

**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?

<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>  
 Überhaupt nicht              Ein wenig                      Mäßig                      Ziemlich                      Sehr

2. Schwierigkeiten gehabt, Ihren Freizeitaktivitäten wie Gartenarbeit, Spaziergehen usw. nachzugehen?

<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>  
 Überhaupt nicht              Ein wenig                      Mäßig                      Ziemlich                      Sehr

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

<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>  
 Überhaupt nicht              Ein wenig                      Mäßig                      Ziemlich                      Sehr

4. das Haus nicht verlassen?

<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>  
 Nie                      Selten                      Manchmal                      Oft                      Immer

**ANGST**

5. Haben Sie Angst, dass Ihre CDI wiederkommen könnte?

<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>  
 Überhaupt nicht              Ein wenig                      Mäßig                      Ziemlich                      Sehr

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

<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>  
 Überhaupt nicht              Ein wenig                      Mäßig                      Ziemlich                      Sehr

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

<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>  
 Überhaupt nicht              Ein wenig                      Mäßig                      Ziemlich                      Sehr

**In den letzten 7 Tagen,**

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

<sub>1</sub>

Nie

<sub>2</sub>

Selten

<sub>3</sub>

Manchmal

<sub>4</sub>

Oft

<sub>5</sub>

Immer

**ERNÄHRUNG**

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

<sub>1</sub>

Überhaupt nicht

<sub>2</sub>

Ein wenig

<sub>3</sub>

Mäßig

<sub>4</sub>

Ziemlich

<sub>5</sub>

Sehr

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

10. frustriert darüber, was Sie wann essen können?

<sub>1</sub>

Überhaupt nicht

<sub>2</sub>

Ein wenig

<sub>3</sub>

Mäßig

<sub>4</sub>

Ziemlich

<sub>5</sub>

Sehr

**SCHLAF**

**In den letzten 7 Tagen,**

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

 <sub>1</sub>

Nie

 <sub>2</sub>

Selten

 <sub>3</sub>

Manchmal

 <sub>4</sub>

Oft

 <sub>5</sub>

Immer

12. sind Sie aufgrund Ihrer *CDI* aufgewacht?

 <sub>1</sub>

Nie

 <sub>2</sub>

Selten

 <sub>3</sub>

Manchmal

 <sub>4</sub>

Oft

 <sub>5</sub>

Immer

**BESCHWERDEN****In den letzten 7 Tagen,**

13. hatten Sie Probleme mit Bauchschmerzen?

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Überhaupt nicht                       | Ein wenig                             | Mäßig                                 | Ziemlich                              | Sehr                                  |

14. hatten Sie Probleme mit Blähungen (Winden)?

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Überhaupt nicht                       | Ein wenig                             | Mäßig                                 | Ziemlich                              | Sehr                                  |

15. hatten Sie Probleme mit einem aufgeblähten Bauch?

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Überhaupt nicht                       | Ein wenig                             | Mäßig                                 | Ziemlich                              | Sehr                                  |

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

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Nie                                   | Selten                                | Manchmal                              | Oft                                   | Immer                                 |

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

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Nie                                   | Selten                                | Manchmal                              | Oft                                   | Immer                                 |

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

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 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.**

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

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Weiß nicht	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu

**KONTROLLE ÜBER DIE KRANKHEIT**

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

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Stimme<br>überhaupt nicht<br>zu       | Stimme<br>überwiegend<br>nicht zu     | Weiß nicht                            | Stimme<br>überwiegend zu              | Stimme voll und<br>ganz zu            |

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

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Stimme<br>überhaupt nicht<br>zu       | Stimme<br>überwiegend<br>nicht zu     | Weiß nicht                            | Stimme<br>überwiegend zu              | Stimme voll und<br>ganz zu            |

**AUSWIRKUNG VON STRESS**

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

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Weiß nicht	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu



**VERSTIMMUNG**

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

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Weiß nicht	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu

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

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Weiß nicht	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu

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

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Weiß nicht	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu

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

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Weiß nicht	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu

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

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Weiß nicht	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu

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

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Weiß nicht	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu

**BEZIEHUNGEN**

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

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Weiß nicht	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu

30. Meine *CDI* beeinträchtigt meine engsten Beziehungen.

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Weiß nicht	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu

**SOZIALE REAKTION**

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

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Stimme<br>überhaupt nicht<br>zu       | Stimme<br>überwiegend<br>nicht zu     | Weiß nicht                            | Stimme<br>überwiegend zu              | Stimme voll und<br>ganz zu            |

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

- |   |                                       |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>                     | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>                 | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>         |
| Sehr schlecht:<br>hätte kaum<br>schlechter sein<br>können | Relativ schlecht                      | Gut und schlecht<br>hielten sich in<br>etwa die Waage | Relativ gut                           | Sehr gut: hätte<br>kaum besser sein<br>können |