

QOL-E V. 3
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ С СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ
ПРИ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Данное исследование проводится для изучения мнений пациентов с миелодиспластическим синдромом (МДС) о своем состоянии здоровья и о жизни с этим заболеванием крови.

Ваше участие очень важно для нас. Вы были выбраны для участия в этом исследовании при помощи научной методики отбора. Важно, чтобы каждый отобранный для участия пациент заполнил этот опросник, чтобы мы смогли получить истинную картину. Ответы, которые Вы дадите на эти вопросы, позволят усовершенствовать лечение для всех пациентов с МДС, которым оно необходимо. Заполнение опросника займет около 10 минут. Благодарим Вас за помощь!

УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Любая информация, которая могла бы позволить идентифицировать участников данного исследования, будет считаться строго конфиденциальной, будет использоваться только для оценки в ходе данного исследования и не будет по какой-либо причине раскрыта или опубликована без предварительного получения письменного согласия участника, за исключением случаев, когда это требуется по закону.

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ОПРОСНИКА

1. Ответьте на вопрос, отметив правильный для Вас ответ.

Например: (Отметьте правильный ответ)

		ДА	НЕТ
а.	Были ли Вы когда-нибудь на подводной лодке?.....		√

2. Если Вы сомневаетесь в том, как ответить на вопрос, отметьте самый подходящий ответ и рядом с ответом напишите комментарий. Мы прочтем все Ваши комментарии, Вы можете написать столько, сколько посчитаете нужным.

3. При необходимости Вы можете обратиться за помощью к сотруднику, который дал Вам этот опросник.

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В ЭТОМ ИССЛЕДОВАНИИ.

ВВЕДЕНИЕ

1. В целом, Вы бы описали свое состояние здоровья как:

Отличное	Хорошее	Приемлемое	Плохое
----------	---------	------------	--------

2. По сравнению с тем, что было месяц назад, состояние Вашего здоровья:

Стало лучше	Осталось без изменений	Стало хуже	Стало намного хуже
-------------	------------------------	------------	--------------------

ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

3. В течение последней недели Вам, возможно, было трудно из-за состояния здоровья выполнять какие-то из повседневных действий:

		Мне было очень трудно	Мне было довольно трудно	Совсем нетрудно
а.	Выполнять действия, связанные с большой физической нагрузкой, например, бегать, прыгать.			
б.	Подниматься по лестнице.			
в.	Наклоняться.			
г.	Обслуживать себя (умываться, одеваться, самостоятельно есть).			

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

4. В течение последней недели какие у Вас были проблемы в повседневной деятельности из-за состояния здоровья?

		Да	Нет
а.	Мне мало удалось сделать		
б.	Я больше уставал (-а), выполняя свою работу		

5. В течение последней недели было ли Вам трудно бодрствовать на протяжении дня?

Все время	Большую часть времени	Иногда	Ни разу
-----------	-----------------------	--------	---------

СОЦИАЛЬНАЯ ИЛИ СЕМЕЙНАЯ ЖИЗНЬ

6. Считаете ли Вы следующие утверждения верными или неверными?

		Верно	Я не знаю	Неверно
а.	Мое теперешнее состояние слишком сильно мешает мне жить			
б.	Я чувствую, что болезнь угнетает меня			
в.	Я чувствую себя обузой для своей семьи			

7. Состояние здоровья не позволяет Вам иметь оплачиваемую работу, вне зависимости от того, является ли Ваш возраст пенсионным.

Верно	Неверно
-------	---------

8. В течение последней недели у Вас были проблемы с половым возбуждением?

Ни разу	Редко	Иногда	Часто
---------	-------	--------	-------

НЕУДОБСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ВАШЕЙ БОЛЕЗНЬЮ

9. Насколько сильно усталость мешала Вам заниматься повседневными делами в течение последней недели?

Совсем нет	Немного	Сильно	Очень сильно
------------	---------	--------	--------------

10. Насколько сильную усталость Вы чувствовали в течение последней недели?

Совсем нет	Немного	Сильно	Очень сильно
------------	---------	--------	--------------

11. Насколько сильно Вас беспокоили указанные ниже проблемы в течение последней недели?

		Совсем нет	Немного	Сильно	Очень сильно
а.	Головная боль				
б.	Учащенное сердцебиение				
в.	Уход за собой утомлял Вас				
г.	Необходимость проводить в постели большую часть времени				

12. Высыпались ли Вы в течение последней недели?

Всегда	Часто	Редко	Ни разу
--------	-------	-------	---------

13. Беспокоила ли Вас одышка при подъеме по лестнице в течение последней недели?

Ни разу	Иногда	Часто	Всегда
---------	--------	-------	--------

14. Какие последствия болезни мешают Вам в повседневной жизни?

		Совсем нет	Немного	Очень сильно
а.	Зависимость от переливаний крови			
б.	Невозможность выполнять работу по дому			
в.	Невозможность ездить как на короткие, так и на длинные расстояния			
г.	Зависимость от больницы, врачей и (или) медсестер			
д.	Стресс и волнение из-за болезни			
е.	Влияние на Вашу сексуальную жизнь			
ж.	Побочные эффекты лечения			

Комментарии:

--

Авторское право © Esther N Oliva, Borislav D Dimitrov.

Права на все страницы и языки сохранены с 2002 г. за Esther N Oliva, Borislav D Dimitrov.