
Ваше здоровье

— и —

самочувствие

Заболевание почек и качество жизни (KDQOL-SF™ 1.3)

Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете и насколько хорошо справляетесь с повседневными делами.



Заранее благодарим за ответы на вопросы!

Изучение качества жизни больных на диализе

Цель исследования?

Исследование предполагает участие пациентов и лечащих врачей. Его целью является оценка качества жизни больных с заболеваниями почек.

Что Вам предстоит делать?

Для нашего исследования необходимо, чтобы Вы ответили на вопросы о состоянии Вашего здоровья и самочувствии и указали некоторые Ваши личные данные.

Конфиденциальность информации?

Указывать свою фамилию нет необходимости. Ваши ответы будут проанализированы вместе с ответами других участников исследования и использованы для обобщающих выводов. Любая информация сугубо личного характера останется строго конфиденциальной. Хотим также отметить, что вся полученная информация будет использована только для целей данного исследования и не будет разглашаться или предоставляться для других целей без Вашего согласия.

Чем это исследование может помочь лично Вам?

Предоставленная информация позволит составить представление о том, насколько устраивает Вас доступная Вам медицинская помощь и как именно ее качество отражается на здоровье пациентов. Исследование поможет оценить общий уровень медицинской помощи.

Является ли заполнение опросника обязательным?

Заполнение опросника не является обязательным, и Вы можете отказаться отвечать на любой из предложенных вопросов. Ваше решение участвовать или не участвовать в исследовании не повлияет на возможность получения медицинской помощи.

Инструкция

по заполнению опросника

- А.** Мы просим Вас оценить состояние Вашего здоровья. Предоставленная информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете и насколько хорошо справляетесь с повседневными делами.
- Б.** Опросник включает целый ряд вопросов о Вашем здоровье и образе жизни. Нас интересует Ваша точка зрения по каждому из этих вопросов.
- В.** При ответе на каждый вопрос поставьте, пожалуйста, крестик в соответствующий квадратик, обведите кружком цифру правильного ответа или впишите ответ от руки.

Пример:

Насколько сильную боль в спине Вы испытывали за последние 4 недели?

(Поставьте крестик в соответствующий квадрат)

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Совсем не испытывал (а) | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| Очень слабую | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Слабую | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Умеренную | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Сильную | <input type="checkbox"/> | 5 |

- Г.** Некоторые вопросы посвящены влиянию заболевания почек на Вашу жизнь. Задаются вопросы об ограничениях, связанных с заболеванием почек, и о Вашем самочувствии. Может показаться, что некоторые вопросы дублируют друг друга, но на самом деле каждый из них задан не случайно. Пожалуйста, отвечайте как можно откровеннее. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, тем не менее выберите такой ответ, который кажется Вам наиболее подходящим.

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В НАШЕМ ИССЛЕДОВАНИИ

Ваше здоровье

Опросник включает целый ряд вопросов о Вашем здоровье и образе жизни. Нас интересует Ваша точка зрения по каждому из этих вопросов.

1. В целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья как:
[Поставьте крестик в один квадрат, который точнее всего отражает Ваше мнение.]

Отличное	Очень хорошее	Хорошее	Посредственное	Плохое
θ	θ	θ	θ	θ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?

Значительно лучше, чем год назад	Несколько лучше, чем год назад	Примерно такое же, как год назад	Несколько хуже, чем год назад	Гораздо хуже, чем год назад
θ	θ	θ	θ	θ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, обычно сталкиваетесь в течение дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? [Поставьте крестик ☒ в квадрат в каждой строке.]

Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
θ	θ	θ

а Тяжелые физические нагрузки,
такие, как бег, поднятие тяжестей,
занятие силовыми видами
спорта..... 1..... 2..... 3

б Умеренные физические нагрузки,
такие, как передвинуть стул,
поработать с пылесосом, собирать
грибы или
ягоды..... 1..... 2..... 3

в Поднять или нести сумку с
продуктами..... 1..... 2..... 3

г Подняться пешком по лестнице
на несколько
пролетов..... 1..... 2..... 3

д Подняться пешком по лестнице
на один
пролет..... 1..... 2..... 3

е Наклониться, стать на колени,
присесть на корточки..... 1..... 2..... 3

ж Пройти расстояние более одного
километра..... 1..... 2..... 3

з Пройти расстояние в несколько
кварталов..... 1..... 2..... 3

Пройти расстояние в один
..... 1..... 2..... 3

и квартал.....

.

к Самостоятельно вымыться,
одеться.....

.

..... 1..... 2..... 3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего...

	Да θ	Нет θ
a Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
б <u>Выполнили меньше</u> , чем хотели?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
в Вы были ограничены в выполнении какого-либо <u>определенного вида</u> работы или другой деятельности?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
г Были <u>трудности</u> при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего...

	Да θ	Нет θ
a Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
б <u>Выполнили меньше</u> , чем хотели?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
в Выполнили свою работу или другие дела не так <u>аккуратно</u> , как обычно?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

Совсем не мешало	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
θ	θ	θ	θ	θ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

Совсем не испытывал(а)	Очень слабую	Слабую	Умеренную	Сильную	Очень сильную
θ	θ	θ	θ	θ	θ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома и по дому)?

Совсем не мешала	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
θ	θ	θ	θ	θ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

Как часто в течение последних 4 недель...

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
	0	0	0	0	0	0
а	Вы чувствовали себя бодрым(ой)?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/>
б	Вы сильно нервничали?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/>
в	Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/>
г	Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/>
д	Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/>
е	Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/>
ж	Вы чувствовали себя измученным(ой)?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/>
з	Вы чувствовали себя счастливым(ой)?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/>
и	Вы чувствовали себя					
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/>

уоставшим(ей)?.....

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.)?

Все время	Большую часть времени	Иногда	Редко	Ни разу
θ	θ	θ	θ	θ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляется по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений?

	Совершенно верно θ	Скорее верно θ	Не знаю θ	Скорее неверно θ	Абсолютно неверно θ
^а Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....
^б Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....
^в Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....
^г У меня отличное здоровье.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....

Ваше заболевание почек

12. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляется по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений?

	Совершенно верно 0	Скорее верно 0	Не знаю 0	Скорее неверно 0	Абсолютно неверно 0
^a Заболевание почек очень мешает мне жить полноценной жизнью.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.
^б Заболевание почек отнимает у меня слишком много времени	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.
^в Я чувствую себя очень расстроенным, когда сталкиваюсь с конкретными проявлениями своего заболевания.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.
^г Я чувствую, что стал(а) обузой для своей семьи	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.

13. Следующие вопросы касаются Вашего самочувствия и настроения в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте тот ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

Как часто в течение последних 4 недель...

	Ни разу	Редко	Иногда	Часто	Большую часть времени	Все время
	0	1	2	3	4	5
а Вы избегали общения с окружающими?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
б Вы медленно реагировали (на слова или действия)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
в Окружающие вызывали у Вас раздражение?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
г Вам было трудно сосредоточиться?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
д Вы ладили с людьми?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
е Что-то ставило Вас в тупик?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**14. Беспокоили ли Вас в течение последних 4 недель
нижеперечисленные симптомы? Если беспокоили, то в какой
степени?**

Совсем не беспокоило	Слегка беспокоило	Умеренно беспокоило	Довольно сильно беспокоило	Очень сильно беспокоило
0	1	2	3	4

а	Мышечные боли?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
б	Боль в груди?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
в	Судороги?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
г	Кожный зуд?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
д	Сухость кожи?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
е	Одышка?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ж	Приступы слабости или головокружения?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
з	Отсутствие аппетита?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
и	Упадок сил, при котором Вы чувствовали себя «как выжатый лимон»?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
к	Онемение кистей или стоп?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
л	Тошнота или расстройство желудка?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Совсем не беспокоило θ	Слегка беспокоило θ	Умеренно беспокоило θ	Довольно сильно беспокоило θ	Очень сильно беспокоило θ
---------------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

м (Только для больных на гемодиализе)

Проблемы с
сосудистым
доступом

(фистулой или
катетером)?

..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

н (Только для больных на перитонеальном диализе)

Проблемы с
перитонеальным
катетером?

..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

Влияние заболевания почек на Вашу повседневную жизнь

15. Влияние заболевания почек на повседневную жизнь беспокоит кого-то больше, кого-то меньше. Насколько заболевание почек беспокоит лично Вас в каждой из нижеперечисленных областей?

Совсем не беспокоит	Слегка беспокоит	Умеренно беспокоит	Довольно сильно беспокоит	Очень сильно беспокоит
0	1	2	3	4

- а Ограничения в потреблении жидкости? 1 2 3 4 5
- б Необходимость соблюдать диету? 1 2 3 4 5
- в Способность выполнять домашнюю работу? 1 2 3 4 5
- г Возможность путешествовать? 1 2 3 4 5
- д Зависимость от медперсонала? 1 2 3 4 5
- е Стресс или волнения, связанные с заболеванием почек? 1 2 3 4 5
- ж Влияние болезни на половую жизнь? 1 2 3 4 5
- з Влияние болезни на Вашу внешность? 1 2 3 4 5

Следующие три вопроса являются достаточно личными и относятся к Вашей интимной жизни, но откровенные ответы на них важны для понимания того, какое влияние оказывает заболевание почек на жизнь людей.

16. Был ли у Вас секс в течение последних 4 недель?

(обведите одну цифру)

Нет 1
 Да 2

Если нет, переходите, пожалуйста, к вопросу 17



Не возникало ли у Вас за последние 4 недели проблем с тем, чтобы ...

Нет проблем	Легкие проблемы	Заметные затруднения	Серьезные трудности	Почти непреодолимые трудности
0	0	0	0	0

a. Получать удовольствие от секса? 1 2 3 4 5

б. Испытывать сексуальное возбуждение? 1 2 3 4 5

17. При ответе на следующий вопрос, пожалуйста, оцените Ваш сон по шкале от 0 (что означает «очень плохой») до 10 («очень хороший»).

Если Вы полагаете, что Ваш сон – «средний», обведите, пожалуйста, 5. Если Вы считаете, что Ваш сон чуть лучше, чем «средний», обведите 6. Если Вы считаете, что Ваш сон чуть хуже, чем «средний», обведите 4. (И так далее).

Как бы Вы оценили свой сон по шкале от 0 до 10?

[Поставьте крестик ☒ в один квадрат.]

Очень плохой											Очень хороший
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18. Как часто за последние 4 недели Вы ...

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

а Просыпались среди ночи и больше не могли уснуть? 1 2 3 4 5 6

б Спали столько, сколько Вам необходимо? 1 2 3 4 5 6

в Испытывали сонливость, и Вам было трудно сохранять бодрость в течение всего дня? 1 2 3 4 5 6

19. Что касается Вашей семьи и друзей, насколько Вы удовлетворены ...

Совершенно неудовлетворен	Скорее неудовлетворен	Скорее удовлетворен	Полностью удовлетворен
------------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------

а Тем, сколько времени Вы можете проводить с семьей и друзьями? 1 2 3 4

б Той поддержкой, которую получаете от семьи и друзей? 1 2 3 4

20. Работали ли Вы по найму в течение последних 4 недель?

Да	Нет
θ	θ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

21. Ваше здоровье не позволяет Вам работать?

Да, не позволяет	Нет, позволяет
θ	θ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

22. Как бы Вы оценили состояние своего здоровья в целом?

Хуже некуда (настолько плохо, что лучше было бы умереть)										Наилучшее самочувствие
					Среднее					
	θ				θ				θ	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Удовлетворенность медицинской помощью

23. Теперь речь пойдет о медицинской помощи, которую Вы получаете на диализе. Как бы Вы оценили дружелюбие и интерес к Вам как личности со стороны персонала?

Очень низко	Низко	Средне	Достаточно высоко	Высоко	Очень высоко	Лучше не бывает
θ	θ	θ	θ	θ	θ	θ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** является каждое из нижеперечисленных утверждений?

	Совершенно верно	Скорее верно	Не знаю	Скорее неверно	Абсолютно неверно
а Диализный персонал настраивает меня быть максимально независимым.....	θ	θ	θ	θ	θ
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
б Диализный персонал помогает мне преодолеть трудности, связанные с заболеванием почек.....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Благодарим за ответы на вопросы!

Страница 19

Дополнительная информация

25. Осуществляете ли Вы регулярный прием препаратов, прописанных лечащим врачом (4 или более дней в неделю)?
Пожалуйста, не относите к числу регулярно принимаемых такие препараты повседневного употребления, как аспирин или альмагель, фосфалугель.

(обведите одну цифру)

Нет 1 \Rightarrow

Да 2

Если нет, переходите, пожалуйста, к вопросу 26



- 25а. Сколько прописанных врачом препаратов Вы принимаете в настоящее время?

Количество препаратов: _____

26. Сколько всего полных суток Вы провели в больнице в течение последних 6 месяцев?

(Если ни одного полного дня, напишите, пожалуйста, 0)

Количество дней: _____

27. Сколько всего дней за последние 6 месяцев Вы получали медицинскую помощь в больнице и при этом вернулись домой в тот же день?

(Если ни одного, напишите, пожалуйста, 0)

Количество дней: _____

28. Что стало причиной развития у Вас почечной недостаточности?

(обведите все, что подходит)

- Не знаю1
 - Гипертензия (высокое кровяное давление)2
 - Диабет3
 - Поликистоз почек4
 - Хронический гломерулонефрит5
 - Хронический пиелонефрит6
 - Другое (пожалуйста, укажите, что именно): ___ 7
-

29. Дата Вашего рождения?

Число/ Месяц/ Год _____

30. Ваше образование?

(обведите одну цифру)

- Неполное среднее..... 1
- Полное среднее 2
- Среднее специальное 3
- Незаконченное высшее..... 4
- Высшее..... 5

31. Ваш пол?

(обведите одну цифру)

- Мужской 1
- Женский 2

32. Как бы Вы себя описали?

(обведите одну цифру)

- принадлежу к славянским народам1
 - принадлежу к среднеазиатским народам ...2
 - принадлежу к кавказским народам3
 - принадлежу к тюркским народам4
 - принадлежу к народам Севера5
 - другое (укажите, пожалуйста,):__7
-

33. Состоите ли Вы в браке?

(обведите одну цифру)

- Нет 1
- Да..... 2

34. В течение последних 30 дней Вы:

(обведите одну цифру)

- Работали полный рабочий день 1
- Работали неполный рабочий день 2
- Безработный, были уволены
или искали работу 3
- На пенсии 4
- На инвалидности 5
- Учащийся или студент 6
- Вели домашнее хозяйство 7
- Ни одно из вышеперечисленного 8

35. Вопрос о страховке

36. Каков у Вас средний ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ доход на члена семьи ЗА ПОСЛЕДНИЙ КАЛЕНДАРНЫЙ ГОД (включая всех членов семьи, проживающих вместе с Вами)? Помните, что конфиденциальность Ваших ответов гарантируется.

(обведите одну цифру)

Менее 100£ на члена семьи.....	1
100-200£	2
201-400£	3
401-1000£	4
1001-3000£	5
3001-7000£	6
Свыше 7000£	7
Не знаю	8

37. Помогал ли Вам кто-нибудь заполнять этот опросник?

(обведите одну цифру)

Да, врач или иные медики.....	1
Да, член семьи или друг	2
Да, кто-либо еще	3
Нет	4

38. Поставьте, пожалуйста, дату?

Число:

Месяц:

Год:

Благодарим Вас за заполнение опросника.

Страница 23