

PROSZĘ WPISAC'
DZISIEJSZĄ DATE:

Dzień Miesiąc Rok

IDENTYFIKATOR UCZESTNIKA
BADAŃ: _____

PROSZĘ UWAŻNIE PRZECZYTAĆ

NA NASTĘPNYCH STRONACH ZNAJDĄ PAŃSTWO WYPOWIEDZI OSÓB CIERPIACYCH NA
NIETRZYMANIE MOCZU (BEZWIEDNE ODDAWANIE MOCZU)

PROSZĘ ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM NUMER ODPOWIEDZI, KTÓRA WYDAJE SIĘ PANU/I W TEJ
CHWILI NAJBARDZIEJ ODPOWIEDNIA

JEŻELI NIE JEST PAN/I PEWNY/A, JAK ODPOWIEDZIEĆ NA DANE PYTANIE, PROSZĘ
WYBRAĆ ODPOWIEDŹ, KTÓRA WYDAJE SIĘ PANU/I NAJBLIŻSZA PRAWDY. **NIE MA
DOBRYCH ANI ZŁYCH ODPOWIEDZI.**

PODANE ODPOWIEDZI BĘDĄ TRAKTOWANE POUFNIEM.

JEŻELI MA PAN/I JAKIEKOLWIEK WĄTPLIWOŚCI, PYTANIA
PROSZĘ KIEROWAĆ DO:



© University of Washington 1996. Revised 2000.

Pana/i odczucia

(Proszę zakreślić kółkiem numer wybranej przez Pana/i odpowiedzi)

1. Obawiam się, że nie będę w stanie dotrzeć na czas do toalety.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

2. Z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu lub nietrzymania moczu obawiam się kaszlu i kichania.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

3. Z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu lub nietrzymania moczu muszę uważać przy wstawaniu z pozycji siedzącej.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

4. Niepokoi mnie to, że nie wiem gdzie znajdują się toalety w nieznanym mi miejscu.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

5. Czuję się przygnębiony z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu lub nietrzymania moczu.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

(Proszę zakreślić kółkiem numer wybranej przez Pana/i odpowiedzi)

6. Z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu lub nietrzymania moczu moja swoboda opuszczania domu na dłuższy okres czasu jest ograniczona.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

7. Czuję się sfrustrowany, ponieważ zaburzenia w oddawaniu moczu lub nietrzymanie moczu uniemożliwiają mi robienie tego, na co mam ochotę.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

8. Niepokoi mnie to, że inni ludzie mogliby poczuć ode mnie zapach moczu.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

9. Przez cały czas myślę o moich problemach związanych z zaburzeniami w oddawaniu moczu lub nietrzymaniem moczu.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

10. Częste chodzenie do toalety jest dla mnie ważne.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

(Proszę zakreślić kółkiem numer wybranej przez Pana/i odpowiedzi)

11. Z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu lub nietrzymania moczu istotne znaczenie ma dla mnie zaplanowanie z góry planu dnia.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

12. Obawiam się, że moje problemy związane z zaburzeniami w oddawaniu moczu lub nietrzymaniem moczu z wiekiem ulegną pogorszeniu.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

13. Trudno mi wypaść się w nocy z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu lub nietrzymania moczu.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

14. Możliwe upokorzenia spowodowane zaburzeniami w oddawaniu moczu lub nietrzymaniem moczu napawają mnie strachem.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

15. Zaburzenia w oddawaniu moczu lub nietrzymanie moczu powodują, że nie czuję się zdrową osobą.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

(Proszę zakreślić kółkiem numer wybranej przez Pana/i odpowiedzi)

16. Zaburzenia w oddawaniu moczu lub nietrzymanie moczu powodują, że czuję się bezradny.

- 1 BARDZO
- 2 W ZNACZNYM STOPNIU
- 3 UMIARKOWANIE
- 4 TROCHĘ
- 5 ZUPEŁNIE NIE

17. Z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu lub nietrzymania moczu mniej cieszę się życiem.

- 1 BARDZO
- 2 W ZNACZNYM STOPNIU
- 3 UMIARKOWANIE
- 4 TROCHĘ
- 5 ZUPEŁNIE NIE

18. Martwię się tym, że mogę się moczyć.

- 1 BARDZO
- 2 W ZNACZNYM STOPNIU
- 3 UMIARKOWANIE
- 4 TROCHĘ
- 5 ZUPEŁNIE NIE

19. Wydaje mi się, że nie mam kontroli nad swoim pęcherzem.

- 1 BARDZO
- 2 W ZNACZNYM STOPNIU
- 3 UMIARKOWANIE
- 4 TROCHĘ
- 5 ZUPEŁNIE NIE

20. Z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu lub nietrzymania moczu muszę uważać na to, co i w jakiej ilości piję.

- 1 BARDZO
- 2 W ZNACZNYM STOPNIU
- 3 UMIARKOWANIE
- 4 TROCHĘ
- 5 ZUPEŁNIE NIE

(Proszę zakreślić kółkiem numer wybranej przez Pana/i odpowiedzi)

21. Zaburzenia w oddawaniu moczu lub nietrzymanie moczu ograniczają moją swobodę w wyborze garderoby.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

22. Z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu lub nietrzymania moczu niepokojem napawa mnie seks.

1 BARDZO
2 W ZNACZNYM STOPNIU
3 UMIARKOWANIE
4 TROCHĘ
5 ZUPEŁNIE NIE

O Panu/ Pani

- A-1 Jak długo cierpi Pan/i na zaburzenia w oddawaniu moczu lub nietrzymanie moczu? *(Proszę wpisać poniżej odpowiednią liczbę)*

LAT

MIESIĘCY

- A-2 Ile razy był/a Pan/i w zeszłym roku u lekarza w celu leczenia zaburzeń w oddawaniu moczu lub nietrzymania moczu? *(Proszę wpisać odpowiednią liczbę na przeznaczoną do tego linię)*

_____ **IŁOSC WIZYT U LEKARZA W UBIĘGLYM ROKU**

- A-3 Jak określiłby/łaby Pani dotkliwość Pana/i problemów związanych z zaburzeniami w oddawaniu moczu lub nietrzymaniem moczu? *(Proszę zakreślić kółkiem numer wybranej przez Pana/i odpowiedzi)*

1 **ŁAGODNE**

2 **UMIARKOWANE**

3 **DOTKLIWE**

- A-4 Czy gubi Pan/i mocz podczas kaszlu, kichania, biegania, spacerowania, skakania lub podczas wykonywania innej określonej czynności?

0 **NIE**

1 **TAK**

- A-5 Czy traci Pan/ i kontrolę nad swoim pęcherzem zanim dotrze Pan/ i do toalety?

0 **NIE**

1 **TAK**

A-6 Czy gubi Pan/i mocz w sytuacjach nie związanych z wykonywaniem określonej czynności lub odczuwaniem potrzeby skorzystania z toalety?

0 NIE

1 TAK

A-7 Ile razy popuszczał/a Pan/i mocz, nawet w niewielkiej ilości, w ciągu ostatniego miesiąca? (*Proszę wpisać odpowiednią liczbę na przeznaczoną do tego linię*)

_____ **IŁOŚĆ PRZYPADKÓW W UBIEGLYM MIESIĄCU**

A-8 Ile razy popuszczał/a Pan/i mocz, nawet w niewielkiej ilości, w ciągu ostatniego miesiąca?

0 ANI RAZU W UBIEGLYM MIESIĄCU

1 1 LUB 2 RAZY W UBIEGLYM MIESIĄCU

2 4 RAZY (MNIEJ WIĘCEJ RAZ NA TYDZIEŃ)

3 2 LUB 3 RAZY NA TYDZIEŃ

4 MNIEJ WIĘCEJ RAZ DZIENNIE

5 1 LUB 2 RAZY DZIENNIE

6 3 LUB 4 RAZY DZIENNIE

7 5 LUB WIĘCEJ RAZY DZIENNIE