

Patient Oriented Prostate Cancer Utility Scale (PORPUS) – Deutsche Version 1.1

I. Schmerzen und störende körperliche Empfindungen		
<i>(wie z. B. Hitzewallungen, schmerzhaftes Anschwellen der Brust, Übelkeit)</i>		
Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die in den letzten <u>zwei Wochen</u> am ehesten auf Sie zutraf.		
1	<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Schmerzen oder störende körperliche Empfindungen.
2	<input type="checkbox"/>	Ich habe geringe Schmerzen oder störende körperliche Empfindungen, die mich aber nicht behindern (bei meiner Arbeit, sozialen oder sexuellen Aktivitäten, Schlaf).
3	<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßige Schmerzen oder störende körperliche Empfindungen, die wenige meiner Aktivitäten beeinflussen.
4	<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßige Schmerzen oder störende körperliche Empfindungen, die einige meiner Aktivitäten beeinflussen.
5	<input type="checkbox"/>	Ich habe starke Schmerzen oder störende körperliche Empfindungen, die viele meiner Aktivitäten beeinflussen.
II. Energie		
Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die in den letzten <u>zwei Wochen</u> am ehesten auf Sie zutraf.		
1	<input type="checkbox"/>	Ich bin voller Energie und Schwung.
2	<input type="checkbox"/>	Ich bin eher Energie geladen, habe keine Einschränkungen bei Aktivitäten (wie z. B. bei Arbeit, sozialen oder sexuellen Aktivitäten, Schlaf).
3	<input type="checkbox"/>	Ich verspüre eine mäßige Beeinträchtigung von Energie und Schwung, die einige meiner Aktivitäten beeinflussen.
4	<input type="checkbox"/>	Ich habe generell wenig Energie und Schwung, was einige meiner Aktivitäten beeinträchtigt.
5	<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Energie und keinen Schwung, fühle mich erschöpft und viele meiner Aktivitäten sind beeinträchtigt.
III. Unterstützung von Familie und Freunden		
Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die in den letzten <u>zwei Wochen</u> am ehesten auf Sie zutraf.		
1	<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich die meiste Zeit unterstützt von meinem Partner, der Familie und Freunden.
2	<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich einen großen Teil der Zeit unterstützt von meinem Partner, der Familie und Freunden.
3	<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich gelegentlich unterstützt von meinem Partner, der Familie und Freunden.
4	<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich kaum unterstützt von meinem Partner, der Familie und Freunden.

IV. Kommunikation mit dem Arzt

(Behandelnder Arzt, kann ein Spezialist oder auch der Hausarzt sein.)

Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die während der letzten zwei Behandlungen am ehesten auf Sie zutraf.

1	<input type="checkbox"/>	Ich bin jederzeit in der Lage, meine Bedürfnisse meinem Arzt gegenüber auszudrücken und bekomme alle Informationen und Ratschläge, die ich brauche.
2	<input type="checkbox"/>	Meistens bin ich in der Lage, meine Bedürfnisse meinem Arzt gegenüber auszudrücken, um alle Informationen und Ratschläge, die ich brauche, zu bekommen.
3	<input type="checkbox"/>	Manchmal bin ich in der Lage, meine Bedürfnisse meinem Arzt gegenüber auszudrücken, um alle Informationen und Ratschläge, die ich brauche, zu bekommen.
4	<input type="checkbox"/>	Ich bin selten in der Lage, meine Bedürfnisse meinem Arzt gegenüber auszudrücken, um alle Informationen und Ratschläge, die ich brauche, zu bekommen.

V. Emotionales Wohlbefinden

Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die in den letzten zwei Wochen am ehesten auf Sie zutraf.

1	<input type="checkbox"/>	Ich bin überwiegend glücklich, nicht bedrückt, traurig oder unzufrieden.
2	<input type="checkbox"/>	Ich bin ein wenig bedrückt, traurig oder unzufrieden.
3	<input type="checkbox"/>	Ich bin mäßig bedrückt, traurig oder unzufrieden.
4	<input type="checkbox"/>	Ich bin sehr bedrückt, traurig oder unzufrieden.

VI. Häufiges Wasserlassen / nicht unterdrückbarer Harndrang

(Häufiges Wasserlassen während des Tages oder der Nacht, Harndrang (=Schwierigkeiten das Wasserlassen hinaus zu zögern; Unfähigkeit de Urin länger zu halten).)

Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die in den letzten zwei Wochen am ehesten auf Sie zutraf.

1	<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Beschwerden.
2	<input type="checkbox"/>	Ich habe geringe Beschwerden, ich muss nicht im Voraus planen.
3	<input type="checkbox"/>	Ich habe einige Beschwerden, diese beeinträchtigen den Schlaf und andere Aktivitäten, ich muss weit im Voraus planen.
4	<input type="checkbox"/>	Ich habe starke Beschwerden, ich muss mich meistens in der Nähe der Toilette aufhalten.
5	<input type="checkbox"/>	Ich habe sehr starke Beschwerden, ich muss mich ständig in der Nähe der Toilette aufhalten.

VII. Kontinenz

(Unfreiwilliger Harnabgang, Unvermögen, den Harn zurückzuhalten.)

Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die in den letzten zwei Wochen am ehesten auf Sie zutraf.

1	<input type="checkbox"/>	Ich habe niemals, unter keinen Umständen unfreiwilligen Harnabgang.
2	<input type="checkbox"/>	Ich habe selten unfreiwilligen Harnabgang, was aber meine Arbeit, soziale und sexuelle Aktivitäten oder meinen Schlaf nicht beeinträchtigt.
3	<input type="checkbox"/>	Ich habe gelegentlich unfreiwilligen Harnabgang, das beeinträchtigt wenige meiner Aktivitäten.
4	<input type="checkbox"/>	Ich habe mäßig unfreiwilligen Harnabgang, das beeinträchtigt einige meiner Aktivitäten.
5	<input type="checkbox"/>	Ich habe meistens unfreiwilligen Harnabgang, das beeinträchtigt viele meiner Aktivitäten.
6	<input type="checkbox"/>	Ich benötige eine Klemme, einen Katheter oder einen Urinbeutel.

VIII. Sexuelle Funktion

(Probleme eine Erektion zu erreichen und zu halten; mit oder ohne Hilfsmittel wie beispielsweise Injektion oder Prothese.)

Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die in den letzten zwei Wochen am ehesten auf Sie zutraf.

1	<input type="checkbox"/>	Ich habe vollständige Erektionen, die ausreichend steif für den Geschlechtsverkehr sind.
2	<input type="checkbox"/>	Ich habe Erektionen, die ausreichend steif für den Geschlechtsverkehr sind, diese jedoch mit Einschränkungen.
3	<input type="checkbox"/>	Ich habe Erektionen, die ausreichend steif sind für Masturbation oder Vorspiele.
4	<input type="checkbox"/>	Ich habe Erektionen, die nicht ausreichend steif für irgendeine sexuelle Aktivität sind.
5	<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Erektionen.

IX. Sexuelles Verlangen und Interesse

Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die in den letzten zwei Wochen am ehesten auf Sie zutraf.

1	<input type="checkbox"/>	Mein sexuelles Verlangen und Interesse sind normal für mich.
2	<input type="checkbox"/>	Mein sexuelles Verlangen und Interesse haben geringfügig nachgelassen.
3	<input type="checkbox"/>	Mein sexuelles Verlangen und Interesse haben mäßig nachgelassen.
4	<input type="checkbox"/>	Mein sexuelles Verlangen und Interesse haben wesentlich nachgelassen.
5	<input type="checkbox"/>	Ich verspüre kein sexuelles Verlangen oder Lust.

X. Verdauungsbeschwerden

(Verstopfung, Durchfall, Darmbeschwerden wie Schmerzen, Brennen oder Irritation)

Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die in den letzten zwei Wochen am ehesten auf Sie zutraf.

1	<input type="checkbox"/>	Ich habe keinen Durchfall, keine Darmbeschwerden oder Verstopfung.
2	<input type="checkbox"/>	Ich habe gelegentlich Durchfall, Darmbeschwerden oder Verstopfung.
3	<input type="checkbox"/>	Ich habe regelmäßig Durchfall, Darmbeschwerden oder Verstopfung.
4	<input type="checkbox"/>	Ich habe ständig/fast immer Durchfall, Darmbeschwerden oder Verstopfung.