
您的健康 —和— 幸福

肾脏病与生活质量 (KDQOL™-36)

此次调查旨在询问您对自己健康的看法。这一信息将有助于了解您的感受以及您进行平常活动的 ability。



感谢您完成这些问题!

透析病人 生活质量的研究

这项研究的目的是什么？

这项研究通过与医生和病人的合作进行。目的是评估肾脏病人的生活质量。

我将被要求做什么？

在这项研究中，我们要您今天完成一份有关您的健康、感受以及背景的调查问卷。

资料的保密？

我们不会问您的名字。您的答案将在报告研究成果时与其他参与者的答案汇集到一起。任何会透露您的身份的信息将被严格保密。此外，所有收集的资料将只用于研究目的，并且在没有得到您的准许之前不会因为要用作其它目的而被批露或发布。

我将如何从参与中获益？

您所提供的信息将告诉我们您对于所得到的护理感受如何，以及让我们进一步了解医疗护理对病人健康的影响。这些信息将帮助我们评估所给予的护理。

我必须参与吗？

您不是必须填写调查问卷并且可以拒绝回答任何问题。您关于参与的决定将不会影响您得到护理的机会。

您的健康

这项调查包括关于您健康和生活的各种问题。我们有兴趣知道您对每个问题的感受。

1. 一般而言，您认为您的健康状况：[在最能描述您回答的方框内标注 。]

极好	很好	好	一般	糟糕
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

以下各项是关于您在一天中可能进行的活动。您现在的健康状况会限制您进行这些活动吗？如果是，程度如何？ [在每行的一个方框内标注 。]

是的，有 很大的限制	是的，有 点儿限制	不，一点 儿也不限制
▼	▼	▼

2. 适度的活动，比如移动桌子、扫地、打羽毛球或者游泳..... 1..... 2..... 3
3. 爬几段楼梯..... 1..... 2..... 3

在过去的四个星期，由于您的身体健康状况，您在工作时或者进行其它日常活动时有以下问题吗？

有	没有
▼	▼

4. 比您希望做的要完成得少..... ₁.....₂

5. 工作或其它活动的种类受到了限制..... ₁.....₂

在过去的四个星期，由于情绪问题（比如感到抑郁或焦虑），您在工作时或者进行其它日常活动时有以下问题吗？

有	没有
▼	▼

6. 比您希望做的要完成得少..... ₁.....₂

7. 不像平常进行工作或活动那样仔细..... ₁.....₂

8. 在过去的四个星期，疼痛对您的正常工作（包括家外的工作和家务事）有多大程度的干扰？

一点儿也不	有一点儿	中度	重度	极度
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

这些问题与您在过去四个星期的感受和生活有关。对于每个问题，请给出与您的感受最接近的回答。

在过去的四个星期，有多少时间…

所有的 时间	大多数 时间	很多时 间	有时候	很少	从不
▼	▼	▼	▼	▼	▼

9. 您觉得平静、安宁呢？ 1 2 3 4 5 6

10. 您觉得精力充沛呢？ ... 1 2 3 4 5 6

11. 您觉得沮丧、抑郁呢？ 1 2 3 4 5 6

12. 在过去的四个星期，您的身体健康状况或者情绪问题有多少时间影响了您的社交活动（比如拜访朋友、亲戚等）呢？

所有时间	大多数时间	有时候	很少	从不
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

您的肾脏病

下列各个陈述对您来说有多真实或不真实？

肯定真实	大致真实	不知道	大致不真实	肯定不真实
▼	▼	▼	▼	▼

- 13.** 我的肾脏病过于妨碍我的生活..... 1 2 3 4 5
- 14.** 我花了太多时间来应付我的肾脏病 1 2 3 4 5
- 15.** 我为应付我的肾脏病而感到烦恼沮丧..... 1 2 3 4 5
- 16.** 我觉得自己好像是家庭的负担..... 1 2 3 4 5

在过去的四个星期，您在多大程度上被以下各种状况干扰？

	完全没 干扰 ▼	有些 干扰 ▼	适度的 干扰 ▼	很大的 干扰 ▼	极度 干扰 ▼
17. 肌肉酸痛?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. 胸口疼痛?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. 抽筋?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. 皮肤发痒?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. 皮肤干燥?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. 呼吸急促?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. 头晕?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. 没胃口?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. 精疲力尽?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. 手或脚麻木?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. 呕吐或肚子痛? ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28 ^a . (只针对血液透析的病人)					
您插入导管的血 管部位有问题 吗?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28 ^b . (只针对腹膜透析的病人)					
您插入导管的部 位有问题吗?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

肾脏病对您日常生活的影响

有些人会因为肾脏病的影响而使日常生活受到干扰，其他人则不会。在以下各方面，肾脏病对您造成了多大的干扰？

	完全没有干扰 ▼	有些干扰 ▼	适度的干扰 ▼	很大的干扰 ▼	极度干扰 ▼
29. 喝入液体的限制？	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. 饮食限制？	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. 您做家务事的能力？	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. 您旅行的能力？ ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. 对医生和其他医务人员的依赖？ ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34. 肾脏病造成的压力或忧虑？	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35. 您的性生活？	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. 您的个人仪表？ ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

感谢您完成这些问题！