

DHI SVIMAKVARÐI

Nafn: _____

Kt. _____ Dagsetning: _____

Tilgangur þessa kvarða er að greina óþægindi sem þú getur fundið fyrir vegna svima eða óstöðugleika. Vinsamlegast merktu „já“, „stundum“ eða „nei“ við hverja spurningu. Svaraðu hverri spurningu einungis með tilliti til svima eða óstöðugleika.

P1. Aukast óþægindin við að horfa upp?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
E2. Verður þú óróleg/ur vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
F3. Minnkar þú vinnu- eða tómsundaferðir vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
P4. Aukast óþægindin þegar þú gengur á milli rekka í stórmarkaði?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
F5. Áttu í erfiðleikum með að fara upp í eða fram úr rúmi vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
F6. Koma óþægindin í veg fyrir að þú getir tekið þátt í félagslegum athöfnum eins og að fara út að borða, fara í bíó, dansa, fara í samkvæmi?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
F7. Áttu í erfiðleikum með að lesa vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
P8. Aukast óþægindin þegar þú sinnir meira krefjandi verkefnum svo sem íþróttaiðkun, dansi, heimilisstörfum (sópa gólf, ganga frá diskum)?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
E9. Ertu hrædd/ur við að fara út án fylgdar vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
E10. Hefur þú verið vandræðaleg/ur frammi fyrir fólki vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
P11. Aukast óþægindin við snöggar höfuðhreyfingar?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
F12. Fordrastu hæð vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
P13. Aukast óþægindin þegar þú snýrð þér í rúminu?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
F14. Áttu í erfiðleikum með að sinna erfiðum heimilisstörfum eða garðvinnu vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
E15. Óttastu að fólk telji þig undir áhrifum vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
F16. Áttu erfitt með að fara ein/n út að ganga vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
P17. Aukast óþægindin við að ganga niður gangstétt sem hallar?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
E18. Áttu erfitt með að einbeita þér vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
F19. Áttu erfitt með að ganga um í húsinu/ íbúðinni í myrkri vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
E20. Ertu hrædd/ur við að vera ein/n heima vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
E21. Finnst þér óþægindin vera hindrun?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
E22. Hafa óþægindin valdið erfiðleikum í samskiptum við fjölskyldu eða vini?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
E23. Ertu þunglynd/ur vegna óþægindanna?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
F24. Hafa óþægindin áhrif á skyldur þínar í starfi eða á heimilinu?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei
P25. Aukast óþægindin þegar þú beygir þig fram?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> stundum	<input type="checkbox"/> nei

Samtals stig: _____

DHI SVIMAKVARÐI FRAMHALD

DHI Leiðbeiningar við stigagjöf

Sjúklingurinn er beðinn um að svara öllum spurningum með tilliti til svima og óstöðugleika sérstaklega miðað við ástand síðastliðinn mánuð. Spurningarnar eru hannaðar til að fela í sér færni- (F), líkams- (P), og tilfinningaleg (E) áhrif svima á vangetu.

Við hverja spurningu er hægt að gefa eftirfarandi stig:

Nei = 0

Stundum = 2

Já = 4

Stig:

16-34 stig (væg minnkun getu)

36-52 stig (miðlungs minnkun getu)

54+ stig (alvarleg minnkun getu)

Við fleiri en 10 stig skal vísað til sérfræðings í jafnvægisstjórnun til nánara mats.

ATH. Ef einstaklingur er með staðfesta sjúkdómsgreiningu frá jafnvægiskerfi innra eyra, þá er túlkun stiga eftirfarandi*:

Stig:

Einstaklingar með

0-30 stig (væg minnkun getu)

31-60 stig (miðlungs minnkun getu)

61-100 stig (alvarleg minnkun getu)

*Whitney, S.L., Wrisley, D.M. et al. (2004). "Is perception of handicap related to functional performance in persons with vestibular dysfunction?" Otol Neurotol 25(2):139-143.