

Merkez No: \_\_\_\_\_

Hasta No: \_\_\_\_\_

Tarih:

HASTA AD SOYAD:

Hasta Başharfleri: \_\_\_\_\_

TELEFON:

---

## QUALIVEEN SORULARI

---

### Anketi nasıl yanıtlayacaksınız?

Aşağıdaki sorular mesane problemlerinizi ve onlarla nasıl baş ettiğinizle ilgilidir.

Lütfen mümkünse kendi başınıza ve sessiz bir yerde anketi doldurun. İhtiyacınız olan süreyi kullanın. Soruların yanlış ya da doğru cevabı bulunmamaktadır. Eğer bir soruyu nasıl yanıtlayacağınızı bulamazsanız size en uygun yanıtı işaretleyin. Lütfen cevapların kesinlikle gizli kalacağını unutmayın.

Soruları yanıtlarken, şu anda nasıl idrar yaptığınızı düşünün.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

### BU ANKETTEKİ YANITLAR KESİNLİKLE GİZLİ TUTULACAKTIR.

*It is expressly forbidden to reproduce this questionnaire in partial form. However, it may be reproduced in its complete form if prior written permission is obtained from Laboratoires Coloplast. To obtain permission please contact the Medical Manager of Laboratoires Coloplast, Les Jardins du Golf, 6 rue de Rome, 93561 Rosny sous Bois, Cedex – France, +33.1.56.63.17.10, frsme@coloplast.com. No publication of the present scale or its use may be made without explicit reference to the QUALIVEEN brand name. Qualiveen is a registered trade mark of Coloplast A/S – DK - 3050 Humlebaek*

**İDRAR YAPMAYLA İLGİLİ SORUNLARINIZ VE ŞİMDİKİ DURUMDA NASIL İDRAR YAPTIĞINIZ: SİZİ NE RAHATSIZ EDİYOR ?**

*Lütfen soruların hepsine uygun kutucuğu işaretleyerek cevap veriniz.*

**Aşağıdakiler size rahatsızlık veriyor mu?**

		Hiç	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Çok fazla	Uygulanamaz
1.	Gündüz idrar kaçırma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
2.	Gece idrar kaçırma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
3.	İdrar kaçırmaya karşı olan pedleri ya da penis kılıflarını kullanma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
4.	İşleriniz sırasında idrar yapma için takip çizelgesi hazırlama	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
5.	İdrar yapma için zaman harcama	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
6.	Geceleri uykunuzun bölünmesi nedeniyle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
7.	Yolculuk yaparken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
8.	Ev ortamı dışındayken kişisel temizlik sorunlarınız	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	<b>Genel olarak:</b>						
9.	İdrar kesenizle ilgili sorunlarınız yaşamınızı zorlaştırıyor mu?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

**İDRAR YAPMAYLA İLGİLİ SORUNLARINIZ VE ŞİMDİKİ DURUMDA NASIL İDRAR YAPTIĞINIZ:  
KISITLI OLDUĞUNUZ YA DA YAPMAK ZORUNDA OLDUĞUNUZ ŞEYLER**

**Lütfen soruların hepsine uygun kutucuğu işaretleyerek cevap veriniz.**

		Asla	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Her zaman
10.	Önceden birşey planlamadan dışarı çıkabilir misiniz?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11.	Dışarı çıkmayı bıraktınız mı?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12.	İdrar kesenizle ilgili sorunlarınız nedeniyle başkalarına daha fazla bağımlı mısınız?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13.	Yaşamınız idrar kesenizle ilgili sorunlarınız tarafından mı düzenleniyor?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Aşağıdakileri yapmak zorunda mısınız?**

		Asla	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Her zaman
14.	Herşeyi planlama	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15.	Yedek giysi ve/veya idrar kaçırmaya karşı olan pedleri/ penis kılıflarını yanınıza almayı düşünme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16.	Önlem olarak idrar kaçırmaya karşı olan pedleri/ penis kılıflarını kullanma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17.	Ne kadar sıvı aldığınıza dikkat etme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**İDRAR YAPMAYLA İLGİLİ SORUNLARINIZ VE ŞİMDİKİ DURUMDA NASIL İDRAR YAPTIĞINIZ: ENDİŞE DUYDUĞUNUZ ŞEYLER**

**Lütfen soruların hepsine uygun kutucuğu işaretleyerek cevap veriniz.**

**Aşağıdakiler konusunda endişeleniyor musunuz?**

		Hiç	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Çok fazla	Uygulanam
18.	İdrar kokmanız	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
19.	İdrar yolu iltihabı olma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
20.	İdrar kesenizle ilgili sorunların kötüleşmesi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
21.	Eşinizi gece rahatsız etme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
22.	Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
23.	Kullanmak zorunda olduğunuz ilaçlarla ilgili herhangi bir yan etki	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
24.	Deri ile ilgili sorun olması	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
25.	İdrar kesesi sorununuzla ilgili harcamalar nedeniyle para sıkıntısı çekme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

**İDRAR YAPMAYLA İLGİLİ SORUNLARINIZ VE ŞİMDİKİ DURUMDA NASIL İDRAR YAPTIĞINIZ:HİSSETTİĞİNİZ ŞEYLER**

*Lütfen soruların hepsine uygun kutucuğu işaretleyerek cevap veriniz.*

		Hiç	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Son derece	Uygula
26	İdrar kesenizle ilgili sorunlarınız nedeniyle utanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
27	İdrar kesenizle ilgili sorunlarınız nedeniyle kendinize olan saygınızı kaybetmiş hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
28	İdrar kesenizle ilgili sorunlarınızı saklamak zorunda mısınız?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
29	Tuvalette uzun süre kalmanız gerekirse , başkalarının tepkileri konusunda endişe duyuyor musunuz?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
30	İdrar kesenizle ilgili sorunlar nedeniyle endişe duyuyor musunuz?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

**AŞAĞIDAKİ SORULAR GENEL OLARAK KENDİNİZİ NASIL  
HİSSETTİĞİNİZLE İLGİLİDİR.**

*Lütfen soruların hepsine uygun kutucuğu işaretleyerek cevap veriniz.*

**Aşağıdakilerle ilgili neler hissediyorsunuz?**

		Çok kötü	Oldukça kötü	Ne iyi ne de kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
31.	İnsanların size karşı tutumu ve durumunuz/sakatlığınız nedeniyle size bakışları hakkında	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
32	Moraliniz hakkında	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
33	Diğer insanlarla ilişkileriniz hakkında	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
34	Evde (ev işi gibi) ya da ev dışındaki günlük işleri yapabilme (ya da zorluk çekme) hakkında	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
35	Genel olarak işlerinizi yapabilmek için ne kadar zamana ihtiyacınız olduğu hakkında	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
36	Cinsel hayatınız hakkında	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
37	Rahatlayabilmeniz (ya da rahatlamada zorluk çekmeniz) hakkında	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
38	Dışarı çıkma ya da evden dışarıda dolaşabilmeniz (ya da zorluk çekmeniz) hakkında	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
39	Fiziksel durumunuzdan kaynaklanan tüm harcamalarınız hakkında	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
40	İdrarınızı nasıl yaptığınız hakkında	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2

Bu anketi kendi başınıza mı doldurdunuz?

<sub>1</sub> evet <sub>2</sub> hayır

**ANKETİ GERİ VERMEDEN ÖNCE, AŞAĞIDAKİ SORULARI CEVAPLANDIRINIZ:**

• Doğum tarihiniz:     
Gün Ay Yıl

• Cinsiyetiniz: <sub>1</sub> erkek  
<sub>2</sub> kadın

• Nasıl yaşıyorsunuz? : <sub>1</sub> yalnız  
<sub>2</sub> eşinizle  
<sub>3</sub> diğer

• Son eğitim durumunuz:  
<sub>1</sub> ilkokul-  
<sub>2</sub> ortaokul  
<sub>3</sub> lise  
<sub>4</sub> üniversite

• Şu andaki iş durumunuz?  
<sub>1</sub> maaşlı iş  
<sub>2</sub> işsiz  
<sub>3</sub> emekli  
<sub>4</sub> diğer

• Normal hareket durumunuz nasıldır?  
<sub>1</sub> yürüme  
<sub>2</sub> elle kullanılan tekerlekli sandalye  
<sub>3</sub> elektrikli tekerlekli sandalye  
<sub>4</sub> hiçbirisi

- Günlük yaşamınızda başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor musunuz?

- Evde: <sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

- Ev dışında: <sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

## OMURİLİK YARALANMANIZLA İLGİLİ OLARAK

- Durumunuz : <sub>1</sub> paraplejik  
<sub>2</sub> tetraplejik  
<sub>3</sub> kauda ekina sendromu

- Bu bir komplet omurilik yaralanması mı?

<sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır  
<sub>3</sub> bilmiyorum

- Omurilik yaralanmanız hangi yılda oldu?

- Omurilik yaralanmanızın seviyesini biliyor musunuz?

<sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

*Eğer evetse, nedir?*

(1 harf ve 1 sayı yazın, rn: C5-6, T4-5, L5-S1)

- Omurilik yaralanmanız :

<sub>1</sub> travmatik nedenle (kaza)  
<sub>3</sub> doęuřtan (spina bifida,...)  
<sub>4</sub> başka bir nedene baęlı (enfeksiyon, damarsal, disk hernisi,...)

## MESANE PROBLEMLERİNİZ HAKKINDA

- Mesane problemleriniz nedeniyle Őu anda ilaç tedavisi alıyor musunuz?  
1 evet  
2 hayır

- Mesane problemleriniz nedeniyle ameliyat oldunuz mu?  
1 evet  
2 hayır

Eğer olduysanız kaç kez? \_\_\_\_\_

- Hiç son 30 gün içinde belirtilerle (rn: ateŐ, bluanık idrar...) seyreden idrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi?  
1 evet  
2 hayır

Eğer geçirdiyseniz kaç kez? \_\_\_\_\_

- İdrar tutmak için koruma veya kateter kullanıyor musunuz?  
1 evet  
2 hayır

Eğer kullanıyorsanız, nadir? If yes, is it?

- 1 tedbir olarak
- 2 idrar yapma aralarında idrar kaırmalarınız olduğu için
- 3 "idrar kaçıran" hale getirildiėiniz için
- 4 btamamıyla idrar kaçıran biri olduğunuz için

- İdrarı nasıl boşaltıyorsunuz?  
(several possible answers)

- 1 kendim kateterizasyon yaparak
- 2 başkasının kateterizasyon yapmasıyla
- 3 karna vurma ytemiyle
- 4 karına veya elle bastırma suretiyle
- 5 devamlı idrar akıŐıyla
- 6 Üriner diversiyonla
- 7 devamlı idrar akıŐı sağlanarak (devamlı kateter, suprapubik kateter, ...)
- 8 diğer

- Son 6 ayda idrar boşaltma yönteminizde değişiklik yaptınız mı?

<sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

- İdrarı boşaltmak için başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor musunuz?

<sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

- Eğer mesanenizi boşaltabiliyorsanız (örn: kendiliğinden, vurarak, kateterizasyonla):

↳ mesanenizi (kısmen de olsa) kaç kez bolatıyorsunuz (kendiliğinden, vurarak, kateterizasyonla...):

Gün içinde? \_\_\_\_\_

Gece boyunca? \_\_\_\_\_

↳ mesanenizi boşaltmak için ne kadar zaman harcıyorsunuz? \_\_\_\_\_ dakika

↳ İki "mesane boşaltımı" arasındaki normal süre nedir? \_\_\_\_\_ saat

- Mesane problemleriniz dışında başka problemleriniz var mı? Mesela:

↳ depresyon:

<sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

↳ sindirim sistemi ve barsak problemleri:

<sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

- Büyük abdestinizi kaçıırıyor musunuz? <sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

↳ Eğer varsa nasıl?

<sub>1</sub> gaz halinde  
<sub>2</sub> sıvı halde  
<sub>3</sub> katı halde

↳ İdrar koruyucu bez kullanıyor musunuz?

<sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

- Kabızlıktan çekiyor musunuz? <sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

- Yatak yaranız var mı?

<sub>1</sub> evet  
<sub>2</sub> hayır

*Lütfen anketin tamamını doldurduğunuzu kontrol ettikten sonra daha önceden ödenmesi yapılmış zarfla bize geri postalayınız.*

*Yardımlarınız için teşekkür ederiz.*

Karapolat H, Akkoç Y, Eyigör S, Tanigör G. Bladder-related quality of life in people with neurological disorders: reliability and validity of the Turkish version of the King's Health Questionnaire in people with spinal cord injury. Turk J Urol. 2018 Sep;44(5):411-417. doi: 10.5152/tud.2018.45556. Epub 2018 Mar 9. PMID: 29799397; PMCID: PMC6134979.