

2016 년 설문지검증 보고

(최종 설문지 배포)

대한배뇨장애요실금학회 측정도구검증위원회

위원:

조성용, 서울특별시 보라매병원 비뇨기과

채지윤, 구로병원 비뇨기과

이효석, 제일병원 비뇨기과

이하나, 서남병원 비뇨기과

추민수, 동탄성심병원 비뇨기과

박민구, 서울백병원 비뇨기과

이소연, 명지병원 비뇨기과

요절박 (Urgency) 관련 설문지

IUSS (Indevus Urgency Severity Scale)

USS (Urgency Severity Scale)

PPIUS (Patient Perception of Intensity of Urgency Scale)

UPS (Urgency Perception Scale)

치료 만족도 설문지

TS-VAS (Treatment Satisfaction - Visual Analogue Scale)

OAB-Sat-q (Overactive Bladder - Satisfaction Questionnaire)

PPBC (Patient Perception of Bladder Condition)

Indevus Urgency Severity Scale (IUSS)

Degree of urgency is meant to describe your urge to urinate. Sometimes you may feel a very strong urge to urinate, and at other times, you may feel a milder urge prior to the onset of a toilet void. Rate this feeling by circling 0, 1, 2, or 3, defined as:

0: NONE-no urgency

1: MILD-awareness of urgency, but is easily tolerated and you can continue with your usual activity or tasks.

2: MODERATE-enough urgency discomfort that is interferes with or shortens your usual activity or tasks.

3: SEVERE: extreme urgency discomfort that abruptly stops all activity or tasks.

Nixon A, Colman S, Sabounjian L, Sandage B, Schwiderski UE, Staskin DR, Zinner N. A validated patient reported measure of urinary urgency severity in overactive bladder for use in clinical trials. J Urol. 2005 Aug;174(2):604-7. [annabel.nixon@quintiles.com]

Indevus 요절박의 심각성 지수 (IUSS)

요절박의 정도는 귀하의 소변 마려움의 절박한 정도를 표현합니다. 귀하가 소변 보기 직전에 소변 마려움을 때로는 매우 강하게 느낄 때도 있으나 약하게 느낄 때도 있습니다. 다음과 같은 설명에 따라 0, 1, 2, 3으로 표기하여 느낌을 평가하여 주십시오.

0: 없음 - 절박하지 않음

1: 약함 - 절박함을 의식할 수 있으나, 귀하의 활동과 업무를 지속할 수 있을 정도로 쉽게 참을 수 있음.

2: 중간 - 절박함으로 인해 일상적인 활동과 업무에 방해가 될 정도의 불편함을 느낌.

3: 심각함 - 절박함으로 인해 모든 활동과 업무가 갑작스럽게 중단될 정도로 불편함을 느낌.

Table 1. Urgency Severity Scale (USS) questionnaire

How do you feel before each void? Please record the score that best describes how you feel before voiding. Record at each voiding in the diary according to the following descriptions.

0. No feeling of urgency: I can continue activities until I choose to use the bathroom.
1. Mild feeling of urgency: I can feel the need to urinate, but it is easily tolerated. I can finish my activity or task before going to the bathroom.
2. Moderate feeling of urgency: The sensation of urgency causes a compelling desire to void. I need to stop my activity or task and go to the bathroom.
3. Severe feeling of urgency: The sensation of urgency causes a compelling desire to void. I have difficulty holding urine. I have to stop activity or task to avoid a wetting accident and hurry to the bathroom.
4. Unable to hold urine: The urine leaks from my bladder and I have a wetting accident before arriving at the bathroom.

요절박 심각성 지수 설문지 (USS)

귀하는 매번 소변을 보기전에 어떻게 느끼십니까? 소변을 보기 전 귀하의 상태를 가장 잘 표현하는 항목에 표기하세요. 아래에 설명에 따라 소변을 볼 때마다 배뇨일기에 기록해주세요.

0. 요절박 없음: 화장실을 사용해야겠다고 마음먹기 전까지 활동을 지속할 수 있음.
1. 약한 정도의 요절박: 소변 마려움을 느낄 수 있으나, 쉽게 참을 수 있음. 화장실 가기전에 활동과 업무를 마무리할 수 있음.
2. 중간 정도의 요절박 - 요절박으로 인해 소변을 보고자 하는 욕구를 강하게 느낌: 업무와 활동을 중단하고 화장실을 갈 필요가 있음.
3. 심각한 정도의 요절박: 요절박으로 인해 소변을 보고자 하는 욕구를 강하게 느낌. 소변을 참는게 어려움. 소변을 지리지 않기 위해 업무와 활동을 중단하고 급하게 화장실을 갈 필요가 있음.
4. 소변을 참을 수 없음: 화장실에 도착하기 전에 소변을 지려 옷을 적신다.

Patient Perception of Intensity of Urgency Scale (PPIUS)

0. No urgency, I felt no need to empty my bladder, but did so for other reasons.
1. Mild urgency, I could postpone voiding as long as necessary, without fear of wetting myself.
2. Moderate urgency, I could postpone voiding for a short while, without fear of wetting myself.
3. Severe urgency, I could not postpone voiding, but had to rush to the toilet in order not to wet myself.
4. Urge incontinence, I leaked before arriving to the toilet.

요절박 지수의 강도에 대한 환자의 인지 (PPIUS)

0. 요절박 없음, 방광을 비워야 한다는 필요성을 느끼지 않지만 다른 이유로 그렇게 한다.
1. 약한 정도의 요절박, 소변을 지리는 것에 대한 걱정 없이 필요한 만큼 오랫동안 소변을 참을 수 있다.
2. 중간 정도의 요절박, 소변을 지리는 것에 대한 걱정 없이 잠깐 동안 소변을 참을 수 있다.
3. 심각한 정도의 요절박, 소변을 참을 수 없어 소변을 지리지 않기 위해 화장실로 달려가야 한다.
4. 절박성 요실금, 화장실에 도착하기 전에 소변을 지린다.

Urgency Perception Scale (UPS)

원본*

The patient is asked to describe his/her typical experience when he/she feels the desire to urinate. The response options are:

1. I am usually not able to hold urine.
2. I am usually able to hold urine until I reach the toilet if I go immediately.
3. I am usually able to finish what I am doing before going to the toilet.

Cardozo L, Coyne KS, Versi E. Validation of the urgency perception scale. BJU Int. 2005 Mar;95(4):591-6.

요절박 인지 지수 (UPS)

환자분에게 소변을 보고 싶을 때 일상적으로 느끼는 경험을 설명해 주십시오. 선택항목은 다음과 같습니다:

1. 주로 소변을 참을 수 없다.
2. 즉시 화장실에 간다면 도착할 때까지 주로 소변을 참을 수 있다.
3. 주로 화장실 가기 전에 내가 하던 일을 끝낼 수 있다.

13 APPENDICES

Appendix 1: EXAMPLE OF TREATMENT SATISFACTION VISUAL ANALOGUE SCALE (TS-VAS)

Please place a vertical mark on the line to indicate your answer to the question below

Are you satisfied with your treatment?

No, not at all |-----| Yes, completely

치료 만족도 시각적 척도 (TS-VAS)

다음 질문을 답하기 위해 선 위에 세로선을 표기해주시기 바랍니다.

귀하는 치료에 만족하십니까?

아니요, 전혀 그렇지 않음. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 네, 전적으로 만족함

Instructions: Please think about how satisfied you have been with the treatment you have received in the study. The questions below will ask you to rate how satisfied or dissatisfied you are with your treatment for overactive bladder. Thinking about the past four weeks, check one box for each item that best reflects your treatment experience.

	Extremely Dissatisfied	Very Dissatisfied	Dissatisfied	Satisfied	Very Satisfied	Extremely Satisfied
1. How satisfied or dissatisfied are you with the way the treatment relieves your symptoms?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. How satisfied or dissatisfied are you with the amount of time it takes the treatment to start working?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. How satisfied or dissatisfied are you with the effectiveness of the treatment, compared to what you expected?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Extremely Inconvenient	Very Inconvenient	Inconvenient	Convenient	Very Convenient	Extremely Convenient
4. How convenient or inconvenient is it to take the treatment as instructed?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Never	A little of the time	Some of the time	A good bit of the time	Most of the time	All of the time
5. How often did you experience side effects from your treatment?	<input type="checkbox"/> 0 <small>SKIP to Question 8</small>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Extremely bothersome	Very bothersome	Somewhat bothersome	A little bothersome	Not at all bothersome	
6. How bothersome are the side effects of the treatment you take to treat your overactive bladder?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	A great deal	Quite a bit	Somewhat	Minimally	Not at all	
7. To what degree have side effects affected your overall satisfaction with the treatment?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	Never been treated before for overactive bladder	Definitely prefer my previous treatment	Slight preference for my previous treatment	Slight preference for the treatment I am receiving now	Definitely prefer the treatment I am receiving now	
8. Do you prefer the treatment that you received since entering this study to the treatment you received before the study?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	Definitely would not use the same treatment again	Might not use the same treatment again	Might use the same treatment again	Definitely would use the same treatment again		
9. Would you be willing to use the same treatment for your bladder problem that you have received since entering this study?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
	Definitely would not recommend	Might not recommend	Might recommend	Definitely would recommend		
10. Would you recommend this treatment to others with overactive bladder?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
	Extremely dissatisfied	Very dissatisfied	Dissatisfied	Satisfied	Very satisfied	Extremely satisfied
11. Overall, how satisfied or dissatisfied are you with this treatment?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Fig. 3. OAB Satisfaction with Treatment Questionnaire—(OAB-SAT-q).

과민성방광 치료만족도 설문지

지시사항: 귀하는 이번 연구에서 받은 치료에 어느 정도 만족하는지 생각해 보시기 바랍니다. 아래의 질문들은 귀하가 과민성 방광 치료에 어느 정도 만족 또는 불만족 하는지를 평가할 것입니다. 지난 4주 동안, 귀하의 치료 경험을 가장 정확하게 반영하는 칸을 항목별로 표시하여 주십시오.

	지극히 불만족	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족	지극히 만족
1. 치료가 귀하의 증상을 완화시키는데 있어서 어느 정도 만족 혹은 불만족하십니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. 치료 효과가 나타나는 데까지 걸리는 시간에 어느 정도 만족 혹은 불만족하십니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. 귀하가 기대했던 바에 비하여 치료 효과에 어느 정도 만족 혹은 불만족하십니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. 귀하가 치료를 받는데 어느 정도 편리 혹은 불편하십니까?	지극히 불편함 <input type="checkbox"/> 1	매우 불편함 <input type="checkbox"/> 2	불편함 <input type="checkbox"/> 3	편리함 <input type="checkbox"/> 4	매우 편리함 <input type="checkbox"/> 5	지극히 편리함 <input type="checkbox"/> 6
5. 귀하는 얼마나 자주 치료 부작용을 경험하십니까?	전혀 없음 <input type="checkbox"/> 0	거의 없음 <input type="checkbox"/> 1	가끔 있음 <input type="checkbox"/> 2	상당히 있음 <input type="checkbox"/> 3	매우 자주 있음 <input type="checkbox"/> 4	항상 있음 <input type="checkbox"/> 5
	'전혀없음'이면 8번 문항으로 가세요					
6. 귀하는 과민성방광 치료를 받는데 있어서 (치료) 부작용이 얼마나 불편하십니까?		지극히 불편함 <input type="checkbox"/> 1	매우 불편함 <input type="checkbox"/> 2	다소 불편함 <input type="checkbox"/> 3	약간 불편함 <input type="checkbox"/> 4	전혀 불편하 지 않 음 <input type="checkbox"/> 5

7. 귀하의 전반적인 치료 만족도에 부작용이 얼마나 영향을 미쳤습니까?		상당히 많이	꽤 많이	다소	극히 일부분	전혀 영향 없음
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
8. 귀하는 이전에 받았던 치료방법보다 이번 연구에서 받은 치료방법을 더 선호하십니까?	과민성 방광 치료를 받아본 적이 없음	이전에 받은 치료를 분명히 선호함	이전에 받은 치료를 약간 선호함	이번 연구의 치료방법을 약간 선호함	이번 연구의 치료방법을 분명히 선호함	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	
9. 귀하는 방광 문제를 치료하기 위해 이번 연구에서 받은 치료방법과 동일한 치료를 받을 의향이 있으십니까?		동일한 치료방법을 분명히 받지 않을 것임	동일한 치료방법을 아마도 받지 않을 것임	동일한 치료방법을 받을 수도 있음	동일한 치료방법을 분명히 받을 것임	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		1	2	3	4	
10. 귀하는 다른 분에게 과민성방광 치료방법으로 이 치료방법을 추천하시겠습니까?		절대로 추천하지 않을 것임	아마도 추천하지 않을 것임	추천할 수도 있음	분명히 추천할 것임	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		1	2	3	4	
11. 전반적으로 귀하의 치료에 얼마나 만족 혹은 불만족하십니까?	지극히 불만족	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족	지극히 만족
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

Table 1. Patient Global Impression of Improvement

Check the one number that best describes how your urinary tract condition is now compared with how it was before your operation

- | | |
|---|------------------|
| 1 | Very much better |
| 2 | Much better |
| 3 | A little better |
| 4 | No change |
| 5 | A little worse |
| 6 | Much worse |
| 7 | Very much worse |

상태개선에 대한 전반적인 환자들의 인상 (PGI-I)

치료 전과 비교했을 때, 귀하의 현재 배뇨 상태를 가장 잘 설명하는 문항을 선택해 주시기 바랍니다.

- | | |
|---|-----------|
| 1 | 아주 많이 좋아짐 |
| 2 | 매우 좋아짐 |
| 3 | 약간 좋아짐 |
| 4 | 변화 없음 |
| 5 | 조금 악화됨 |
| 6 | 매우 악화됨 |
| 7 | 아주 많이 악화됨 |