

ОПРОСНИК ПО ЗДОРОВЬЮ
(русская версия King's Health Questionnaire, 1993)

Ф.И.О. _____

Дата _____

Пожалуйста, при ответах на вопросы исходите из своих ощущений за **последние 2 недели**.

**1. Как бы Вы оценили общее состояние
своего здоровья в настоящее время?**

**Пожалуйста,
выберите один ответ**

Очень хорошее

Хорошее

Удовлетворительное

Плохое

Очень плохое

**2. Как Вы думаете, в какой степени
Ваши проблемы с мочеиспусканием
вливают на Вашу жизнь?**

**Пожалуйста,
выберите один ответ**

Совсем нет

Слегка

Умеренно

Сильно

Ниже перечислены некоторые аспекты жизни, на которые могут повлиять проблемы с мочеиспусканием. В какой степени проблемы с мочеиспусканием влияют на Вашу жизнь?

Просим Вас ответить на каждый вопрос. Пожалуйста, отвечайте применительно к **последним 2 неделям**. Выберите ответ, который отражает Ваше состояние.

3. ОГРАНИЧЕНИЯ В ПОВСЕДНЕВНЫХ ЗАНЯТИЯХ

	Совсем нет	Слегка	Умеренно	Сильно
а. В какой степени проблемы с мочеиспусканием влияют на Вашу способность выполнять работу по хозяйству (например, заниматься уборкой, ходить в магазины, следить за домом и т.д.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
б. Влияют ли проблемы с мочеиспусканием на Вашу работу или на Ваши обычные повседневные занятия вне дома?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ОГРАНИЧЕНИЯ В ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ОБЩЕНИИ

	Совсем нет	Слегка	Умеренно	Сильно
а. Влияют ли проблемы с мочеиспусканием на Ваши физические занятия (прогулки, бег, занятия спортом, гимнастика и т.п.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
б. Влияют ли Ваши проблемы с мочеиспусканием на Вашу способность пользоваться автобусами, машиной, самолетами, поездами и т.п.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
с. Ограничивают ли проблемы с мочеиспусканием Ваше общение с другими людьми?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
д. Ограничивают ли проблемы с мочеиспусканием Ваши возможности встречаться с друзьями/навещать друзей?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ЛИЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

	Не относится ко мне	Совсем нет	Слегка	Умеренно	Сильно
а. Влияют ли проблемы с мочеиспусканием на Ваши отношения с человеком, с которым Вы живете (супругом или партнером)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
б. Влияют ли проблемы с мочеиспусканием на Вашу половую жизнь?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
с. Влияют ли проблемы с мочеиспусканием на Вашу семейную жизнь?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ

	Совсем нет	Слегка	Умеренно	Сильно
а. Чувствуете ли Вы себя подавленной из-за своих проблем с мочеиспусканием?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
б. Испытываете ли Вы тревогу или нервничаете из-за своих проблем с мочеиспусканием?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
с. Снижают ли проблемы с мочеиспусканием Вашу самооценку?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. СОН/ЭНЕРГИЯ

	Никогда	Иногда	Часто	Все время
а. Влияют ли проблемы с мочеиспусканием на Ваш сон?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
б. Чувствуете ли Вы себя изможденной или усталой из-за своих проблем с мочеиспусканием?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. НАСКОЛЬКО ЧАСТО ВЫ ДЕЛАЕТЕ ИЛИ ЧУВСТВУЕТЕ ЧТО-ЛИБО ИЗ ПРИВЕДЕННОГО НИЖЕ?

	Никогда	Иногда	Часто	Все время
a. Применяете ли Вы прокладки, чтобы оставаться сухой?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Следите ли Вы за тем, сколько жидкости Вы пьете?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Приходится ли Вам менять нижнее белье, потому что оно становится мокрым?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Беспокоитесь ли Вы о распространяемом Вами запахе?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Испытываете ли Вы смущение из-за своих проблем с мочеиспусканием?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Как сильно Вас беспокоят следующие симптомы заболевания мочевого пузыря?

	Незначительно	Умеренно	Сильно
1. Учащенное мочеиспускание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Позывы на мочеиспускание в ночное время суток, приводящие к нарушению сна	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Неудержимые позывы на мочеиспускание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Неудержание мочи: непроизвольное выделение ее из мочевого пузыря в результате неудержимого позыва на мочеиспускание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Стрессовое недержание мочи: выделение ее из мочевого пузыря вследствие физической нагрузки, например, при кашле, чихании, беге

6. Ночной энурез: самопроизвольное выделение мочи из мочевого пузыря во время сна

7. Недержание мочи во время полового акта

8. Частые воспалительные заболевания мочевыводящих путей

9. Боли в области мочевого пузыря

10. Затрудненное мочеиспускание

11. Прочее (укажите)

СПАСИБО!

ТЕПЕРЬ ПРОВЕРЬТЕ, ОТВЕТИЛИ ЛИ ВЫ НА ВСЕ ВОПРОСЫ