

ОПРОСНИК «ОЦЕНКА СТЕНТ-АССОЦИИРОВАННЫХ СИМПТОМОВ»

Анкета 1 (установленный мочеточниковый стент)

Нас интересует информация о различных аспектах Вашего здоровья после установки мочеточникового стента и влияния стента на Ваше здоровье. Пожалуйста, заполните анкету, которая содержит разделов. Ответьте на все вопросы в каждом разделе.

В некоторых вопросах Вам будет предложено оценить частоту, с которой Вы испытываете те или иные симптомы:

редко	=	реже, чем в 1/3 случаев
иногда	=	с частотой от 1/3 до 2/3 случаев
часто	=	чаще, чем в 2/3 случаев

СИМПТОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С МОЧЕИСПУСКАНИЕМ

Пожалуйста, при ответе на вопросы, принимайте во внимание симптомы, которые Вы стали испытывать после установки стента. Пожалуйста, выберите один вариант ответа на каждый вопрос и отметьте его, основываясь на том, что **Вы испытываете с момента установки стента**.

U1. Как часто Вы мочитесь в течение дня (в среднем)?

чаще, чем каждый час	<input type="checkbox"/>	5	каждые 3 часа	<input type="checkbox"/>	2
каждый час	<input type="checkbox"/>	4	каждые 4 часа или реже	<input type="checkbox"/>	1
каждые 2 часа	<input type="checkbox"/>	3			

U2. Сколько раз, в среднем, Вам приходится вставать ночью, чтобы помочиться?

ни разу	<input type="checkbox"/>	1	3	<input type="checkbox"/>	4
1	<input type="checkbox"/>	2	4 или более	<input type="checkbox"/>	5
2	<input type="checkbox"/>	3			

U3. Приходится ли Вам спешить в туалет, чтобы помочиться?

никогда	<input type="checkbox"/>	1	часто	<input type="checkbox"/>	4
редко	<input type="checkbox"/>	2	всегда	<input type="checkbox"/>	5
иногда	<input type="checkbox"/>	3			

U4. Выделяется ли моча непроизвольно, прежде чем Вам удастся добраться до туалета?

никогда	<input type="checkbox"/>	1	часто	<input type="checkbox"/>	4
редко	<input type="checkbox"/>	2	всегда	<input type="checkbox"/>	5
иногда	<input type="checkbox"/>	3			

U5. Выделяется ли моча непроизвольно без позыва к мочеиспусканию?

никогда	<input type="checkbox"/>	1	часто	<input type="checkbox"/>	4
редко	<input type="checkbox"/>	2	всегда	<input type="checkbox"/>	5
иногда	<input type="checkbox"/>	3			

U6. Как часто после мочеиспускания Вы чувствуете, что Ваш мочевой пузырь не опорожнился полностью?

никогда	<input type="checkbox"/>	1	часто	<input type="checkbox"/>	4
редко	<input type="checkbox"/>	2	всегда	<input type="checkbox"/>	5
иногда	<input type="checkbox"/>	3			

U7. Испытываете ли Вы жжение при мочеиспускании?

никогда	<input type="checkbox"/>	1	часто	<input type="checkbox"/>	4
редко	<input type="checkbox"/>	2	всегда	<input type="checkbox"/>	5
иногда	<input type="checkbox"/>	3			

U8. Как часто у Вас бывает кровь в моче при мочеиспускании?

никогда	<input type="checkbox"/>	1	часто	<input type="checkbox"/>	4
редко	<input type="checkbox"/>	2	всегда	<input type="checkbox"/>	5
иногда	<input type="checkbox"/>	3			

U9. Сколько крови вы видите в моче при мочеиспускании?

не замечал	<input type="checkbox"/>	1	моча слегка окрашена кровью	<input type="checkbox"/>	2
------------	--------------------------	---	-----------------------------	--------------------------	---

Я испытываю боль/дискомфорт в повседневной жизни (передвижение по дому, одевание) 4
Я испытываю боль/дискомфорт в состоянии покоя 5

P5. Нарушает ли Ваш сон боль/дискомфорт, связанные со стентом?

никогда	<input type="checkbox"/> 1	часто	<input type="checkbox"/> 4
редко	<input type="checkbox"/> 2	всегда	<input type="checkbox"/> 5
иногда	<input type="checkbox"/> 3		

P6. Испытываете ли Вы боль/дискомфорт, связанную с установленным стентом, при мочеиспускании?

никогда	<input type="checkbox"/> 1	часто	<input type="checkbox"/> 4
редко	<input type="checkbox"/> 2	всегда	<input type="checkbox"/> 5
иногда	<input type="checkbox"/> 3		

P7. При мочеиспускании испытываете ли Вы боль/дискомфорт в области почек?

никогда	<input type="checkbox"/> 1	часто	<input type="checkbox"/> 4
редко	<input type="checkbox"/> 2	всегда	<input type="checkbox"/> 5
иногда	<input type="checkbox"/> 3		

P8. Как часто Вам требовались обезболивающие, для устранения боли/дискомфорта, связанных с установленным стентом?

никогда	<input type="checkbox"/> 1	часто	<input type="checkbox"/> 4
редко	<input type="checkbox"/> 2	всегда	<input type="checkbox"/> 5
иногда	<input type="checkbox"/> 3		

P9. В целом, насколько боль/дискомфорт, связанные со стентом (в отличии от других симптомов), мешают Вашей жизни?

никогда	<input type="checkbox"/> 1	часто	<input type="checkbox"/> 4
редко	<input type="checkbox"/> 2	всегда	<input type="checkbox"/> 5
иногда	<input type="checkbox"/> 3		

ОБЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ

После установки мочеточникового стента

G1. Испытываете ли Вы трудности при легкой физической нагрузке (пешая прогулка, управление автомобилем)?

обычно не испытываю трудностей	<input type="checkbox"/> 1	не занимаюсь из-за стента	<input type="checkbox"/> 4
испытываю некоторые трудности	<input type="checkbox"/> 2	Все время	<input type="checkbox"/> 5
испытываю значительные затруднения	<input type="checkbox"/> 3		

G2. Испытываете ли Вы трудности при интенсивной физической нагрузке (активные виды спорта, подъем тяжестей)?

обычно не испытываю трудностей	<input type="checkbox"/> 1	не занимаюсь из-за стента	<input type="checkbox"/> 4
испытываю некоторые трудности	<input type="checkbox"/> 2	Все время	<input type="checkbox"/> 5
испытываю значительные затруднения	<input type="checkbox"/> 3		

G3. Чувствовали ли Вы себя усталым и разбитым?

никогда	<input type="checkbox"/> 1	часто	<input type="checkbox"/> 4
редко	<input type="checkbox"/> 2	всегда	<input type="checkbox"/> 5
иногда	<input type="checkbox"/> 3		

G4. Чувствовали ли Вы себя спокойным и умиротворенным?

всегда	<input type="checkbox"/> 1	редко	<input type="checkbox"/> 4
часто	<input type="checkbox"/> 2	никогда	<input type="checkbox"/> 5
иногда	<input type="checkbox"/> 3		

G5. Довольны ли Вы своей социальной жизнью (выходы, общение, встречи с друзьями)?

всегда 1
часто 2
иногда 3

редко 4
никогда 5

G6. Требуется ли Вам дополнительная помощь Ваших близких или друзей?

никогда 1
редко 2
иногда 3

часто 4
всегда 5

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

W1. Ваш трудовой статус:

полная занятость 1
частичная занятость 2
пенсионер по состоянию здоровья 3
не работаю по другой причине (пожалуйста, укажите) 7 _____

учащийся 4
безработный (ищу работу) 5
пенсионер по другой причине 6

W2. Укажите, сколько дней после установки катетера-стента, Вы были вынуждены соблюдать постельный режим? дней

W3. Укажите, сколько дней после установки стента, симптомы, с ним связанные, вынуждали Вас ограничить вашу повседневную деятельность на полдня и более? дней

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы (W4-W7), только если Вы трудоустроены (в противном случае игнорируйте вопросы W4-W7).

W4. а) Ваша должность или обязанности: _____

б) Вы: работник 1 работодатель 2 частный предприниматель 3

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, если Вы работали после установки стента:

W5. Приходилось ли Вам работать короткими периодами или часто брать отпуск в связи с симптомами, обусловленными стентом?

никогда 1
редко 2
иногда 3

часто 4
всегда 5

W6. Вы выполняли свою обычную работу, но с некоторыми послаблениями из-за симптомов, связанных со стентом?

никогда 1
редко 2
иногда 3

часто 4
всегда 5

W7. Вы работали полный рабочий день?

никогда 1
редко 2
иногда 3

часто 4
всегда 5

ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ:

Пожалуйста, выберите один вариант ответа на каждый вопрос, основываясь на Ваших ощущениях **после установки стента**.

S1. В настоящее время Вы живете половой жизнью?

НЕТ 1 (ответьте на вопрос S2 и перейдите к следующему разделу, пропустив вопросы S3-S4)
ДА 2 (пожалуйста, перейдите к вопросу S3, пропустив вопрос S2)

S2. а) Если нет половой жизни, то как давно она прекратилась?

после установки стента 1
до установки стента 0

б) По какой причине?

- из-за проблем, связанных со стентом 1
не предпринимал попыток сексуальной активности 0
по другой причине, не связанной со стентом 0

Пожалуйста, ответьте на вопросы S3 и S4, только если вы ответили "ДА" на вопрос S1. После установки стента:

S3. Испытываете ли Вы боль во время полового акта?

- нет 1
слабую 2
умеренную 3
сильную 4
очень сильную 5

S4. Насколько Вы удовлетворены своей половой жизнью?

- полностью удовлетворен 1
удовлетворен 2
не уверен 3
не удовлетворен 4
совсем не удовлетворен 5

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ:

Следующие вопросы касаются Ваших наблюдений после установки стента:

Пожалуйста, поставьте в соответствующем поле.

A1. Как часто Вы чувствовали, что, возможно, страдаете от инфекции мочевыводящих путей (испытывали повышение температуры тела, недомогание и боли при мочеиспускании)?

- никогда 1
редко 2
иногда 3
часто 4
всегда 5

A2. Приходилось ли Вам принимать антибиотики в следствие установки стента?

(пожалуйста, не учитывайте препараты, которые, возможно, были назначены Вам непосредственно во время установки стента)

- не принимал 1
получал 1 курс 2
получал 2 курса 3
получал 3 и более курсов 4

A3. Приходилось ли Вам обращаться за помощью к врачу из-за каких-либо проблем, связанных с установленным стентом?

- нет, никогда 1
да, однократно 2
да, дважды 3
да, три и более раз 4

A4. Приходилось ли Вам посещать медицинские учреждения из-за каких-либо проблем, связанных с установленным стентом?

- нет, никогда 1
да, однократно 2
да, дважды 3
да, три и более раз 4

GQ В дальнейшем, если бы Вам посоветовали еще раз установить мочеточниковый стент, как бы вы себя чувствовали при этом?

- замечательно 1
хорошо 2
удовлетворительно 3
смешанные чувства 4
неудовлетворительно 5
плохо 6
ужасно 7

AQ Если у Вас есть какие-либо комментарии и дополнения по поводу анкеты или любого из ваших симптомов, пожалуйста, укажите их ниже:

Большое спасибо! Вся информация останется конфиденциальной!