

กรุณารอก่อนวันนี้: \_\_\_\_\_

วัน \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวผู้เข้าร่วม: \_\_\_\_\_

### กรุณารออ่านข้อความนี้อย่างละเอียด

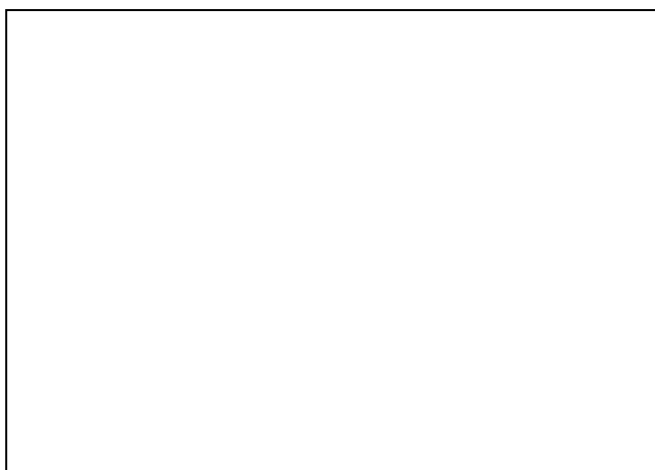
ในแบบสอบถามที่ท่านจะได้เห็นต่อไปนี้ คือคำบอกเล่าบางประการจากผู้ที่มีประสบการณ์กลับปัสสาวะไม่อยู่ (ปัสสาวะเล็ดในเวลาที่ไม่ต้องการ)

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด ณ ปัจจุบัน และวงตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน

หากท่านไม่แน่ใจในการตอบคำถาม กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด **ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด**

คำตอบของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับอย่างดี

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ:



## ความรู้สึกของท่าน

(กรุณาวางตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน)

1. ข้าพเจ้ากังวลว่าจะไม่สามารถเข้าห้องน้ำได้ทันเวลา

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

2. ข้าพเจ้ากังวลเวลาที่ไอหรือจามเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราด

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

3. ข้าพเจ้าต้องระวังในการลุกขึ้นยืนหลังจากการนั่งเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราด

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

4. ข้าพเจ้ากังวลว่าจะหาห้องน้ำได้ที่ไหนเวลาไปสถานที่ที่ไม่เคยไป

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

## INCONTINENCE – QUALITY OF LIFE

(กรุณาวางตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน)

5. ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่เนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราด

- 1 มากอย่างยิ่ง
- 2 มาก
- 3 ปานกลาง
- 4 น้อย
- 5 ไม่เลย

6. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกโล่งใจที่จะออกจากบ้านเป็นเวลานานเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราด

- 1 มากอย่างยิ่ง
- 2 มาก
- 3 ปานกลาง
- 4 น้อย
- 5 ไม่เลย

7. ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ เพราะปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราด ทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถทำสิ่งที่อยากทำ

- 1 มากอย่างยิ่ง
- 2 มาก
- 3 ปานกลาง
- 4 น้อย
- 5 ไม่เลย

8. ข้าพเจ้ากังวลว่าผู้อื่นจะได้กลิ่นปัสสาวะจากตัวข้าพเจ้า

- 1 มากอย่างยิ่ง
- 2 มาก
- 3 ปานกลาง
- 4 น้อย
- 5 ไม่เลย

(กรุณาวางตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน)

9. ข้าพเจ้าคิดถึงปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราดของข้าพเจ้าตลอดเวลา

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

10. การเข้าห้องน้ำบ่อยๆ เป็นเรื่องสำคัญสำหรับข้าพเจ้า

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

11. ข้าพเจ้าจำเป็นต้องวางแผนทุกอย่างล่วงหน้าเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราด

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

12. ข้าพเจ้ากังวลว่าปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราดจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อข้าพเจ้ามีอายุมากขึ้น

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

(กรุณาวางตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน)

13. ข้าพเจ้ามีปัญหาอนอนหลับไม่สนิทเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรด

- 1 มากอย่างยิ่ง
- 2 มาก
- 3 ปานกลาง
- 4 น้อย
- 5 ไม่เลย

14. ข้าพเจ้ากลัวที่จะอธิบายขายหน้าเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรดของข้าพเจ้า

- 1 มากอย่างยิ่ง
- 2 มาก
- 3 ปานกลาง
- 4 น้อย
- 5 ไม่เลย

15. ปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรดทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเป็นคนที่มีสุขภาพไม่ดี

- 1 มากอย่างยิ่ง
- 2 มาก
- 3 ปานกลาง
- 4 น้อย
- 5 ไม่เลย

16. ปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรดทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกว่าช่วยตัวเองไม่ได้

- 1 มากอย่างยิ่ง
- 2 มาก
- 3 ปานกลาง
- 4 น้อย
- 5 ไม่เลย

(กรุณาวางตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน)

17. ข้าพเจ้ามีความสุขในชีวิตน้อยลงเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรด

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

18. ข้าพเจ้ากังวลว่าจะปัสสาวะรด

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

19. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถถกั้นปัสสาวะได้

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

20. ข้าพเจ้าต้องคอยระวังสิ่งที่ดีมีและปริมาณที่ดีมีเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรดของข้าพเจ้า

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

INCONTINENCE – QUALITY OF LIFE

(กรุณาวางตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน)

21. ปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรดของข้าพเจ้าทำให้ข้าพเจ้ามีข้อจำกัดในการเลือกเครื่องแต่งกาย

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

22. ข้าพเจ้ากังวลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เพราะปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรด

- 1      มากอย่างยิ่ง
- 2      มาก
- 3      ปานกลาง
- 4      น้อย
- 5      ไม่เลย

## เกี่ยวกับตัวของท่าน

ก-1 ท่านมีปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรادمานานเท่าไร (กรุณากรอกตัวเลขในช่องด้านล่าง)

\_\_\_\_ ปี      \_\_\_\_ เดือน

ก-2 ท่านได้พบแพทย์กี่ครั้งในปีที่ผ่านมา เพื่อรักษาปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราด (กรุณากรอกจำนวนครั้งในช่องที่ให้ไว้)

จำนวนครั้งในการพบแพทย์ในปีที่ผ่านมา \_\_\_\_\_

ก-3 อธิบายถึงความรุนแรงของปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราดของท่าน (กรุณาวางตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน)

**1** เล็กน้อย

**2** ปานกลาง

**3** รุนแรง

ก-4 ท่านมีอาการปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม วิ่ง เดิน กระโดด หรือเวลาทำกิจกรรมบางอย่างหรือไม่

**0** ไม่มี

**1** มี

ก-5 ท่านมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ก่อนไปถึงห้องน้ำหรือไม่

**0** ไม่มี

**1** มี



ก-6 ท่านมีอาการปัสสาวะเล็ดราดเป็นครั้งคราว แม้แต่เมื่อไม่ได้ทำอะไร หรือไม่ได้ปวดปัสสาวะหรือไม่

**0** ไม่มี

**1** มี

ก-7 ในเดือนที่ผ่านมาท่านมีปัสสาวะเล็ดออกมาตอนที่ท่านไม่ต้องการแม้แต่เพียงเล็กน้อย กี่ครั้ง  
(กรุณากรอกจำนวนครั้งในช่องที่ให้ไว้)

จำนวนครั้งในเดือนที่ผ่านมา \_\_\_\_\_

ก-8 ในเดือนที่ผ่านมาท่านมีปัสสาวะเล็ดออกมาตอนที่ท่านไม่ต้องการแม้แต่เพียงเล็กน้อย กี่ครั้ง

**0** ไม่มีเลยสักครั้งในเดือนที่ผ่านมา

**1** 1 หรือ 2 ครั้ง ในเดือนที่ผ่านมา

**2** 4 ครั้ง (ประมาณสัปดาห์ละครั้ง)

**3** สัปดาห์ละ 2 หรือ 3 ครั้ง

**4** ประมาณวันละครั้ง

**5** วันละหนึ่งหรือสองครั้ง

**6** วันละสามหรือสี่ครั้ง

**7** วันละห้าครั้งหรือมากกว่านั้น