

## ST. GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE DANISH

### ST. GEORGES HOSPITALS SPØRGESKEMA OM LUFTVEJSPROBLEMER (SGRQ)

*Dette spørgeskema skal hjælpe os til at lære mere om, hvordan dine luftvejsproblemer påvirker dig og dit liv. Fremfor hvad lægerne og sygeplejerskerne tror dine problemer er, vil vi gerne bruge spørgeskemaet til at finde ud af, hvad det er, ved din sygdom, som plager dig mest.*

*Læs instruktionerne omhyggeligt igennem. Spørg, hvis der er noget, du er i tvivl om. Prøv at svare umiddelbart på spørgsmålene og undlad at tænke for længe over, hvilken svarmulighed der er bedst.*

Før du udfylder spørgeskemaet, sæt kryds ud for den svarmulighed, der bedst beskriver dit nuværende helbred:

Meget godt    Godt    Rimeligt    Dårligt    Meget dårligt

              

#### Copyright reserved

P.W. Jones, PhD FRCP  
Professor of Respiratory Medicine,  
St. George's University of London,  
Jenner Wing,  
Cranmer Terrace,  
London SW17 0RE, UK.

Tel. +44 (0) 20 8725 5371  
Fax +44 (0) 20 8725 5955

Denmark / Danish version

1

fortsat...

# St. Georges hospitals spørgeskema om luftvejsproblemer DEL 1

## Spørgsmål om hvor ofte du har haft luftvejsproblemer i de sidste 3 måneder.

Sæt kun kryds (X) ud for ét svar pr. spørgsmål.

- |  | de fleste af ugens dage  | flere dage om ugen       | enkelte dage om måneden  | kun ved luftvejsinfektioner | slut ikke                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. I løbet af de sidste 3 måneder, har jeg hostet:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 2. I løbet af de sidste 3 måneder, har jeg hostet slim op:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 3. I løbet af de sidste 3 måneder, har jeg haft åndenød:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 4. I løbet af de sidste 3 måneder, har jeg haft perioder med pibelyd i brystet:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 5. I løbet af de sidste 3 måneder, hvor mange anfald af alvorlige eller meget ubehagelige luftvejsproblemer har du haft: |                          |                          |                          |                             |                          |

Sæt kun kryds (X) ud for ét svar:

- Mere end 3 anfald
- 3 anfald
- 2 anfald
- 1 anfald
- Ingen anfald

6. Hvor lang tid varede det værste anfald af luftvejsproblemer?  
(Gå til spørgsmål 7, hvis du ikke har haft nogle alvorlige anfald)

Sæt kun kryds (X) ud for ét svar:

- En uge eller mere
- 3 eller flere dage
- 1 til 2 dage
- Mindre end én dag

7. Inden for de sidste 3 måneder, hvor mange gode dage (med få luftvejsproblemer) har du haft, i en gennemsnitsuge?

Sæt kun kryds (X) ud for ét svar:

- Ingen gode dage
- 1 til 2 gode dage
- 3 til 4 gode dage
- Næsten hver dag er god
- Hver dag er god

8. Hvis du har pibelyd i brystet, er det så værst om morgenen?

Sæt kun kryds (X) ud for ét svar:

- Nej
- Ja

## St. Georges hospitals spørgeskema om luftvejsproblemer DEL 2

### Afsnit 1

Hvordan vil du beskrive dine luftvejsproblemer?

Sæt kun kryds (X) ud for ét svar:

- Det er det største problem, jeg har
- Det giver mig mange problemer
- Det giver mig nogle problemer
- Det giver mig ingen problemer

Hvis du har været i arbejde.

Sæt kun kryds (X) ud for ét svar:

- Mine luftvejsproblemer har betydet, at jeg har måttet holde op med at arbejde
- Mine luftvejsproblemer har hæmmet mig i mit arbejde eller har tvunget mig til at skifte arbejde
- Mine luftvejsproblemer har ikke påvirket mit arbejde

### Afsnit 2

**Spørgsmål om hvilke aktiviteter, der sædvanligvis giver dig åndenød i disse dage.**

Sæt kryds (X) ud for den **svarmulighed**, som passer på dig i **disse dage**:

- |                              | Sandt                    | Falsk                    |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sidde eller ligge stille     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaske mig eller klæde mig på | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå omkring derhjemme         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå udendørs i jævnt terræn   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå én etage op ad trapper    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå op ad bakke               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dyrke sport og idræt         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## St. Georges hospitals spørgeskema om luftvejsproblemer DEL 2

### Afsnit 3

#### **Nogle flere spørgsmål om din hoste og åndenød i disse dage.**

Sæt kryds (X) ud for den **svarmulighed**, som passer på dig i **disse dage**:

	Sandt	Falsk
Jeg har ondt, når jeg hoster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min hoste gør mig træt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får åndenød, når jeg taler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får åndenød, når jeg bøjer mig frem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min hoste eller vejrtrækning forstyrrer min søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bliver let udmattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Afsnit 4

#### **Spørgsmål om andre følger af dine luftvejsproblemer og hvordan de påvirker dig i disse dage.**

Sæt kryds (X) ud for den **svarmulighed**, som passer på dig i **disse dage**:

	Sandt	Falsk
Min hoste eller vejrtrækning er pinlig i samvær med andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine luftvejsproblemer er en pestilens for min familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bliver bange eller panikslagen, når jeg ikke kan få vejret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler, at jeg ikke kan kontrollere mine luftvejsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg forventer ikke, at mine luftvejsproblemer bliver bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blevet svag eller invalideret af mine luftvejsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk anstrengelse er ikke sikkert for mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt synes at være en for stor anstrengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Afsnit 5

#### **Spørgsmål om din medicinske behandling. Hvis du ikke får nogen behandling, gå da direkte til afsnit 6.**

Sæt kryds (X) ud for den **svarmulighed**, som passer på dig i **disse dage**:

	Sandt	Falsk
Min behandling hjælper mig ikke meget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler det pinligt, at skulle tage medicin i samvær med andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min behandling giver mig ubehagelige bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min behandling griber en hel del ind i mit liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## St. Georges hospitals spørgeskema om luftvejsproblemer DEL 2

### Afsnit 6

**Spørgsmål om hvordan din vejrtrækning måtte påvirke din dagligdag.**

Sæt kryds (X) ud for den **svarmulighed**, som passer på dig **med hensyn til dine luftvejsproblemer**.

	Sandt	Falsk
Det tager mig lang tid at, vaske mig eller få tøj på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke gå i bad eller tage brusebad, eller det tager mig lang tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg går langsommere end andre mennesker, eller jeg stopper for at hvile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbejde såsom rengøring af huset, tager lang tid eller jeg må stoppe op for at hvile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg går én etage op ad trapper, må jeg gå langsomt eller stoppe op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg skynder mig eller går hurtigt, bliver jeg nødt til at stoppe op eller sætte tempoet ned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min vejrtrækning gør det vanskeligt for mig at gøre ting såsom at gå op ad bakke, bære ting op ad trapper, let havearbejde såsom at luge, danse, bowle eller spille golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min vejrtrækning gør det vanskeligt for mig at gøre ting såsom at bære noget tungt, grave have eller skovle sne, jogge eller gå i rask tempo (8 km/t), spille tennis eller svømme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min vejrtrækning gør det vanskeligt for mig at gøre ting såsom meget hårdt manuelt arbejde, at løbe, cykle, svømme hurtigt eller dyrke fysisk anstrengende sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Afsnit 7

**Vi vil gerne vide, hvordan dine luftvejsproblemer i almindelighed påvirker din dagligdag.**

Sæt kryds (X) ud for den **svarmulighed**, som passer på dig **med hensyn til dine luftvejsproblemer**.

	Sandt	Falsk
Jeg kan ikke deltage i sport eller idræt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke gå i biografen, teateret eller deltage i anden form for adspredelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke gå ud at handle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke lave husarbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke bevæge mig langt fra min seng eller stol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## St. Georges hospitals spørgeskema om luftvejsproblemer

**Nedenfor er en liste over andre aktiviteter, som dine luftvejsproblemer muligvis forhindrer dig i at udføre. (Du skal ikke sætte kryds her. Dette er blot for at minde dig om måder, hvorpå din åndenød kunne påvirke dig):**

- Gå ture eller lufte hunden
- At gøre ting i hjemmet eller i haven
- Samleje
- Gå i kirke, på bar eller i foreninger
- Gå ud i dårligt vejr eller ind i tilrøgede lokaler
- Besøge familie, venner eller lege med børn

Notér andre vigtige aktiviteter, dine luftvejsproblemer eventuelt afholder dig fra at gøre:

.....

.....

.....

.....

Til slut bedes du sætte kryds ud for den svarmulighed (kun én), som bedst beskriver, hvorledes dine luftvejsproblemer påvirker dig:

- Det afholder mig ikke fra at gøre noget, jeg gerne ville gøre
- Det afholder mig fra at gøre nogle få ting, jeg gerne ville gøre
- Det afholder mig fra at gøre de fleste ting, jeg gerne ville gøre
- Det afholder mig fra at gøre alle de ting, jeg gerne ville gøre

**Tak fordi du udfyldte dette spørgeskema. Inden du er færdig, kontrollér at du har besvaret alle spørgsmålene.**