

Klinika č.: _____

ID číslo pacienta _____

Catquest-9SF Dotazník 1

Meno: _____

Ulica a popisné číslo: _____

Obec a poštové smerové číslo: _____

Cieľom tohto dotazníka je zistiť, aké problémy máte vo svojom každodennom živote kvôli zhoršenej viditeľnosti.

Sme radi, že prostredníctvom Vášho, čo možno najpravdivejšieho zodpovedania otázok v dotazníku dokážeme zlepšiť našu zdravotnú starostlivosť ako je to len možné. Dotazník obsahuje otázky týkajúce sa Vašich ťažkostí v dôsledku zhoršenia zraku v súvislosti s určitými každodennými úlohami. Ak používate okuliare do diaľky a/alebo na blízko, otázky sa vťahujú k tomu aké to je, keď používate svoje najlepšie okuliare.

Otázky v tomto dotazníku (dotazník 1) sa vzťahujú na Vaše situácie počas posledných 4 týždňov.

Tiež by sme boli radi, keby ste sa vrátili k dotazníku približne 3 mesiace po operácii (dotazník 2).

Keď odpovedáte na otázky na ďalšej stránke, musíte sa skúsiť zamerať len na ťažkosti, ktoré Vám môže zapríčiniť Váš zrak. Uvedomujeme si, že nie je ľahké rozhodnúť, ako dôležitý je pre Vás zrak ak máte aj ďalšie problémy, ako sú napríklad bolesti kĺbov alebo závraty. Chceli by sme Vás požiadať, aby ste sa pokúsili odpovedať ako dôležitý si myslíte je Váš zrak pre schopnosť vykonávať nasledujúce úlohy.

Keď Vás žiadame o vyjadrenie Vašich ťažkostí, ponúkame tri možnosti reakcie. Sú to tieto **veľmi veľké ťažkosti, veľké ťažkosti a nejaké ťažkosti.** Rozdielny ľudia môžu odpovedať rozdielne. Skúste sa pozrieť na tri možnosti odpovedí ako na tri rovnako veľké časti veľkostnej škály od najväčšej po najmenšiu ťažkosť spôsobenú zrakom pri vykonávaní rôznych činností.

Príklad toho ako si predstavujeme meradlo s tromi rôznymi možnosťami odpovedí:

Najväčšie _____ / _____ / _____ najmenšie
veľmi veľké ťažkosti veľké ťažkosti nejaké ťažkosti

A. Myslíte si, že Vám Váš zrak v súčasnosti nejakým spôsobom zapríčiňuje ťažkosti v každodennom živote?

Áno, veľmi veľké ťažkosti	Áno, veľké ťažkosti	Áno, nejaké ťažkosti	Nie, žiadne ťažkosti	Nemôžem sa rozhodnúť
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Ste spokojný alebo nespokojný s Vaším súčasným videním?

Veľmi nespokojný	Dost' nespokojný	Celkom spokojný	Veľmi spokojný	Nemôžem sa rozhodnúť
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Máte ťažkosti s nasledovnými aktivitami spôsobené Vaším zrakom?

	Áno, veľmi veľké ťažkosti	Áno, veľké ťažkosti	Áno, nejaké ťažkosti	Nie, žiadne ťažkosti	Nemôžem sa rozhodnúť
Čítanie textu v novinách	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rozoznávanie tvári ľudí, ktorých stretávate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videnie cien tovarov keď nakupujete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videnie pri chôdzi na nerovnom povrchu, napr. okrúhliaky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videnie pri domácich prácach, rúbanie dreva atď.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čítanie titulkov v televízore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videnie pri zapájaní sa do činnosti/ koníčok, ktorý Vás zaujíma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ďakujeme pekne za Vašu účasť.