FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEITSBEZOGENEN LEBENSQUALITÄT BEI INFEKTION MIT *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (*CDI*)

Beantwortung des Fragebogens:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Gesundheitszustand in den letzten 7 Tagen. Zu jeder Frage gibt es fünf Antwortmöglichkeiten. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Antwort, die Ihr Befinden am besten beschreibt, indem Sie das zugehörige Kästchen einkreisen oder ankreuzen. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn Sie glauben, dass manche davon gleich sind. Bitte lassen Sie keine Frage aus. Wenn Sie einen Fehler machen, streichen Sie die falsche Antwort durch und markieren Sie die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft, indem Sie das entsprechende Kästchen einkreisen oder ankreuzen. Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

ALLTAGSTÄTIGKEITEN

In den letzten 7 Tagen, haben Sie aufgrund Ihrer *CDI*

1. Schwierigkeiten gehabt, Ihre Alltagstätigkeiten zu verrichten bzw. mussten Sie diese unterbrechen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

1. Schwierigkeiten gehabt, Ihren Freizeitaktivitäten wie Gartenarbeit, Spazierengehen usw. nachzugehen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

1. länger gebraucht, um bestimmte Aufgaben bei der Arbeit (einschließlich Hausarbeit) auszuführen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

1. das Haus nicht verlassen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |

ANGST

1. Haben Sie Angst, dass Ihre *CDI* wiederkommen könnte?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

1. Haben Sie Angst, dass Ihre *CDI* in Zukunft schlimmer werden könnte?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

1. Haben Sie Angst, dass Ihre *CDI* wieder auftritt, wenn Sie das nächste Mal Antibiotika nehmen müssen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

In den letzten 7 Tagen,

1. waren Sie beunruhigt, weil Sie nicht wussten, wann Sie das nächste Mal Durchfall bekommen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |

ERNÄHRUNG

1. Haben Sie Angst, dass bestimmte Lebensmittel Ihre *CDI* verschlimmern?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

In den letzten 7 Tagen, waren Sie aufgrund Ihrer *CDI*

1. frustriert darüber, was Sie wann essen können?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

SCHLAF

**In den letzten 7 Tagen,**

1. hatten Sie aufgrund Ihrer *CDI* Schwierigkeiten beim Schlafen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |

1. sind Sie aufgrund Ihrer *CDI* aufgewacht?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |

BESCHWERDEN

In den letzten 7 Tagen,

1. hatten Sie Probleme mit Bauchschmerzen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

1. hatten Sie Probleme mit Blähungen (Winden)?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

1. hatten Sie Probleme mit einem aufgeblähten Bauch?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Überhaupt nicht | Ein wenig | Mäßig | Ziemlich | Sehr |

1. haben Sie vermieden, bestimmte Kleidung zu tragen (Kleider, enge oder helle Kleidung ...)?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |

1. haben Sie sich am Geruch aufgrund Ihres *CDI*-bedingten Durchfalls gestört?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |

1. hat es Sie gestört, wie viel Zeit Sie auf der Toilette zubringen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |

KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG/GESUNDHEITSWAHRNEHMUNG

Hinweis: Bei den folgenden Sätzen handelt es sich um Aussagen. Bitte geben Sie an, ob Sie diesen Aussagen zustimmen oder nicht.

1. Ich kann trotz meiner *CDI* ein normales Leben führen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

KONTROLLE ÜBER DIE KRANKHEIT

1. Ich habe das Gefühl, meine *CDI* nicht im Griff zu haben.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

1. Ich habe keine Ahnung, was ich tun soll, wenn ich die *CDI* habe.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

AUSWIRKUNG VON STRESS

1. Ich glaube, dass jeglicher Stress meine *CDI* verschlimmern kann.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

VERSTIMMUNG

1. Ich fühle mich wegen meiner *CDI* gereizt.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

1. Ich fühle mich wegen meiner *CDI* von anderen Menschen isoliert.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

1. Ich fühle mich wegen meiner *CDI* niedergeschlagen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

1. Ich habe das Gefühl, wegen meiner *CDI* weniger Freude am Leben zu haben.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

1. Ich mache mir Gedanken darüber, dass ich meine Familie und/oder Freunde mit meiner *CDI* anstecken könnte.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

1. Ich fühle mich wegen meiner *CDI* sehr gestresst.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

BEZIEHUNGEN

1. Ich habe wegen meiner *CDI* Schwierigkeiten, mit Menschen, die ich nicht kenne, zusammen zu sein.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

1. Meine *CDI* beeinträchtigt meine engsten Beziehungen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

SOZIALE REAKTION

1. Ich habe das Gefühl, anderen Menschen wegen meiner *CDI* auf die Nerven zu gehen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Stimme überhaupt nicht zu | Stimme überwiegend nicht zu | Weiß nicht | Stimme überwiegend zu | Stimme voll und ganz zu |

1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität in der letzten Woche insgesamt bewerten (d. h., wie ist es Ihnen ergangen)?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□1** | **□2** | **□3** | **□4** | **□5** |
| Sehr schlecht: hätte kaum schlechter sein können | Relativ schlecht | Gut und schlecht hielten sich in etwa die Waage | Relativ gut | Sehr gut: hätte kaum besser sein können |