

Ankieta pacjenta dotycząca objawów arytmii

Patient Perception of Arrhythmia Questionnaire – wersja polska

Edycja pierwsza

Michał M. Farkowski

II Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii w Warszawie

Wersja oryginalna: Wood KA, Stewart AL, Drew BJ, Scheinman MM, Froelicher ES. (2009).
Development and initial psychometric evaluation of the Patient Perspective of Arrhythmia
Questionnaire. *Research in Nursing and Health*, 32(5): 504-516.

W celu uzyskania dalszych informacji na temat tworzenia i wykorzystania tego kwestionariusza,
proszę skontaktować się z Kathryn Wood, Duke University
Telefon (919) 684-9621
Email: kathryn.wood@duke.edu

1. Przeciętnie jak często, w ostatnim miesiącu, pojawiał się u Pani/Pana szybki rytm serca? (Proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)

<input type="checkbox"/>	Trzy razy dziennie lub częściej
<input type="checkbox"/>	Dwa razy dziennie
<input type="checkbox"/>	Codziennie lub prawie codziennie
<input type="checkbox"/>	4-5 razy w tygodniu
<input type="checkbox"/>	2-3 razy w tygodniu
<input type="checkbox"/>	Okolo 1 raz w tygodniu
<input type="checkbox"/>	Okolo 2 razy w miesiącu
<input type="checkbox"/>	Okolo 1 raz w miesiącu
<input type="checkbox"/>	Okolo 2-4 razy w roku
<input type="checkbox"/>	Nigdy

2. W ciągu ostatniego miesiąca, przeciętnie jak długo trwały epizody szybkiego bicia serca? (Proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)

<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy
<input type="checkbox"/>	Kilka sekund
<input type="checkbox"/>	Okolo 1-5 minut
<input type="checkbox"/>	Okolo 5-10 minut
<input type="checkbox"/>	Okolo 11-15 minut
<input type="checkbox"/>	Okolo 20-30 minut
<input type="checkbox"/>	Okolo 30-40 minut
<input type="checkbox"/>	Okolo 45 minut do 1 godziny
<input type="checkbox"/>	Dłużej niż 1 godzinę

Lista objawów

(a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni uczuciu szybkiego bicia serca towarzyszyły niżej wymienione objawy? (Proszę wybrać "tak" lub "nie" w każdym wierszu)	NIE	TAK	(b) Jeżeli wystąpił ten objaw, to jak bardzo był uciążliwy (Proszę wybrać odpowiednie pole w każdym wierszu)					
			Wcale	Trochę	Umiar- kowanie	Znacząco	Niezmiernie uciążliwy	
Kołatanie serca (regularne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczucie nierównego bicia serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia widzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczucie pulsowania w szyi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczucie pustki w głowie/ zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ból głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oddawanie dużej ilości moczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocenie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oslabienie/ brak energii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utrata apetytu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjątkowo szybkie bicie serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemy z koncentracją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utrata przytomności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trudności w złapaniu oddechu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uderzenia gorąca/wypieki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ucisk w klatce piersiowej podczas przyspieszonego bicia serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemy ze snem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ankieta pacjenta dotycząca objawów arytmii

Poniższe pytania koncentrują się na wpływie szybkiego rytmu serca na wykonywane przez Panią/Pana czynności. Proszę zaznaczyć, jak bardzo była Pani ograniczona/był Pan ograniczony w swoich aktywnościach z powodu szybkiego rytmu serca podczas ostatnich 4 tygodni.

3. Jak bardzo szybki rytm serca wpływał na poniższe Pani/Pana aktywności w ciągu ostatnich 4 tygodni? (Proszę wybrać jedno pole w każdym wierszu)

	Wcale	Sporadycznie	Umiarkowanie	Znacznie	Zdecydowanie
Nastrój	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość poruszania się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pracę (zarówno poza domem jak i w domu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zajęcia rekreacyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zadowolenie z życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Życie towarzyskie (spotkania ze znajomymi bądź krewnymi, wyjścia na kolacje lub do kina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdolność prowadzenia samochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacje z małżonkiem/partnerem lub chłopakiem/dziewczyną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacje seksualne z małżonkiem/partnerem lub chłopakiem/dziewczyną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ile dni pracy lub zajęć szkolnych opuściła Pani/opuścił Pan z powodu szybkiego rytmu serca podczas ostatnich 4 tygodni? Jeśli Pani/Pan aktualnie nie pracuje ani się nie uczy, proszę zakreślić "Nie dotyczy"

Nie dotyczy dni

5. Przez ile dni była Pani/był Pan zmuszona/zmuszony ograniczać typowe aktywności z powodu szybkiego bicia serca w ciągu ostatnich 4 tygodni?

dni

Ankieta pacjenta dotycząca objawów arytmii