

**QOL-E V. 3**  
**మైలోడిస్‌ప్లాస్టిక్ సిండ్రోమ్‌లో**  
**ఆరోగ్యానికి సంబంధించిన జీవన నాణ్యత**

ఇది మైలోడిస్‌ప్లాస్టిక్ సిండ్రోమ్ (MDS) ఉన్న రోగులకు సరిగ్గా నిర్వహించబడిన అధ్యయనం, ఇది రోగులు వారి ఆరోగ్యం మరియు వారి రక్త వ్యాధితో జీవించడం గురించి ఎలా భావిస్తున్నారో అనే తెలుసుకునే లక్ష్యంతో చేస్తుంది.

మీరు పాల్గొనడం మాకు ఎంతో ముఖ్యమైనది. మీరు పాల్గొనడానికి శాస్త్రీయ నమూనా విధానం ద్వారా ఎంపిక చేయబడ్డారు మరియు ఎంపిక చేయబడిన ప్రతి ఒక్కరూ ఈ ప్రశ్నావళిని పూర్తి చేయడం ముఖ్యం, తద్వారా మేము నిజమైన చిత్రాన్ని పొందగలము. ప్రశ్నలకు మీరు ఇచ్చే సమాధానాలు MDS కోసం చికిత్స చేయాలని రోగులందరికీ మెరుగైన చికిత్సకు దారితీస్తాయి. ప్రశ్నావళిని పూర్తి చేయడానికి సుమారు 10 నిమిషాలు పడుతుంది. మీ సహాయానికి ధన్యవాదాలు.

**గోప్యతా నోటీస్**

ఈ అధ్యయనంలో పాల్గొనేవారిని గుర్తించడానికి అనుమతించే మొత్తం సమాచారం ఖచ్చితంగా గోప్యంగా పరిగణించబడుతుంది, అధ్యయన సమయంలో మూల్యాంకన ప్రయోజనం కోసం మాత్రమే ఉపయోగించబడుతుంది మరియు అవసరమైతే తప్ప, చట్టం ద్వారా మునుపటి వ్రాతపూర్వక అనుమతి లేకుండా ఏ కారణం చేతనైనా బహిర్గతం చేయబడదు లేదా విడుదల చేయబడదు.

**ప్రశ్నావళి పూర్తి చేయడానికి సూచనలు**

1. మీ కోసం సరైన సమాధానాన్ని గుర్తించడం ద్వారా ప్రశ్నకు సమాధానం ఇవ్వండి.

**ఉదాహరణకు: (సరైన సమాధానాన్ని గుర్తించండి)**

|    |                                  | అవును | కాదు |
|----|----------------------------------|-------|------|
| a. | మీరు జలాంతర్గమిలో వెళ్ళారా?..... |       | √    |

2. ప్రశ్నకు ఎలా సమాధానం ఇవ్వాలనేది స్పష్టంగా తెలియనట్లయితే, అత్యుత్తమ సమాధానం గుర్తుపెట్టండి మరియు సమాధానానికి పక్కన ఒక వ్యాఖ్యను రాయండి. మేము మీ అన్ని వ్యాఖ్యలను చదువుతాము, కాబట్టి మీరు మీకు నచ్చినంత వ్రాయవచ్చు.

3. అవసరమైతే, మీరు సహాయం కోసం ప్రశ్నావళిని అందించిన సిబ్బందిని అడగవచ్చు.

**ఈ అధ్యయనంలో మీరు పాల్గొన్నందుకు ధన్యవాదాలు.**

### పరిచయం

1. సాధారణంగా, మీ ఆరోగ్యం ఇలా ఉందని చెబుతారా:

|         |         |                   |          |
|---------|---------|-------------------|----------|
| అద్భుతం | బాగుంది | ఆమోదయోగ్యంగా ఉంది | బాగాలేదు |
|---------|---------|-------------------|----------|

2. ఒక నెల క్రితంతో పోలిస్తే, మీ ఆరోగ్యం:

|               |            |                  |                       |
|---------------|------------|------------------|-----------------------|
| మెరుగ్గా ఉంది | అలాగే ఉంది | అధ్వాన్నంగా ఉంది | చాలా అధ్వాన్నంగా ఉంది |
|---------------|------------|------------------|-----------------------|

### శారీరక స్వస్థత

3. గత వారంలో మీ ఆరోగ్యం మీరు ప్రతిరోజూ చేసే కొన్ని పనులను మీకు కష్టతరం చేసి ఉండవచ్చు

|    |   | నాకు చాలా కష్టంగా అనిపించింది | నాకు కొంచెం కష్టంగా అనిపించింది | అస్సలు ఇబ్బందులు లేవు |
|----|---|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| a. | భారీ వ్యాయామం చేయడానికి, ఉదాహరణకు పరిగెత్తడం, దూకడం   |                               |                                 |                       |
| b. | మెట్లు ఎక్కడానికి   |                               |                                 |                       |
| c. | వంగడానికి   |                               |                                 |                       |
| d. | నా పట్ల నేను శ్రద్ధ వహించడానికి (నా అంతట నేను శుభ్రం చేసుకోవడం, దుస్తులు వేసుకోవడం, నా అంతట నేను తినడం) |                               |                                 |                       |

### క్రియాశీల స్వస్థత

4. గత వారంలో, మీ ఆరోగ్యం కారణంగా మీ రోజువారీ కార్యకలాపాలలో మీరు ఎలాంటి సమస్యలను ఎదుర్కొన్నారు?

|    |   | అవును | లేదు |
|----|---|-------|------|
| a. | నేను చాలా తక్కువ చేశాను                 |       |      |
| b. | నా పని చేయడం వల్ల నేను మరింత అలసిపోయాను |       |      |

5. గత వారంలో, పగటిపూట మెలకువగా ఉండడం మీకు కష్టంగా అనిపించిందా?

|            |           |           |              |
|------------|-----------|-----------|--------------|
| అన్నివేళలా | చాలా సమయం | కొంత సమయం | ఎప్పుడూ లేదు |
|------------|-----------|-----------|--------------|

## సామాజిక లేదా కుటుంబ జీవితం

6. మీ అభిప్రాయం ప్రకారం, దిగువ ప్రకటనలు ఒప్పు లేదా తప్పు?

|    |   | ఒప్పు | నాకు తెలియదు | తప్పు |
|----|---|-------|--------------|-------|
| a. | నా ప్రస్తుత పరిస్థితి నా జీవితంతో మరింత ఎక్కువగా అంతరాయం కలిగిస్తుంది |       |              |       |
| b. | నా వ్యాధితో నేను కృంగిపోతున్నట్లు అనిపించింది                         |       |              |       |
| c. | నేను నా కుటుంబానికి ఇబ్బందిగా భావిస్తున్నాను                          |       |              |       |

7. మీరు పదవీ విరమణ వయస్సులో ఉన్నా లేకున్నా, మీ ఆరోగ్యం మీకు జీతంతో కూడిన ఉద్యోగం నుండి మిమ్మల్ని నిరోధిస్తుంది

|       |       |
|-------|-------|
| ఒప్పు | తప్పు |
|-------|-------|

8. గత వారంలో లైంగిక ప్రేరేపణ మీకు సమస్యగా ఉందా?

|              |         |               |        |
|--------------|---------|---------------|--------|
| ఎప్పుడూ లేదు | అరుదుగా | కొన్ని సార్లు | తరచుగా |
|--------------|---------|---------------|--------|

## మీ అనారోగ్యానికి సంబంధించిన అసౌకర్యం

9. గడిచిన వారంలో అలసట మీ రోజువారీ పనులకు ఎంత ఆటంకం కలిగించింది?

|           |        |      |               |
|-----------|--------|------|---------------|
| అసలు లేదు | కొంచెం | చాలా | చాలా ఎక్కువగా |
|-----------|--------|------|---------------|

10. గత వారంలో మీరు ఎంత అలసిపోయారని అనిపించింది?

|             |        |      |               |
|-------------|--------|------|---------------|
| అస్సలు లేదు | కొంచెం | చాలా | చాలా ఎక్కువగా |
|-------------|--------|------|---------------|

11. గత వారంలో క్రింది సమస్యలు మిమ్మల్ని ఎంతగా బాధించాయి?

|    |   | అస్సలు లేదు | కొంచెం | చాలా | చాలా ఎక్కువగా |
|----|---|-------------|--------|------|---------------|
| a. | తలనొప్పి  |             |        |      |               |
| b. | గుండెల్లో దడ  |             |        |      |               |
| c. | మిమ్మల్ని మీరు జాగ్రత్తగా చూసుకోవడం వల్ల మీరు అలసిపోయినట్లు అనిపించింది |             |        |      |               |
| d. | మంచాన పడడం  |             |        |      |               |

12. గత వారంలో మీరు తగినంత నిద్ర పొందారా?

|              |        |         |              |
|--------------|--------|---------|--------------|
| ఎప్పుడూ లేదు | తరచుగా | అరుదుగా | ఎప్పుడూ లేదు |
|--------------|--------|---------|--------------|

13. గత వారం రోజులుగా మెట్లు ఎక్కేటప్పుడు శ్వాస తీసుకోవడంలో ఇబ్బంది ఏర్పడిందా?

|              |               |        |              |
|--------------|---------------|--------|--------------|
| ఎప్పుడూ లేదు | కొన్ని సార్లు | తరచుగా | ఎప్పుడూ లేదు |
|--------------|---------------|--------|--------------|

14. అనారోగ్యం యొక్క ఏ ప్రభావాలు మీ రోజువారీ జీవితాన్ని భంగపరుస్తాయి?

|    |   | అస్సలు లేదు | కొంచెం | చాలా ఎక్కువగా |
|----|---|-------------|--------|---------------|
| a. | రక్త మార్పిడిపై ఆధారపడటం                        |             |        |               |
| b. | ఇంటిపనులు చేసుకోలేకపోవడం                        |             |        |               |
| c. | తక్కువ దూరం లేదా ఎక్కువ దూరం ప్రయాణించలేక పోవడం |             |        |               |
| d. | ఆసుపత్రి, వైద్యులు మరియు/లేదా నర్సులపై ఆధారపడటం |             |        |               |
| e. | అనారోగ్యం కారణంగా ఒత్తిడి మరియు ఆందోళన          |             |        |               |
| f. | మీ లైంగిక జీవితంపై ప్రభావం                      |             |        |               |
| g. | చికిత్స యొక్క దుష్ప్రభావాలు                     |             |        |               |

గమనికలు:

© కాపీ రైట్ Esther N Oliva, Borislav D Dimitrov.

అన్ని పేజీలు మరియు భాషల హక్కులు 2002 Esther N Oliva, Borislav D Dimitrovకు రిజర్వు చేయబడ్డాయి.