

KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ)

1. Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
Çok iyi
İyi
Fena değil
Kötü
Çok kötü
2. İdrar keseniz ve işemeniz ile ilgili problemlerin hayatınızı ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?
Hiç etkilemiyor
Çok az
Orta
Çok etkiliyor

Aşağıda idrar kesenizle ve işemeniz ile ilgili problemlerinin etkileyebileceği bazı günlük aktiviteler sıralanmıştır.

Sizin idrar kesesi ve işeme problemlerinizi ne kadar etkiliyor?

Lütfen her soruyu size en uygun cevabı işaretleyerek yanıtlayınız.

	1	2	3	4
	Hiç	Hafif	Orta	Çok
3. Aktivite Kısıtlamaları				
A.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler evdeki işlerinizi Engelliyor mu? (temizlik, yemek gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler ev dışı ya da iş yerinizdeki işlerinizi Engelliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fiziksel / Sosyal Kısıtlamalar				
A.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler fiziki aktivitelerinizi Engelliyor mu? (yürüyüş, koşu, Spor gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler yolculuğa çıkmanızı Engelliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler sosyal hayatınızı Sınırlıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler arkadaş ve dostluklarınızı Ziyaretlerinizi sınırlıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0	1	2	3	4
	Hiç	Hemen Hiç	Hafif	Orta	Çok
5. Özel hayata Ait Kısıtlamalar					
A.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler eşiniz ile ilişkinizi Etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler cinsel hayatınızı Etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler aile hayatınızı Etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4
	Hiç	Hafif	Orta	Çok
6. Duygular				
A.İdrar keseniz ve işemenizle İlgili problemler moralinizi Bozuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.İdrar keseniz ve işemenizle İlgili problemler sizi tedirgin Ve sinirli yapıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.İdrar keseniz ve işemenizle İlgili problemler kendinizle ilgili Üzüntü duymanıza sebep Oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4
	Asla	Bazen	Sıklıkla	Herzaman
7. Uyku / Enerji				
A.İdrar kesenizve işemenizle İlgili problemler uykunuzu Etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.İdrar keseniz ve işemenizle İlgili problemler kendinizi Bitkin ve yorgun hissetmenize Sebep oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Aşağıdakilerden herhangi birini yapıyor musunuz? Eğer yapıyorsanız ne sıklıkla?

	1	2	3	4
	Asla	Bazen	Sıklıkla	Herzaman
A.Kuru kalmak için bez Kullanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.Ne kadar su içtiğinize sıvı Aldığınıza dikkat edermisiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.Islandığı için çamaşırlarınızı Değiştirmek zorunda Kalır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.Korktuğunuzu düşünerek Rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>