

**TÜRKİYE'DE ALT ÜRİNER SİSTEM  
SEMPTOMLARI/BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ  
VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU PREVALANSI  
ÇALIŞMASI  
(AÜSS/BPH-CİB-Prev)  
VERİ TOPLAMA FORMU**

Barkodu Buraya Yapıştırınız!	Anketör No: <input type="text"/>
<b>UYGULAMA TARİHİ</b>	
Tarih: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
<b>GÖNÜLLÜ ADININ ve SOYADININ BAŞ HARFLERİ</b>	
Adı: <input type="text"/>	Soyadı: <input type="text"/>
<b>ADRES BİLGİLERİ</b>	
İl: <input type="text"/>	Semt/İlçe/Köy: <input type="text"/>
Mah: <input type="text"/>	Sokak: <input type="text"/>
Bina No: <input type="text"/> Blok: <input type="text"/>	Daire No: <input type="text"/>
<b>TELEFON BİLGİLERİ</b>	
Ev: <input type="text"/> / <input type="text"/>	Kendisine ait <input type="checkbox"/> diğer: <input type="text"/>
İş: <input type="text"/> / <input type="text"/>	Kendisine ait <input type="checkbox"/> diğer: <input type="text"/>
Cep: <input type="text"/> / <input type="text"/>	Kendisine ait <input type="checkbox"/> diğer: <input type="text"/>
Telefon vermek istemedi <input type="checkbox"/>	

<b>GÖNÜLLÜ SEÇİM ÖLÇÜTLERİ</b>		
<b>ÇALIŞMAYA ALMA ÖLÇÜTLERİ</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
1. Gönüllü 40 yaş ve üzerinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gönüllünün çalışma hakkında yazılı bilgilendirilmiş oluru alındı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gönüllünün bu çalışmaya alınabilmesi için yukarıdaki maddelerin tümü <b>E V E T</b> olmalıdır!		
<b>ÇALIŞMA DIŞI BIRAKMA ÖLÇÜTLERİ</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
1. Gönüllü prostat kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gönüllü mesane kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gönüllü böbrek kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gönüllü prostat cerrahisi veya minimal invazif tedavi geçirmiş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gönüllünün izole mesane boyun hastalığı veya üretral darlığı/tıkanıklığı var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gönüllünün gros hematürisi var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gönüllünün üriner fonksiyonu etkileyecek nörolojik bozukluğu var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gönüllü aktif böbrek veya karaciğer hastası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gönüllü luteinize hormon-serbest hormon analogları veya antiandrojen kullanıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Gönüllü çalışmaya daha önce dahil edilmiş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gönüllü çalışma formundaki soruları anlamaya ya da açık ve net cevaplar vermeye engel olacak düzeyde Türkçeyi anlamıyor ve konuşmıyor veya kognitif bozukluğu var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gönüllünün bu çalışmaya alınabilmesi için yukarıdaki maddelerin tümü <b>H A Y I R</b> olmalıdır!		

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Bu çalışma Türkiye'de 40 yaş ve üzerindeki erkeklerde Alt Üriner Sistem Semptomları (alt üreme sistemi hastalıklarının belirtileri) / Benign Prostat Hiperplazisi (selim prostat büyümesi) ve cinsel işlev bozukluğu sıklığının belirlenmesini hedefleyen bir anket çalışmasıdır. Bu çalışmaya Türkiye'deki 17 ilden toplam 2.725 gönüllünün dahil edilmesi hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size uygulanacak bir anketin sorularına yanıt vermeniz istenecektir. Size yapılacak ankette yaşınız, cinsiyetiniz, boy ve kilo beyanınız, bel çevresi ölçümünüz, yaşam koşullarınız, tıbbi öykünüz, mevcut hastalıklarınız ve cinsel hayatınız ile ilgili bilgileriniz sorgulanacaktır.

Çalışmadan elde edilecek sonuçlar, ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılarda sunularak ve bilimsel dergilerde yayınlanarak ilgili tıp çevrelerine duyurulacaktır.

Bu çalışma sırasında sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan **HİÇBİR ÜCRET TALEP EDİLMEMEYECİTİR.**

Bu çalışma bir anket çalışmasıdır ve herhangi bir laboratuvar işlemi içermeyecektir. Bu anket çalışmasına katıldığınız takdirde kaydedeceğimiz size ait veriler gizlilik kurallarına uygun olarak saklanacak ve sonuçlar yayınlandığında kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu anket çalışmasına katılarak tıbbi bilgilerinizin bu şartlar altında kullanılmasına izin vermektediresiniz.

**GÖNÜLLÜ OLURU**

Bu sayfayı imzalamakla gönüllü olarak bu çalışmaya katılmayı kabul etmiş olacağım konusunda bilgilendirildim. Yukarıdaki açıklamaları okudum. Bunlar hakkında bana ayrıca sözlü açıklamalar da yapıldı. Bu koşullarla söz konusu programa kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Gönüllü Adı-Soyadı'nın baş harfleri:**

**Tarih** :

**İmza** :

**Sağlık Çalışanı Adı-Soyadı:**

**Tarih** :

**İmza** :

Bu formun imzalı bir kopyası gönüllüye verilecektir.

**SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1. Doğum tarihiniz: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
2. Boy (beyan ile): <input type="text"/> cm    3. Kilo (beyan ile): <input type="text"/> kg    4. Bel çevresi (ölçüm ile): <input type="text"/> cm	
5. Öğrenim durumunuz nedir?	<input type="checkbox"/> Okur-Yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-Yazar <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek öğretim
6. Mesleğiniz nedir?	<input type="checkbox"/> Çalışmıyorum <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Kamu personeli <input type="checkbox"/> Esnaf <input type="checkbox"/> Diğer <input type="text"/>
7. Ailenizin aylık gelir düzeyi nedir?	<input type="checkbox"/> Gelirimiz yok <input type="checkbox"/> 1.000 TL ve 2.000 TL arasında <input type="checkbox"/> 500 TL ve altında <input type="checkbox"/> 2.000 TL ve 3.000 TL arasında <input type="checkbox"/> 500 TL ve 1.000 TL arası <input type="checkbox"/> 3.000 TL ve üzerinde
8. Yaşadığınız ev kendinizin mi?	<input type="checkbox"/> Aile bireylerinden birine ait <input type="checkbox"/> Lojman <input type="checkbox"/> Kira <input type="checkbox"/> Diğer <input type="text"/>

**TIBBİ ÖYKÜ ve MEVCUT HASTALIKLAR**

1. Son bir ay içinde idrarda yanma, böbrek taşı veya prostat şikâyetleriniz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
2. Pelvik cerrahi veya travma geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
3. Omurilik cerrahi veya yaralanması geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
4. Son bir yıl içinde kazanılmış alkol veya ilaç bağımlılığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

**TIBBİ ÖYKÜ ve MEVCUT HASTALIKLAR**

Bir doktor tarafından sizde aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri olduğu söylendi mi? (Evet denilenler için eğer tedavi görmekte iseniz belirtiniz). **Hayır cevabını da lütfen kaydediniz. Cevap kutucuklarının boş kalmamasına dikkat ediniz!**

Hastalık adı	Hayır	Evet	Evet ise tedavi uygulanıyor mu?	
			Evet	Hayır
Şeker hastalığı (Diyabet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damar sertliği (Ateroskleroz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostat enfeksiyonu (Kronik prostatit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostat büyümesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böbrek yetmezliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yüksek tansiyon (Hipertansiyon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan yağları ve kolesterol yüksekliği (Hiperlipidemi ve hiperkolesterolemi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalp ve damar hastalıkları (Koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefes darlığı (Astım)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nörolojik hastalık (Sara, MS, sinir hastalığı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonal problem(ler)	Hipertiroidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipotiroidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hiperprolaktinemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kortizon fazlalığı (Cushing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uyumsuz ADH (Su kaybı sendromu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Testosteron düşüklüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer ise belirtiniz: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ULUSLARARASI PROSTAT SEMPTOM SKORU

	Hiç	Seyrek	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan çok	Her zaman
1. İdrar yaptıktan sonra idrar torbanızı tam boşalmadığı hissine kapıldınız mı?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. İdrar yaptıktan sonraki iki saat içinde tekrar idrar hissi duydunuz mu?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. İdrar yaparken kesilip tekrar başlama oldu mu?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. İdrarınızı tutmakta zorlandığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. İdrar akımında zayıflama hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. İdrara başlarken ıkınma ya da zorlanma oldu mu?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Gece kaç defa idrar hissi ile uyanıp tuvalete gitmeniz gerekiyor?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 kez	<input type="checkbox"/> 2 kez	<input type="checkbox"/> 3 kez	<input type="checkbox"/> 4 kez	<input type="checkbox"/> 5'den fazla

İdrar sorunu yaşadığınızı düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet, ise aşağıdaki soruyu cevaplayınız.					<input type="checkbox"/> Hayır	
Yaşam kalitesi	Çok mutlu olurum	Memnun olurum	Genelde memnun olurum	Karışık duygularım var	Genelde rahatsız hissederim	Mutsuz olurum	Çok kötü hissederim
Mevcut idrar sorunları ile yaşamaya devam etseydiniz ne hissederdiniz?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

## CİNSEL İŞLEVİNİZ

Son bir ay içinde ortalama kaç kez cinsel ilişkide bulundunuz veya mastürbasyon yaptınız?  kez

**EREKSİYON İŞLEVİ ULUSLARARASI SORU FORMU (IIEF)'NUN  
EREKTİL FONKSİYON ALAN SORGULAMASI**

Aşağıdaki sorular, ereksiyon (sertleşme) sorununuzun cinsel hayatınıza son 4 hafta içindeki etkilerini sorgulamaktadır. Sorulara, durumunuzu en net açıklayan şekilde cevap vermeniz, size yardım şansımızı artıracaktır. Her soruyu şıklardan birinin yanındaki kutuyu işaretleyerek cevaplayın. Hangi cevabı seçeceğinizi konusunda kararsız kalırsanız, size en uygun gelen cevabı işaretleyin. Bu ankete verilen cevaplar yalnızca doktorunuz tarafından değerlendirilecektir.

Bu sorularda yer alan bazı terimler aşağıdaki anlamlarda kullanılmıştır:

Cinsel ilişki: Eşin haznesine giriş (duhul)

Cinsel faaliyet: Cinsel ilişki, sevişme ve kendi kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler

Boşalma: Meninin boşalması ya da boşalma hissi

Cinsel uyarılma: Sevişme, açık saçık resimlere ve filmlere bakma ve benzeri durumlar

1. Son 4 hafta içindeki cinsel faaliyetleriniz sırasında peniste sertleşme ne sıklıkta oldu? *Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cinsel faaliyet olmadı                      | # |
| <input type="checkbox"/> Hemen hemen hepsinde (her zaman)            | 5 |
| <input type="checkbox"/> Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) | 4 |
| <input type="checkbox"/> Bazen (yaklaşık yarısında)                  | 3 |
| <input type="checkbox"/> Nadiren (yarısından çok daha azında)        | 2 |
| <input type="checkbox"/> Hiç ya da hemen hemen hiç                   | 1 |

2. Son 4 hafta içindeki cinsel uyarılmayla oluşan sertleşmelerin ne kadarlık bir kısmı cinsel ilişkiyi sağlayacak düzeydeydi? *Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cinsel uyarılma olmadı                      | # |
| <input type="checkbox"/> Hemen hemen hepsinde (her zaman)            | 5 |
| <input type="checkbox"/> Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) | 4 |
| <input type="checkbox"/> Bazen (yaklaşık yarısında)                  | 3 |
| <input type="checkbox"/> Nadiren (yarısından çok daha azında)        | 2 |
| <input type="checkbox"/> Hiç ya da hemen hemen hiç                   | 1 |

3, 4 ve 5. sorular cinsel ilişki esnasındaki sertleşmeyle ilgilidir.

3. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki girişimlerinde hazneye giriş (duhul) ne sıklıkla mümkün oldu? *Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım        | # |
| <input type="checkbox"/> Hemen hemen hepsinde (her zaman)            | 5 |
| <input type="checkbox"/> Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) | 4 |
| <input type="checkbox"/> Bazen (yaklaşık yarısında)                  | 3 |
| <input type="checkbox"/> Nadiren (yarısından çok daha azında)        | 2 |
| <input type="checkbox"/> Hiç ya da hemen hemen hiç                   | 1 |

**EREKSİYON İŞLEVİ ULUSLARARASI SORU FORMU (IIEF)'NUN  
EREKTİL FONKSİYON ALAN SORGULAMASI**

4. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkiler sırasındaki sertliği ne sıklıkla devam ettirebildiniz? *Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.*
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım        | # |
| <input type="checkbox"/> Hemen hemen hepsinde (her zaman)            | 5 |
| <input type="checkbox"/> Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) | 4 |
| <input type="checkbox"/> Bazen (yaklaşık yarısında)                  | 3 |
| <input type="checkbox"/> Nadiren (yarısından çok daha azında)        | 2 |
| <input type="checkbox"/> Hiç ya da hemen hemen hiç                   | 1 |
5. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkileri tamamlamak için sertleşmeyi sürdürmekte ne kadar zorlandınız? *Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.*
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım | # |
| <input type="checkbox"/> Aşırı zorlandım                      | 1 |
| <input type="checkbox"/> Çok zorlandım                        | 2 |
| <input type="checkbox"/> Zorlandım                            | 3 |
| <input type="checkbox"/> Biraz zorlandım                      | 4 |
| <input type="checkbox"/> Hiç zorlanmadım                      | 5 |
6. Son 4 hafta içinde sertleşmeyi sağlama ve devam ettirme konusunda kendinize güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz? *Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.*
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tam           | 5 |
| <input type="checkbox"/> Tama yakın    | 4 |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | 3 |
| <input type="checkbox"/> Az            | 2 |
| <input type="checkbox"/> Çok az        | 1 |

**ERKEK SEKSÜEL SAĞLIK ANKETİ (MSHQ-4)**

1. Geçen ay içinde cinsel aktiviteleriniz sırasında ne sıklıkla ejakülasyon yapabildiniz veya boşalabildiniz?
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Her zaman           | 5 |
| <input type="checkbox"/> Çoğu zaman          | 4 |
| <input type="checkbox"/> Bazen               | 3 |
| <input type="checkbox"/> Çok az bir kısmında | 2 |
| <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman        | 1 |
2. Geçen ay içinde ejakülasyonunuzun şiddeti veya gücünü nasıl değerlendirirsiniz?
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Her zaman olduğu gibi kuvvetliydi               | 5 |
| <input type="checkbox"/> Her zamankinden önemsiz miktarda az kuvvetliydi | 4 |
| <input type="checkbox"/> Her zamankinden biraz az kuvvetliydi            | 3 |
| <input type="checkbox"/> Her zamankinden çok az kuvvetliydi              | 2 |
| <input type="checkbox"/> Her zamankinden çok çok az kuvvetliydi          | 1 |
| <input type="checkbox"/> Ejakülasyon olmadı                              | 0 |
3. Geçen ay içinde boşaldığınızda meninin hacmini veya miktarını nasıl değerlendirirsiniz?
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Her zaman olduğu gibi               | 5 |
| <input type="checkbox"/> Her zamankinden önemsiz miktarda az | 4 |
| <input type="checkbox"/> Her zamankinden biraz az            | 3 |
| <input type="checkbox"/> Her zamankinden çok az              | 2 |
| <input type="checkbox"/> Her zamankinden çok çok az          | 1 |
| <input type="checkbox"/> Ejakülasyon olmadı                  | 0 |
4. Geçen ay içinde eğer ejakülasyon zorlukları çektiyse veya ejakülasyon yapamadıysanız bu size sıkıntı verdi mi?
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ejakülasyon zorluğum olmadı  | 0 |
| <input type="checkbox"/> Hayır, sıkıntı vermedi       | 1 |
| <input type="checkbox"/> Biraz sıkıntı verdi          | 2 |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede sıkıntı verdi  | 3 |
| <input type="checkbox"/> Çok sıkıntı verdi            | 4 |
| <input type="checkbox"/> Aşırı derecede sıkıntı verdi | 5 |