

Kuinka usein koet seuraavia haasteita?

0) En koskaan 1) Hyvin harvoin 2) Melko harvoin 3) Melko usein 4) Hyvin usein 5) Erittäin usein

Täytä kysely ennen hengitysharjoittelun alkua ja uudelleen muutaman vkon/kk:n kuluttua.	Ilmiön esiintymistä kuvaava lukema
1. Hengitätkö päivisin suun kautta?	
2. Huomaatko huokailevasi tai haukottelevasi usein?	
3. Huomaatko pidättäväsi hengitystä ilman syytä?	
4. Koetko hengityksesi pinnalliseksi ja kiihkeäksi?	
5. Koetko, ettet saa vedettyä sisään ilmaa riittävästi, tai keuhkoja aivan tyhjiksi?	
6. Hengästytkö helposti liikkuessasi?	
7. Kärsitkö hengenahdistuksesta tai muista astman oireista?	
8. Koetko itsesi stressaantuneeksi?	
9. Onko sinulla sydämen muljahteluja tai rytmihäiriöitä?	
10. Koetko käsiesi ja jalkojesi kylmyyttä, pistelyä tai puutumista?	
11. Kärsitkö nenän tukkoisuudesta?	
12. Kärsitkö poskiontelovaivoista?	
13. Hengitätkö nukkuessasi suun kautta?	
14. Kärsitkö unihäiriöistä?	
15. Joudutko käymään öisin vessassa?	
16. Joudutko juomaan öisin vettä?	
17. Onko sinulla kuiva suu herättyäsi?	
18. Narskutteletko tai puretko öisin hampaitasi?	
19. Heräiletkö paniikin tai tukehtumisen tunteeseen?	
20. Kuorsaatko	
21. Onko sinulla öisiä hengityskatkoksia?	
22. Heräätkö aamulla väsyneenä?	
23. Oletko väsynyt päivisin?	
Kokonaislukema	