

VPIŠITE DANAŠNJI

DATUM:

\_\_\_\_ dan    \_\_\_\_ mesec    \_\_\_\_ leto

IDENTIFIKACIJA  
UDELEŽENCA:

**PROSIMO, POZORNO PREBERITE**

NA NASLEDNJIH STRANEH BOSTE NAŠLI NEKAJ TRDITEV, KI SO JIH IZREKLI  
LJUDJE Z URINARNO INKONTINENCO (NEHOTENO UHAJANJE URINA).

IZBERITE ODGOVOR, KI V TEM TRENUTKU NAJBOLJ VELJA ZA VAS, IN  
OBKROŽITE ŠTEVILKO SVOJEGA ODGOVORA.

ČE NISTE PREPRIČANI, KAKO ODGOVORITI NA VPRAŠANJE, PODAJTE NAJBOLJŠI  
MOŽNI ODGOVOR. **NI PRAVILNIH ALI NAPAČNIH ODGOVOROV.**

VAŠI ODGOVORI BODO OSTALI POPOLNOMA ZAUPNI.

ČE IMATE KAKRŠNAKOLI VPRAŠANJA, SE OBRNITE NA:



© Eli Lilly and Company 1996, Revised 2000

### **Vaši občutki**

*(Obkrožite številko svojega odgovora)*

1. Skrbi me, da ne bom mogel/-a pravočasno priti do straniščne školjke.

1 IZREDNO  
2 PRECEJ  
3 ZMERNO  
4 MALO  
5 SPLOH NE

2. Zaradi urinarnih težav ali inkontinence me skrbi kašljanje in kihanje.

1 IZREDNO  
2 PRECEJ  
3 ZMERNO  
4 MALO  
5 SPLOH NE

3. Zaradi urinarnih težav ali inkontinence moram biti previden/-a pri vstajanju iz sedečega položaja.

1 IZREDNO  
2 PRECEJ  
3 ZMERNO  
4 MALO  
5 SPLOH NE

4. Skrbi me, kje bom v novem okolju našel/-a stranišče.

1 IZREDNO  
2 PRECEJ  
3 ZMERNO  
4 MALO  
5 SPLOH NE

5. Zaradi urinarnih težav ali inkontinence sem potr/-a.

1 IZREDNO  
2 PRECEJ  
3 ZMERNO  
4 MALO  
5 SPLOH NE

*(Obkrožite številko svojega odgovora)*

6. Zaradi urinarnih težav ali inkontinence mi ni prijetno oditi od doma za dalj časa.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

7. Počutim se frustrirano, ker mi urinarne težave ali inkontinenca preprečujejo, da bi delal/-a, kar želim.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

8. Skrbi me, ali bodo drugi zavohali urin na meni.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

9. Vedno mislim na svoje urinarne težave ali inkontinenco.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

10. Zame je pomembno, da grem pogosto na stranišče.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

*(Obkrožite številko svojega odgovora)*

11. Zaradi urinarnih težav ali inkontinence je zame pomembno, da vsako podrobnost vnaprej načrtujem.

1 IZREDNO  
2 PRECEJ  
3 ZMERNOST  
4 MALO  
5 SPLOH NE

12. Skrbi me, da se bodo moje urinarne težave ali inkontinenca s staranjem še poslabšale.

1 IZREDNO  
2 PRECEJ  
3 ZMERNOST  
4 MALO  
5 SPLOH NE

13. Zaradi urinarnih težav ali inkontinence se ponoči težko dobro naspim.

1 IZREDNO  
2 PRECEJ  
3 ZMERNOST  
4 MALO  
5 SPLOH NE

14. Skrbi me, da bi bil/-a zaradi urinarnih težav ali inkontinence v zadregi ali ponižan/-a.

1 IZREDNO  
2 PRECEJ  
3 ZMERNOST  
4 MALO  
5 SPLOH NE

15. Zaradi urinarnih težav ali inkontinence se ne počutim zdravo.

1 IZREDNO  
2 PRECEJ  
3 ZMERNOST  
4 MALO  
5 SPLOH NE

*(Obkrožite številko svojega odgovora)*

16. Zaradi urinarnih težav ali inkontinence se počutim nemočno.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

17. Zaradi urinarnih težav ali inkontinence manj uživam v svojem življenju.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

18. Skrbi me, da se bom pomočil/-a.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

19. Počutim se, kot da nimam nadzora nad svojim mehurjem.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

20. Zaradi urinarnih težav ali inkontinence moram biti pozoren/-na na to, kaj in koliko pijem.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

*(Obkrožite številko svojega odgovora)*

21. Urinarne težave ali inkontinenca omejujejo mojo izbiro oblačil.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

22. Zaradi urinarnih težav ali inkontinenca me skrbijo spolni odnosi.

- 1 IZREDNO
- 2 PRECEJ
- 3 ZMERNO
- 4 MALO
- 5 SPLOH NE

## O vas

- A-1 Koliko časa že imate urinarne težave ali inkontinenco? (*Spodaj vpišite ustrezno številko*)

\_\_\_\_\_  
**LET                      MESECEV**

- A-2 Kolikokrat v zadnjem letu ste obiskali zdravnika v zvezi z zdravljenjem svojih urinarnih težav ali inkontinence? (*Na črto vpišite ustrezno število*)

\_\_\_\_\_ **ŠTEVILO OBISKOV PRI ZDRAVNIKU V ZADNJEM LETU**

- A-3 Kako resne so vaše urinarne težave ali inkontinenca? (*Obkrožite številko svojega odgovora*)

**1                      BLAGE**  
**2                      ZMERNE**  
**3                      RESNE**

- A-4 Ali vam uhaja urin pri kašljanju, kihanju, teku, hoji, skakanju ali pri katerih drugih določenih dejavnostih?

**0                      NE**  
**1                      DA**

- A-5 Ali izgubite nadzor nad mehurjem, še preden pridete do straniščne školjke?

**0                      NE**  
**1                      DA**

A-6 Ali vam uide urin tudi, ko ne opravljate kakšnih določenih dejavnosti ali nimate potrebe, da bi šli na stranišče?

**0 NE**

**1 DA**

A-7 Kolikokrat vam je v zadnjem mesecu ušel urin, čeprav majhna količina, ko tega niste hoteli? *(Na črto vpišite ustrezno število)*

\_\_\_\_\_ **KRAT V ZADNJEM MESECU**

A-8 Kolikokrat vam je v zadnjem mesecu ušel urin, čeprav majhna količina, ko tega niste hoteli?

**0 NIKOLI V ZADNJEM MESECU**

**1 1- DO 2-KRAT V ZADNJEM MESECU**

**2 4-KRAT (PRIBLIŽNO ENKRAT TEDENSKO)**

**3 2- DO 3-KRAT TEDENSKO**

**4 PRIBLIŽNO ENKRAT DNEVNO**

**5 1- ALI 2-KRAT DNEVNO**

**6 3- ALI 4-KRAT DNEVNO**

**7 5- ALI VEČKRAT DNEVNO**