
PACJENTÓW Z ZAKAŻENIEM *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (zakażenie bakterią *C. diff*)**

Jak wypełniać kwestionariusz?

Poniższe pytania dotyczą stanu Pana/Pani zdrowia w ciągu ostatnich 7 dni. Dla każdego pytania istnieje pięć różnych odpowiedzi. W każdym punkcie należy zakreślić lub zaznaczyć odpowiednie pole przy odpowiedzi, która najlepiej opisuje Pana/Pani odczucia. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, nawet jeśli niektóre wydają się Panu/Pani podobne. Proszę nie pozostawiać żadnych pytań bez odpowiedzi. W razie pomyłki proszę przekreślić błędną odpowiedź i zakreślić lub zaznaczyć odpowiednie pole przy odpowiedzi, która jest według Pana/Pani najtrafniejsza. Dziękujemy za udział.

CODZIENNE CZYNNOCI**Czy w ciągu ostatnich 7 dni z powodu zakażenia bakterią *C. diff*:**

1. Wystąpiły u Pana/Pani jakiegokolwiek trudności i/lub zakłócenia w wykonywaniu codziennych czynności?

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowanym stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

2. Wystąpiły u Pana/Pani jakiegokolwiek trudności w wykonywaniu zajęć rekreacyjnych, takich jak praca w ogródku, spacerowanie itp.?

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowanym stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

3. Wykonywanie określonych zadań w pracy (włącznie z pracami domowymi) zajmowało Panu/Pani więcej czasu?

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowanym stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

4. Występujące u Pana/Pani zakażenie bakterią
- C. diff*
- powstrzymywało Pana/Panią przed opuszczeniem domu?

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Nigdy | Rzadko | Czasami | Często | Zawsze |

NIEPOKÓJ

5. Czy obawiał(a) się Pan/Pani, że może nastąpić nawrót zakażenia bakterią
- C. diff*
- ?

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowanym stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

6. Czy obawiał(a) się Pan/Pani, że występujące u Pana/Pani zakażenie bakterią
- C. diff*
- może ulec pogorszeniu w przyszłości?

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowanym stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

7. Czy obawiał(a) się Pan/Pani, że następnym razem, kiedy konieczne będzie podanie Panu/Pani antybiotyków, zakażenie bakterią
- C. diff*
- może pojawić się ponownie?

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowanym stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

Czy w ciągu ostatnich 7 dni

8. Martwił(a) się Pan/Pani, ponieważ nie wiedział(a), kiedy pojawi się kolejna biegunka?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Nigdy | Rzadko | Czasami | Często | Zawsze |

DIETA

9. Czy obawiał(a) się Pan/Pani, że określone pokarmy pogorszą przebieg zakażenia bakterią *C. diff*?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowany m stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

Czy w ciągu ostatnich 7 dni z powodu zakażenia bakterią *C. diff*:

10. Odczuwał(a) Pan/Pani frustrację w związku z tym, co i kiedy może Pan/Pani jeść?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowany m stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

SEN

Czy w ciągu ostatnich 7 dni

11. Miał(a) Pan/Pani problemy ze snem z powodu zakażenia bakterią *C. diff*?

₁
Nigdy

₂
Rzadko

₃
Czasami

₄
Często

₅
Zawsze

12. Wybudzał(a) się Pan/Pani ze snu z powodu zakażenia bakterią *C. diff*?

₁
Nigdy

₂
Rzadko

₃
Czasami

₄
Często

₅
Zawsze

DYSKOMFORT**Czy w ciągu ostatnich 7 dni**

13. Dokuczał Panu/Pani ból brzucha?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowanym stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

14. Dokuczały Panu/Pani gazy („wiatry“)?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowanym stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

15. Dokuczały Panu/Pani wzdęcia brzucha?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| W ogóle | W nieznacznym stopniu | W umiarkowanym stopniu | W dość znacznym stopniu | W bardzo dużym stopniu |

16. Unikał(a) Pan/Pani noszenia niektórych ubrań (dopasowanych ubrań, sukienek, ubrań w jasnych kolorach...)?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Nigdy | Rzadko | Czasami | Często | Zawsze |

17. Zapach wywołany biegunką związaną z zakażeniem bakterią *C. diff* był dla Pana/Pani uciążliwy?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Nigdy | Rzadko | Czasami | Często | Zawsze |

18. Ilość czasu, jaką Pan/Pani spędzał(a) w toalecie, była dla Pana/Pani uciążliwa?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Nigdy | Rzadko | Czasami | Często | Zawsze |

RADZENIE SOBIE Z CHOROBA / POSTRZEGANIE STANU ZDROWIA

Uwaga! Kolejne zdania są stwierdzeniami. Proszę wskazać, czy zgadza się Pan/Pani, czy nie zgadza się z tymi stwierdzeniami.

19. Uważam, że moje zdrowie jest bardziej wątłe niż zdrowie u innych osób.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

20. Uważam, że mój stan zdrowia jest doskonały.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

21. Pomimo zakażenia bakterią *C. diff* mogę prowadzić normalne życie.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

KONTROLOWANIE CHOROBY

22. Uważam, że nie kontroluję występującego u mnie zakażenia bakterią *C. diff*.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

23. Nie mam pojęcia, co należy zrobić w przypadku zakażenia bakterią *C. diff*.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

WPŁYW STRESU

24. Uważam, że wszelki stres może pogorszyć przebieg występującego u mnie zakażenia bakterią *C. diff*.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

DYSFORIA

25. Czuję rozdrażnienie z powodu występującego u mnie zakażenia bakterią *C. diff*.

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

26. Czuję się odizolowany(-a) od innych osób z powodu występującego u mnie zakażenia bakterią *C. diff*.

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

27. Czuję, że mam obniżony nastrój z powodu występującego u mnie zakażenia bakterią *C. diff*.

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

28. Czuję, że moje życie jest mniej przyjemne z powodu występującego u mnie zakażenia bakterią *C. diff*.

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

29. Martwię się, że zakażę bakterią *C. diff* moją rodzinę i/lub znajomych.

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

30. Odczuwam duży stres z powodu występującego u mnie zakażenia bakterią *C. diff*.

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

RELACJE

31. Z powodu występującego u mnie zakażenia bakterią *C. diff* trudno jest mi przebywać w towarzystwie nieznajomych osób.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

32. Występujące u mnie zakażenie bakterią *C. diff* wpływa na moje relacje z najbliższymi mi osobami.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

REAKCJE SPOŁECZNE

33. Mam wrażenie, że irytuję inne osoby z powodu występującego u mnie zakażenia bakterią *C. diff*.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

34. Czuję, że nikt nie rozumie występującego u mnie zakażenia bakterią *C. diff*.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

35. Staram się ukryć występujące u mnie zakażenie bakterią *C. diff* przed moją rodziną i/lub znajomymi.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Całkowicie się nie zgadzam | W dużej mierze się nie zgadzam | Nie wiem | W dużej mierze się zgadzam | Całkowicie się zgadzam |

36. Jak ocenił(a)by Pan/Pani ogólną jakość życia w ciągu ostatniego tygodnia (innymi słowy, jak się Pan/Pani miewał(a))?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Bardzo zła: nie mogła być gorsza | Dość zła | Zła i dobra, w równej mierze | Dość dobra | Bardzo dobra: nie mogła być lepsza |