

# KONTİLİFE:ÜRİNER İNKONTİNANS İLE İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Anketi şu şekilde dolduracaksınız:

-Aşağıdaki sorular son 4 haftadaki sağlık durumunuz ile ilgilidir.

-Her soru için son 4 haftadır ne hissediyorsanız ya da hissettiyseniz en iyi tanımlayan sadece bir cevabı seçiniz.

-Eğer belirli faaliyetleri gerçekleştirmiyorsanız (örneğin hiç spor yapmıyorsanız), “bu soru benim için uygun değil” yazan kutuyu işaretleyiniz.

-Lütfen bu anketi kendiniz cevaplayınız.

-Cevap verirken sizin için uygun olan kutuya “işaret (✓)” atınız.

**Örnek:** Son 4 haftada ....

	Bu soru benim için uygun değil					
<b>Soru a</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Eğer bir hata yaparsanız, yanlış cevaba çarpı (x) koyun ve size en uygun durumu yuvarlak içine alın.

İş birliğiniz için teşekkür ederiz.

➤ Anketi doldurmaya başlamadan önce, lütfen bugünün tarihini aşağıya yazınız.

Tarih:

— / — / —

Gün / Ay / Yıl

## GÜNLÜK AKTİVİTELER

Son 4 haftada,

(Tercih kutunuza işaret (✓) atınız, her satır için bir işaret)

	<b>Bu soru benim için uygun değil</b>	<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Orta</b>	<b>Çok</b>	<b>Aşırı</b>
<b>1. idrar problemlerinizi evden uzaktayken sizi ne kadar rahatsız etti?</b>		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>2. idrar problemlerinizi araba kullanırken ya da yolculuk yaparken sizi ne kadar rahatsız etti?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>3. idrar problemlerinizi merdiven inerken ya da çıkarken sizi ne kadar rahatsız etti?</b>		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>4. idrar problemlerinizi alışveriş yaparken sizi ne kadar rahatsız etti?</b>		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>5. idrar problemlerinizi beklerken, kuyruktayken (otobüs durağı ya da postane) sizi ne kadar rahatsız etti?</b>		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Son 4 haftada,

(Tercih kutunuza işaret (✓) atınız, her satır için bir işaret)

	<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Orta</b>	<b>Çok</b>	<b>Aşırı</b>
<b>6. idrar problemlerinizi nedeniyle işinize veya günlük aktivitelerinize sık ara vermek zorunda kaldınız mı?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Son 4 haftada,

(Tercih kutunuza işaret (✓) atınız, her satır için bir işaret)

	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Her zaman</b>
<b>7. idrar problemlerinizi nedeniyle, ne sıklıkta ıslak olarak uyanıyorsunuz?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## **EFOR**

**Son 4 haftada,**

(Tercih kutunuza işaret (✓) atınız, her satır için bir işaret)

	<b>Bu soru benim için uygun değil</b>	<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Orta</b>	<b>Çok</b>	<b>Aşırı</b>
<b>8. idrar problemlerinizi ağır eşyaları kaldırırken ya da taşırken sizi ne kadar rahatsız etti?</b>		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>9. idrar problemlerinizi spor yaparken (koşu, dans, formda kalmak için egzersiz) sizi ne kadar rahatsız etti?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>10. idrar problemlerinizi burnunuzu silerken, hapşırırken veya öksürürken sizi ne kadar rahatsız etti?</b>		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>11. idrar problemlerinizi kahkaha atarken sizi ne kadar rahatsız etti?</b>		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## **BENLİK ALGISİ**

Son 4 hafta boyunca,

(Tercih kutunuza işaret (✓) atınız, her satır için bir işaret)

	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Her zaman</b>
12. idrar problemlerinizi nedeniyle, ne sıklıkta kendinizi daha az çekici hissettiniz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13. idrar problemlerinizi nedeniyle, ne sıklıkta hoş olmayan bir koku yaymaktan korktunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
14. idrar problemlerinizi nedeniyle, ne sıklıkta başkalarının sizin probleminizin farkına varmasından korktunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
15. idrar problemlerinizi nedeniyle, ne sıklıkta işte ya da başkalarının evinde idrar lekesi bırakmaktan korktunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16. idrar problemlerinizi nedeniyle, ne sıklıkta kıyafetlerinizi değiştirmek zorunda kaldınız?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Son 4 hafta boyunca,:

(Tercih kutunuza işaret (✓) atınız, her satır için bir işaret)

	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Her zaman</b>
17. idrar problemlerinizi olmasına rağmen, ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiniz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Son 4 hafta boyunca,

(Tercih kutunuza işaret (✓) atınız, her satır için bir işaret)

	<b>Asla ped kullanmam</b>	<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Orta</b>	<b>Çok</b>	<b>Aşırı</b>
18. idrar problemlerinizi nedeniyle, ped kullandığınız için rahatsız oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## DUYGUSAL ETKİLENİM

Son 4 haftada,

(Tercih kutunuza işaret (✓) atınız, her satır için bir işaret)

	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Her zaman</b>
<b>19. idrar problemleriniz nedeniyle, ne sıklıkta cesaretinizin kırıldığını hissettiniz?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>20. idrar problemleriniz nedeniyle, ne sıklıkta sabrınızın tükendiğini hissettiniz?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>21. idrar problemleriniz nedeniyle, ne sıklıkta idrar kaçırma ihtimaline karşı endişelendiniz?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>22. idrar problemleriniz nedeniyle, ne sıklıkta duygusal tepkilerinizi kontrol edemeyeceğinizi hissettiniz?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>23. idrar problemleriniz nedeniyle, ne sıklıkta idrar probleminizden dolayı tedirgin hissettiniz?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>24. idrar problemleriniz nedeniyle, ne sıklıkta dışarı çıkmadan önce yanınıza ped almayı düşünmeniz gerekti?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## CİNSELLİK

Son 4 haftada,

(Tercih kutunuza işaret (✓) atınız, her satır için bir işaret)

	<b>Bu soru benim için uygun değil</b>	<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Orta</b>	<b>Çok</b>	<b>Aşırı</b>
<b>25. idrar problemlerinizi nedeniyle, cinsel birleşmeyi düşündüğünüzde ne kadar kaygılandınız?</b>		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>26. idrar problemlerinizi nedeniyle cinsel yöntemlerinizi ne kadar değiştirdiniz?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>27. idrar problemlerinizi nedeniyle cinsel birleşme sırasında idrar kaçırmaktan ne kadar korkutunuz?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## GENEL YAŞAM KALİTESİ

28. İdrar problemlerinizi göz önüne aldığınızda, şu andaki yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?

(Tercihinizi yuvarlak içine alınız)

1	2	3	4	5
Zayıf				Mükemmel

**LÜTFEN BÜTÜN SORULARI CEVAPLADIĞINIZI KONTROL EDİNİZ.**

**KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.**