

קרא/י בבקשה בעיון את ההוראות הבאות

בעמודים הבאים תמצא/י מספר משפטים אשר נוסחו על ידי אנשים הסובלים מבריחת שתן (נזילה שמתרחשת באופן לא רצוי).

בחר/י בבקשה את התשובה שתואמת בצורה הטובה ביותר את מצבך הנוכחי והקף/הקיפי בעיגול את המספר המתאים.

אם אינך בטוח/ה באיזו תשובה לבחור, בחר/י בתשובה אשר נראית לך מתאימה ביותר. אין תשובות נכונות או לא נכונות.

תשובותיך ישמרו בסודיות מוחלטת.

בכל שאלה שמתעוררת, את/ה מוזמנ/ת ליצור קשר עם:



רגשותיך בנוגע לבריחת השתן שלך

(הקף/הקיפי בבקשה את המספר המתאים לתשובתך)

1. אני חושש/ת שלא אספיק להגיע לשירותים בזמן.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

2. אני חושש/ת להשתעל או להתעטש בגלל הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

3. אני צריכ/ה להיזהר כשאני קמ/ה לאחר ישיבה ממושכת בגלל הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

4. אני חושש/ת שלא אמצא את השירותים במקומות חדשים.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

5. אני מרגיש/ה מדוכא/ת בגלל הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

(הקף/הקיפי בבקשה את המספר המתאים לתשובתך)

6. בגלל הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי, אני מרגיש/ה חופשי/יה לעזוב את ביתי לזמן ממושך.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

7. אני מרגיש/ה מתוסכל/ת משום שהבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי מונעות ממני לעשות את מה שאני רוצה.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

8. אני חושש/ת מכך שאחרים יריחו ממני ריח של שתן.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

9. הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי נמצאות כל הזמן במחשבותיי.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

10. חשוב לי לבקר בשירותים לעיתים תכופות על מנת לרוקן את שלפוחית השתן.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

(הקף/הקיפי בבקשה את המספר המתאים לתשובתך)

11. בגלל הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי, חשוב לי לתכנן כל פרט מראש.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

12. אני חושש/ת שהבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי יחמירו ככל שאזדקן.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

13. קשה לי לישון טוב בלילה בגלל הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

14. אני חושש/ת להיות מובכ/ת או מושפל/ת בגלל הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

15. הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי גורמות לי להרגיש שאינני אדם בריא.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

(הקף/הקיפי בבקשה את המספר המתאים לתשובתך)

16. הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי גורמות לי להרגיש חסר/ת אונים.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

17. אני פחות נהנה/נהנית מהחיים בגלל הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

18. אני חושש/ת להרטיב את עצמי.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

19. אני מרגיש/ה שאין לי שליטה על שלפוחית השתן שלי.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

20. בגלל הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי עלי לשים לב מה וכמה אני שותה.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

(הקף/הקיפי בבקשה את המספר המתאים לתשובתך)

21. הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי מגבילות אותי בבחירת בגדים.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

22. אני חושש/ת לקיים יחסי מין בגלל הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לי.

- | | |
|---|---------------|
| 1 | במידה רבה מאד |
| 2 | במידה רבה |
| 3 | במידה בינונית |
| 4 | במידה מועטה |
| 5 | כלל לא |

קצת על עצמך

א - 1 כמה זמן את/ה סובל/ת מבעיות בדרכי השתן או מבריחת שתן? (רשום/רשמי את המספר בשורה מתחת)
 _____ שנים ו - _____ חודשים

א - 2 כמה פעמים בשנה האחרונה ביקרת אצל רופא כדי לטפל בבעיות בדרכי השתן או בבריחת השתן שיש לך? (רשום/רשמי את המספר בשורה הנתונה)

_____ ביקורים בשנה האחרונה

א - 3 כיצד היית מתאר/ת את חומרת הבעיות בדרכי השתן או בריחת השתן שיש לך? (הקף/הקיפי בבקשה את המספר המתאים לתשובתך)

1 קלה

2 בינונית

3 חמורה

א - 4 האם בורח לך שתן כאשר את/ה משתעל/ת, מתעטש/ת, רצה, הולכת, קופצת או כאשר את/ה עושה כל פעילות ספציפית אחרת?

0 לא

1 כן

א - 5 האם בורח לך שתן לפני שאת/ה מספיק/ה להגיע לשירותים?

0 לא

1 כן

א - 6 האם לעיתים בורח לך שתן בלי קשר לפעילות מסוימת או מבלי שהרגשת צורך ללכת לשירותים?

0 לא

1 כן

א - 7 במהלך החודש האחרון, כמה פעמים ברח לך שתן, אפילו כמות קטנה, כשלא רצית בכך? (רשום/רשמי את המספר בשורה הנתונה)

_____ פעמים בחודש האחרון

א - 8 במהלך החודש האחרון, כמה פעמים ברח לך שתן, אפילו כמות קטנה, כשלא רצית בכך?

0 אף פעם לא בחודש האחרון

1 פעם-פעמיים בחודש האחרון

2 4 פעמים (בערך אחת לשבוע)

3 2-3 פעמים בשבוע

4 בערך פעם ביום

5 פעם-פעמיים ביום

6 3-4 פעמים ביום

7 5 או יותר פעמים ביום