

رقم المشترك:

يرجى كتابة تاريخ اليوم:

اليوم الشهر السنة

يرجى قراءة هذا بتمعن

في الصفحات التالية سوف تجد بعض التصريحات التي صدرت من قبل أشخاص لديهم سلس البول (تسرب لا إرادي للبول).

يرجى اختيار أفضل إجابة تناسبك الآن ووضع دائرة حول رقم إجابتك.

إذا لم تكن متأكدًا من كيفية الإجابة على سؤال، يرجى إعطاء أفضل إجابة تقدر عليها. لا توجد إجابات صحيحة أو إجابات خاطئة.

سوف يتم الاحتفاظ بإجاباتك بسرية تامة.

إذا كانت لديك أية أسئلة، يرجى التواصل مع:

© University of Washington 1996. Revised 2000.

مشاعرك

(يرجى وضع دائرة حول رقم إجابتك)

1. أشعر بالقلق بشأن عدم التمكن من الوصول إلى المرحاض على الوقت.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

2. أشعر بالقلق بشأن السعال أو العطس بسبب مشاكل البول أو سلس البول.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

3. يجب أن أكون حذراً عند الوقوف بعد أن كنت جالساً بسبب مشاكل البول أو سلس البول.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

4. أشعر بالقلق بشأن مكان وجود المراحيض في الأماكن الجديدة.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

5. أشعر بالاكئاب بسبب مشاكل البول أو سلس البول.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

(يرجى وضع دائرة حول رقم إجابتك)

6. بسبب مشاكل البولية أو سلس البول، أنا لا أشعر بحرية بترك منزلي لفترات طويلة من الزمن.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

7. أشعر بالإحباط لأن مشاكل البولية أو سلس البول يمنعني من فعل ما أريد.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

8. أشعر بالقلق بشأن اشتداد الآخرين رائحة بول عليّ.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

9. مشاكل البولية أو سلس البول هي دائماً في ذهني.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

10. من المهم بالنسبة إليّ القيام بزيارات متكررة إلى المرحاض.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

(يرجى وضع دائرة حول رقم إجابتك)

11. بسبب مشاكل البولوية أو سلس البول، فإنه من المهم أن أخطّط كل التفاصيل مقدماً.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

12. أشعر بالقلق بشأن ازدياد مشاكل البولوية أو سلس البول سوءاً عندما أكبر بالسن.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

13. يصعب عليّ الحصول على ليلة نوم جيّدة بسبب مشاكل البولوية أو سلس البول.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

14. أشعر بالقلق بشأن الشعور بالإحراج أو الإهانة بسبب مشاكل البولوية أو سلس البول.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

15. مشاكل البولوية أو سلس البول تجعلني أشعر بأنني شخص غير سليم.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاغاية |
| 2 | بشكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

(يرجى وضع دائرة حول رقم إجابتك)

16. تجعلني مشاكل البولية أو سلس البول أشعر بأنني عديم الحيلة.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاية |
| 2 | شكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

17. أحصل على متعة أقل من الحياة بسبب مشاكل البولية أو سلس البول.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاية |
| 2 | شكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

18. أشعر بالقلق بشأن التبول على نفسي.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاية |
| 2 | شكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

19. أشعر وكأنني لا أملك السيطرة على مثانتي.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاية |
| 2 | شكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

20. يجب علي أن أراقب ماذا أشرب أو كم أشرب، بسبب مشاكل البولية أو سلس البول.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاية |
| 2 | شكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

(يرجى وضع دائرة حول رقم إجابتك)

21. مشاكل البولية أو سلس البول تحدّ من خيارات ملابسك.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاية |
| 2 | شكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

22. أشعر بالقلق بشأن ممارسة الجنس بسبب مشاكل البولية أو سلس البول.

- | | |
|---|-------------|
| 1 | للاية |
| 2 | شكل كبير |
| 3 | باعتدال |
| 4 | قليلاً |
| 5 | على الإطلاق |

عن نفسك

أ-1 منذ متى لديك مشاكل بوليّة أو سلس بوليّ؟ (يرجى كتابة الرقم أدناه)

سنوات _____ أشهر _____

أ-2 ما هو عدد الزيارات الطبيّة التي قمت بها خلال السنّة الماضية لمعالجة مشاكلك البوليّة أو سلس البول؟
(يرجى كتابة الرقم على الخط المرفق)

زيارة/زيارات طبيّة خلال السنّة الماضية _____

أ-3 كيف تصف حدّة مشاكلك البوليّة أو سلس البول؟ (يرجى وضع دائرة حول رقم إجابتك)

1 خفيفة

2 متوسطة

3 شديدة

أ-4 هل يتم تسريب البول لديك عند السعال، العطس، الركض، المشي، القفز أو عند قيامك بنشاط آخر محدّد؟

0 لا

1 نعم

أ-5 هل تفقد السيطرة على مثانتك قبل تمكنك من الوصول إلى المرحاض؟

0 لا

1 نعم

أ-6 هل يتم تسريب البول لديك في بعض الأحيان دون أن تقوم بأي نشاط أو الحاجة للذهاب إلى المرحاض؟

0 لا

1 نعم

أ-7 خلال الشهر الماضي، كم عدد المرات التي تم فيها تسريب البول منك حتى لو كمية صغيرة عندما لم تكن ترغب بذلك؟ (يرجى كتابة الرقم على الخط المرفق)

_____ مرّة/مرّات خلال الشهر الماضي

أ-8 خلال الشهر الماضي، كم عدد المرات التي تم فيها تسريب البول منك حتى لو كمية صغيرة عندما لم تكن ترغب بذلك؟

0 ولا مرّة خلال الشهر الماضي

1 مرّة أو مرّتان خلال الشهر الماضي

2 أربع مرات (مرّة كل أسبوع تقريباً)

3 مرّتان أو ثلاث مرات بالأسبوع

4 مرّة واحدة باليوم تقريباً

5 مرّة أو مرّتان يومياً

6 ثلاث أو أربع مرات يومياً

7 خمس مرات أو أكثر يومياً