

Hastanın adı-soyadı:

Tarih:

## KİNG SAĞLIK ANKETİ (KSA)

Aşağıda, mesane problemlerinden etkilenebilecek bazı günlük aktiviteler bulunmaktadır.

Mesane probleminizin sizi ne kadar etkilediğini değerlendiren aşağıdaki sorulardan sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz. Her soruyu cevaplayınız.

### P1 (0-100) Genel Sağlık Algılaması

S1. Şu anda genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- <sub>1</sub> Çok iyi    <sub>2</sub> İyi    <sub>3</sub> Orta    <sub>4</sub> Zayıf    <sub>5</sub> Çok zayıf
- 

### P2 (0-100) İnkontinans Etkisi

S2. Sizce idrar probleminiz hayatınızı ne ölçüde etkiliyor?

- <sub>1</sub> Hiç    <sub>2</sub> Biraz    <sub>3</sub> Orta    <sub>4</sub> Çok
- 

### P3 (0-100) Rol Limitasyonları

S3a. İdrar probleminiz ev işlerinizi (örneğin temizlik, alış-veriş ve benzeri) ne ölçüde etkiliyor?

- <sub>1</sub> Hiç    <sub>2</sub> Biraz    <sub>3</sub> Orta    <sub>4</sub> Çok

S3b. İdrar probleminiz işinizi veya ev dışındaki normal günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu?

- <sub>1</sub> Hiç    <sub>2</sub> Biraz    <sub>3</sub> Orta    <sub>4</sub> Çok
- 

### P4 (0-100) Fiziksel Limitasyonlar

S4a. İdrar probleminiz fiziksel aktivitelerinizi (örneğin yürümek, koşmak, spor yapmak, jimnastik ve benzeri) etkiliyor mu?

- <sub>1</sub> Hiç    <sub>2</sub> Biraz    <sub>3</sub> Orta    <sub>4</sub> Çok

**S4b.** İdrar probleminiz yolculuk yapabilmenizi etkiliyor mu?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok
- 

#### **P5 (0-100) Sosyal Limitasyonlar**

**S4c.** İdrar probleminiz sosyal hayatınızı sınırlıyor mu?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

**S4d.** İdrar probleminiz arkadaşlarınızla görüşmenizi/onları ziyaret etmenizi kısıtlıyor mu?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok
- 

#### **P6 (0-100) Kişisel İlişkiler**

**S5a.** İdrar probleminiz eşinizle/partnerinizle sosyal ilişkinizi etkiliyor mu?

- <sub>0</sub> (Eşim / partnerim yok) <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

**S5b.** İdrar probleminiz cinsel hayatınızı etkiliyor mu?

- <sub>0</sub> (Cinsel hayatım yok) <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

**S5c.** İdrar probleminiz aile hayatınızı etkiliyor mu?

- <sub>0</sub> (Aile hayatım yok) <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok
- 

#### **P7 (0-100) Emosyonlar**

**S6a.** İdrar probleminiz kendinizi depresyonda hissetmenize neden oluyor mu?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

**S6b.** İdrar probleminiz sizi tedirgin veya sinirli yapıyor mu?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

**S6c.** İdrar probleminiz kendinizi kötü hissetmenize neden oluyor mu?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

### P8 (0-100) Uyku/Enerji

S7a. İdrar probleminiz uykunuzu etkiliyor mu?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

S7b. İdrar probleminiz sizi çok bitkin/yorgun hissettiriyor mu?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

---

### P9 (0-100) Ciddiyet Ölçümleri

Aşağıdakilerin herhangi birini yapıyor musunuz? Eğer öyleyse ne kadar?

S8a. Kuru kalmak için ped/bez kullanıyor musunuz?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

S8b. Ne kadar sıvı içtiğinize dikkat ediyor musunuz?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

S8c. Islanmaya bağlı iç çamaşırınızı değiştirmek zorunda kalıyor musunuz?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

S8d. Sizden koku gelecek diye endişe ediyor musunuz?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

S8e. İdrar probleminiz yüzünden utanıyor musunuz?

- <sub>1</sub> Hiç <sub>2</sub> Biraz <sub>3</sub> Orta <sub>4</sub> Çok

---

### P10 (0-30) Semptom Ciddiyet Skalası

İdrar problemlerinizin ne olduğunu ve bu problemlerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmek istiyoruz. Aşağıdaki listeden sadece sizde şu an var olan problemleri seçiniz. Size uymayanları dikkate almayınız.

1. **Frequency:** Sık idrara çıkma  var  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

- <sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

**2. Noktüri:** Gece idrar için kalkma  var  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

**3. Urgency:** Güçlü ve kontrol edilmesi zor, ani idrar yapma hissi.  var  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

**4. Urge İK:** Güçlü/ani idrar yapma hissi ile birlikte idrar kaçırma.  var  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

**5. Stres İK:** Fiziksel aktivite örneğin öksürme, hapşırma ve koşma ile birlikte idrar kaçırma.  var  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

**6. Nokturnal enürezis:** Gece yatağı ya da çamaşırları ıslatma.  var  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

**7. Seksüel İK:** Cinsel birleşme sırasında idrar kaçırma.  var  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

**8. Sık idrar yolu enfeksiyonu:**  var  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

**9. İdrar torbası ağrısı:**  var  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

10. İdrar yapmada zorluk  var  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

11. Diğer (belirtiniz: )  var.....  yok

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<sub>0</sub> Hiç <sub>1</sub> Biraz <sub>2</sub> Orta <sub>3</sub> Çok

**KSA toplam skoru:**

Pelvic Ağrı ve Endometriosis Derneği

## KSA Nasıl Hesaplanır?

KSA, 32 maddeyi içeren ve iki bölümden oluşan inkontinansı olan hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmede sıkça kullanılan bir ankettir. Genel sağlık durumu ve yaşam kalitesinin etkilenimi gibi iki tane tek maddelik soruya ek olarak çoklu maddelerden oluşan 7 alt başlığı içerir. Bunlar: Rol limitasyonları, fiziksel limitasyonlar, sosyal limitasyonlar, kişisel ilişkilerdeki limitasyonlar, duygusal problemler, inkontinans ile ilişkili uyku ve enerji bozuklukları ve inkontinans için ciddiyet ölçümlerinden oluşmaktadır. İkinci bölümü, üriner semptomların varlığını ve ciddiyetini değerlendiren 11 maddelik Semptom Ciddiyet Skalasıdır. Semptom Ciddiyet Skalası'nın puanı 0 (en iyi)-30 (en kötü) arasında değişmektedir. Diğer KSA alanları için puanlar 0 (en iyi) -100 (en kötü) arasındadır.

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği