

SUPPLEMENTARY MATERIAL – 1

PREVALENCE OF RECURRENT URINARY TRACT INFECTIONS AND ITS ASSOCIATED FACTORS IN FEMALE STAFF OF REPRODUCTIVE AGE GROUP IN A PRIVATE MEDICAL COLLEGE IN CENTRAL KERALA: A CROSS-SECTIONAL STUDY.

QUESTIONNAIRE (mark the suitable options)

I. SOCIODEMOGRAPHIC DETAILS

1.Age of participant (in years):

2.Religion

- ☐ Christian
- ☐ Hindu
- ☐ Muslim
- ☐ Others

3.Place of Residence

- ☐ Urban
- ☐ Rural

4.Marital status

- ☐ Unmarried
- ☐ Currently married
- ☐ Divorce/widow

5.Occupation:

- ☐ Doctor
- ☐ Nurse
- ☐ Pharmacy staff
- ☐ Laboratory technician
- ☐ Radiology/X-ray technician
- ☐ Office staff
- ☐ Wheel chair handlers
- ☐ Canteen staff
- ☐ Cleaning staff
- ☐ Others

II. WATER INTAKE, TOILETING BEHAVIOUR AND VAGINAL HYGIENE

1.Daily water intake per day

- ☐ ≤1 Litre

- ☐ 1-2 Litre
- ☐ >2 Litres

2. Average frequency of urination per day

- ☐ 1-3 times/day
- ☐ 4-8 times/day
- ☐ >8 times/day

3. Is there any history of holding urine

- ☐ Never
- ☐ Occasionally
- ☐ Usually

4. The reason for Holding urine (If there is no history of holding urine, skip the question)

- ☐ Due to hectic work schedule
- ☐ Sanitary conditions of public toilets are not agreeable
- ☐ Nothing other than laziness
- ☐ Unavailability of toilets while travelling

5. Do you have any foul-smelling vaginal discharge since the last year?

- ☐ Yes
- ☐ No

6. Do you have any vaginal itching since the last year?

- ☐ Yes
- ☐ No

7. Do you wash the genital area after each urination?

- ☐ Never
- ☐ Occasionally
- ☐ Usually

8. Do you use public toilet?

- ☐ Never
- ☐ Occasionally
- ☐ Usually

9. Type of Toilet used

- ☐ Usually, Indian
- ☐ Usually, European

10. Do you wash toilet seat before use?

- ☐ Never
- ☐ Occasionally
- ☐ Usually

11. Are you suffering from constipation?

- ☐ Yes
- ☐ No

III. MENSTRUAL HISTORY

1. Is the menstrual cycle regular?

- ☐ Yes
- ☐ No

2. Which sanitary products do you prefer during menstruation?

- ☐ Menstrual cup
- ☐ Sanitary pad
- ☐ Cloth
- ☐ Others

3. Types of vaginal wash during menstruation

- ☐ With plain water
- ☐ Use soap and water
- ☐ Use commercial products other than soap
- ☐ No vaginal wash during menstruation

4. Frequency of vaginal washing during menstruation

- ☐ Once daily
- ☐ 2-3 times/ day
- ☐ ≥ 3 times /day

IV. SEXUAL ACTIVITY, VAGINAL HYGIENE PRACTICES, AND PRE- AND POST-COITAL URINATION.

1. Are you sexually active in past one year?

- ☐ Active
- ☐ Not active

(If not active, please skip questions from 2 to 5.)

2. Do you urinate just before sexual intercourse?

- ☐ Yes
- ☐ No

3. Do you wash your vagina just before sexual intercourse?

- ☐ Yes
- ☐ No

4. Do you urinate after sexual intercourse?

- ☐ Yes
- ☐ No

5. Do you wash your vagina just after sexual intercourse?

- ☐ Yes
- ☐ No

V. URINARY TRACT INFECTIONS (If there is no history of urinary tract infection in the last year, skip the questions from 3 to 5)

1. Do you think the signs and symptoms of a urinary tract infection are serious enough to consult a doctor?

- ☐ Yes
- ☐ No

2. Frequency of urinary tract infection in last 1 year (Fill the details regarding UTIs which are confirmed by urine test/Physician)

- ☐ Never
- ☐ 1-2 times
- ☐ ≥ 3 times

3. Symptoms of urinary tract infections that you experience?

- ☐ Fever
- ☐ Dysuria
- ☐ Haematuria
- ☐ Chills
- ☐ Vomiting
- ☐ Burning micturition
- ☐ Increased frequency of urination
- ☐ Lower abdominal pain
- ☐ Lower back pain
- ☐ Fatigue
- ☐ Any associated complications (e.g., renal involvement, Stricture formation etc.)

4. Did you take any antibiotic medication for urinary tract infections?

- ☐ Yes
- ☐ No

5. Were you admitted to the hospital with a urinary tract infection?

- ☐ Yes
- ☐ No

VI. MEDICAL/SURGICAL HISTORY

1. Mark the diseases that you suffer from

- Diabetes mellitus
- Hypertension
- Chronic Cough
- Renal calculi
- Previous History of urinary catheterization
- Previous pelvic Surgeries / Urinary tract injury
- Previous Caesarean section
- Urinary obstruction problems
- Prolapsed uterus
- None of the above

I. സാമൂഹിക -ജനസംഖ്യാ വിശദാംശങ്ങൾ

1.പ്രായം:

2.മതം

- ക്രിസ്ത്യൻ
- ഹിന്ദു
- മുസ്ലീം
- മറ്റുള്ളവ

3.പശ്ചാത്തലം

- നഗരം
- ഗ്രാമം

4. വൈവാഹിക നില

- അവിവാഹിത
- നിലവിൽ വിവാഹിത
- വിവാഹമോചിത /വിധവ

5. തൊഴിൽ

- ഡോക്ടർ
- നഴ്സ്
- ഫാർമസി ജീവനക്കാരി
- ലബോറട്ടറി ജീവനക്കാരി
- എക്സറേ/റേഡിയോളജി ടെക്നീഷ്യൻ
- ഓഫീസ് സംബന്ധമായ ജോലികൾ
- വീൽ ചെയർ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നവർ
- കാന്റീനിലെ ജീവനക്കാർ
- ക്ലീനിംഗ് സ്റ്റാഫ്
- മറ്റുള്ളവ

II. വെള്ളം കുടിക്കൽ, ടോയ്ലറ്റ് ഉപയോഗം, യോനി ശുചിത്വം

1. പ്രതിദിനം എത്ര ലിറ്റർ വെള്ളം കുടിക്കും?

- 1 ലിറ്റർ
- 1-2 ലിറ്റർ
- >2 ലിറ്റർ

2. പ്രതിദിനം മൂത്രമൊഴിക്കുന്നതിന്റെ ശരാശരി ആവൃത്തി

- 1-3 തവണ
- 4-8 തവണ
- >8 തവണ

3.മൂത്രം ഒഴിക്കാതെ പിടിച്ചു നില്ക്കുന്നുണ്ടോ ?

- ഒരിക്കലുമില്ല
- ഇടക്കൊക്കെ
- സാധാരണയായി

4. മൂത്രം ഒഴിക്കാതെ പിടിച്ചു നിർത്താനുള്ള കാരണം (മൂത്രം ഒഴിക്കാതെ പിടിച്ചു നില്ക്കാനുള്ളവർ മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക ,അല്ലാത്തവർ ചോദ്യം ഒഴിവാക്കുക)

- തിരക്കേറിയ ജോലി ഷെഡ്യൂൾ കാരണം
- പൊതു ടോയ്ലറ്റുകളുടെ ശുചിത്വമില്ലായ്മ
- മൂത്രമൊഴിക്കാൻ പോകാനുള്ള മടി കാരണം
- യാത്രാവേളയിൽ ടോയ്ലറ്റുകളുടെ അഭാവം

5. കഴിഞ്ഞ ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ യോനിയിൽ നിന്നും ദുർഗന്ധമുള്ള ഡിസ്ചാർജ്ജ് ഉണ്ടാകുന്നുണ്ടോ ?

- ഉണ്ട്
- ഇല്ല

6. അവസാന ഒരു വർഷത്തിന്റെ ഉള്ളിൽ യോനിയിൽ ചൊറിച്ചിൽ അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടോ

- ഉണ്ട്
- ഇല്ല

7. ഓരോ തവണ മൂത്രമൊഴിക്കുമ്പോഴും ജനനേന്ദ്രിയഭാഗം കഴുകുന്നുണ്ടോ?

- ഒരിക്കലുമില്ല
- ഇടയ്ക്കിടെ
- സാധാരണയായി

8. നിങ്ങൾ പൊതു ടോയ്ലറ്റ് ഉപയോഗിക്കുന്നുണ്ടോ?

- ഒരിക്കലുമില്ല
- ഇടയ്ക്കിടെ
- സാധാരണയായി

9. സാധാരണയായി ഏതു തരം ടോയ്ലറ്റ് ആണ് ഉപയോഗിക്കാറുള്ളത്

- o സാധാരണയായി, ഇന്ത്യൻ
- o സാധാരണയായി, യൂറോപ്യൻ

10. ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് നിങ്ങൾ ടോയ്ലറ്റ് സീറ്റ് കഴുകാറുണ്ടോ?

- o ഒരിക്കലുമില്ല
- o ഇടയ്ക്കിടെ
- o സാധാരണയായി

11. നിങ്ങൾ മലബന്ധം കൊണ്ട് ബുദ്ധിമുട്ടുന്നുണ്ടോ?

- o ഉണ്ട്
- o ഇല്ല

III. ആർത്തവ ചരിത്രം

1. ആർത്തവചക്രം ക്രമമാണോ?

- o അതെ
- o അല്ല

2. ആർത്തവ സമയത്ത് ഏത് സാനിറ്ററി ഉൽപ്പന്നങ്ങളാണ് നിങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാറുള്ളത്?

- o ആർത്തവ കപ്പ്
- o സാനിറ്ററി പാഡ്
- o തുണി
- o മറ്റുള്ളവ

3. ആർത്തവ സമയത്ത് സാധാരണയായി യോനി കഴുകുന്ന രീതി ഏതാണ് ?

- o സാധാരണ വെള്ളം കൊണ്ട്
- o സോപ്പും വെള്ളവും ഉപയോഗിച്ച്
- o സോപ്പ് ഒഴികെയുള്ള വാണിജ്യ ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ ഉപയോഗിച്ച്
- o ആർത്തവ സമയത്ത് യോനി കഴുകാറില്ല

4. ആർത്തവ സമയത്ത് യോനി കഴുകുന്നതിന്റെ ആവൃത്തി

- o ദിവസത്തിൽ ഒരിക്കൽ
- o 2-3 തവണ / ദിവസം
- o ≥ 3 തവണ / ദിവസം

IV. ലൈംഗികബന്ധത്തെ കുറിച്ചും യോനി ശുചിത്വത്തെ കുറിച്ചുമുള്ള ചോദ്യങ്ങൾ (കഴിഞ്ഞ ഒരു വർഷമായി നിങ്ങൾ ലൈംഗികമായി സജീവമല്ലെങ്കിൽ, ദയവായി 2 to 5 ചോദ്യം ഒഴിവാക്കുക.)

1. നിങ്ങൾ ലൈംഗികമായി സജീവമാണോ?

- സജീവമാണ്
- സജീവമല്ല

2. ലൈംഗിക ബന്ധത്തിലേർപ്പെടുന്നതിനു തൊട്ടുമുമ്പു സാധാരണയായി നിങ്ങൾ മുത്രവിസർജനം നടത്താറുണ്ടോ?

- ഉണ്ട്
- ഇല്ല

3. ലൈംഗിക ബന്ധത്തിലേർപ്പെടുന്നതിനു തൊട്ടുമുമ്പു സാധാരണയായി നിങ്ങൾ യോനി ശുചിയാക്കാറുണ്ടോ?

- ഉണ്ട്
- ഇല്ല

4. ലൈംഗിക ബന്ധത്തിലേർപ്പെട്ടതിനു തൊട്ടുപുറകേ നിങ്ങൾ മുത്രവിസർജനം നടത്താറുണ്ടോ?

- ഉണ്ട്
- ഇല്ല

5. ലൈംഗിക ബന്ധത്തിലേർപ്പെട്ടതിനു തൊട്ടുപുറകേ നിങ്ങൾ യോനി ശുചിയാക്കാറുണ്ടോ?

- ഉണ്ട്
- ഇല്ല

v. മൂത്രപഴുപ്പിനെ സംബന്ധിച്ചുള്ള ചോദ്യങ്ങൾ (കഴിഞ്ഞ ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ മൂത്രാപഴുപ്പ് ഉണ്ടായവർ മാത്രം 3-5 ചോദ്യങ്ങൾ പൂരിപ്പിക്കുക അല്ലാത്തവർ ചോദ്യം ഒഴിവാക്കുക)

1. മൂത്രപ്പഴുപ്പ് മൂലമുണ്ടാകുന്ന ബുദ്ധിമുട്ടുകൾക്ക് ഒരു ഡോക്ടറുടെ ചികിത്സ നേടേണ്ട അത്യാവശ്യം ഉണ്ടെന്നു നിങ്ങൾ കരുതുന്നുണ്ടോ?

- ഉണ്ട്
- ഇല്ല

2. കഴിഞ്ഞ 1 വർഷത്തിൽ മൂത്രനാളിയിലെ അണുബാധയുടെ ആവൃത്തി (മൂത്ര പഴുപ്പ്, മൂത്ര പരിശോധനയിലൂടെ സ്ഥിരീകരിച്ചവർ മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക)

- ഒരിക്കലുമില്ല
- 1-2 തവണ
- ≥ 3 തവണ

3. താഴെ പറയുന്ന ലക്ഷണങ്ങളിൽ മൂത്ര പഴുപ്പ് വരുമ്പോൾ അനുഭവപ്പെടാറുള്ള ലക്ഷണങ്ങൾ മാത്രം ടിക്ക് ചെയ്യുക?

- പനി
- മൂത്രമൊഴിക്കുമ്പോൾ വേദന അനുഭവപ്പെടാറുണ്ട്

- മുത്രത്തിൽ രക്തം വരാറുണ്ട്
- കുളിരും വിറയലും
- ഛർദ്ദി
- മൂത്രം ഒഴിക്കുമ്പോൾ പുകച്ചിൽ അനുഭവപ്പെടാറുണ്ട്
- സാധാരണയിൽ കൂടുതൽ തവണ മൂത്രമൊഴിക്കേണ്ടി വരാറുണ്ട്
- അടിവയറ്റിലെ വേദന
- നടുവേദന
- ബന്ധപ്പെട്ട എന്തെങ്കിലും സങ്കീർണതകൾ (ഉദാ. വൃക്കസംബന്ധമായ ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ, മൂത്രാശയത്തിലോ മൂത്രനാളിയിലോ എന്തെങ്കിലും ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ മുതലായവ)

4. മൂത്രനാളിയിലെ അണുബാധയ്ക്ക് നിങ്ങൾ എന്തെങ്കിലും ആന്റിബയോട്ടിക് മരുന്നുകൾ കഴിച്ചിട്ടുണ്ടോ?

- ഉണ്ട്
- ഇല്ല

5. മൂത്രപഴുപ്പിനെ തുടർന്നു നിങ്ങളെ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടോ

- ഉണ്ട്
- ഇല്ല

IV. രോഗങ്ങളുടെ ചരിത്രം (അനുയോജ്യമായത് ടിക്ക് ചെയ്യുക?)

- പ്രേമേഹം
- രക്തസമ്മർദ്ദം
- വിട്ടുമാറാത്ത ചുമ
- വൃക്കയിലെ കല്ല്
- മൂത്രം നീക്കം ചെയ്യുന്നതിന് വേണ്ടി മുൻപേങ്ങാനും ട്യൂബ് ഇട്ടിട്ടുണ്ടോ
- മൂത്രാശയം, മൂത്രനാളി, യോനി, തുടങ്ങിയ അവയവങ്ങളിൽ മുൻപേങ്ങാനും മുറിവുകളോ ശാസ്ത്രക്രിയകളോ നടന്നിട്ടുണ്ടോ ?
- സിസ്റ്റേറിയനിലൂടെ പ്രസവം നടന്നിട്ടുണ്ടോ ?
- മൂത്രാശയ തടസങ്ങളോ മറ്റു പ്രശ്നങ്ങളോ അനുഭവിക്കുന്നുണ്ടോ ?
- ഗർഭപാത്രം ഇറങ്ങി വരുന്ന ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ടോ
- മുകളിൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്നതിൽ യാതൊന്നുമില്ല