

Daha önce bu anketin İngilizce formatlı olanına katıldıysanız lütfen bu anketi doldurmayınız.

Anket toplamda 10 sorudan oluşmaktadır.

Anketin tahmini tamamlanma süresi yaklaşık 5 dakika olarak öngörülmüştür.

* 1. Bir yılda yaklaşık olarak kaç radikal prostatektomi ameliyatı yapıyorsunuz? (Birden fazla seçebilirsiniz)

Açık	
Laparoskopik	
Robotik	

* 2. Radikal prostatektomi öncesi hasta ve/veya hasta yakınlarının beklentileri sizde ne sıklıkta strese neden olmaktadır?

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Her zaman | ☐ Nadiren |
| ☐ Genellikle | ☐ Hiçbir zaman |
| ☐ Bazen | |

* 3. İşvereninizin radikal prostatektomi konusundaki beklentileri sizde ne sıklıkta strese neden olmaktadır?

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Her zaman | ☐ Nadiren |
| ☐ Genellikle | ☐ Hiçbir zaman |
| ☐ Bazen | |

* 4. Radikal prostatektomi esnasında aşağıdakilerden hangileri sizde strese neden olmaktadır? (Birden fazla seçebilirsiniz)

- | | |
|---|--|
| ☐ Hiçbiri | ☐ Operasyon esnasında cerrahi ekibin sıkça değişmesi |
| ☐ Hastanın morbid obez olması | ☐ Operasyon esnasında yada sonrasındaki komplikasyonlar |
| ☐ Hastalığın derecesi yada evresi | ☐ Postoperatif bakım ünitesi (derlenme) yetersizliği |
| ☐ Önceden geçirilmiş batin cerrahisi | ☐ Operasyon sonrası takip |
| ☐ Diğer (lütfen belirtiniz) | |

* 5. Tercih ettiğiniz radikal prostatektomi teknik(ler)i sizi fiziksel olarak ne derece yormaktadır? (Birden fazla seçebilirsiniz)

Skor (0 - 10)

Açık	
Laparoskopik	
Robotik	

6. Aşağıdaki şikayetlerden hangileri tercih ettiğiniz radikal prostatektomi teknik(ler) i sırasında sizde olmaktadır? (Lütfen şikayetlerinizin şiddetini "1-10"arasında belirtiniz. **Eğer herhangi bir şikayetiniz yoksa bu soruyu boş bırakınız.** Birden fazla seçebilirsiniz)

	Açık	Lap	Robotik
Baş ağrısı			
Göz yorgunluğu			
Boyun ağrısı			
Bel ağrısı			
Omuz sertliği			
Göğüs ağrısı			
Kol ağrısı			
Ön kol ağrısı			
Dirsek sertliği			
El ağrısı			
El bileği sertliği			
Parmak uyuşması			
Bacak ağrısı			

Diğer (Lütfen tercih ettiğiniz teknik(ler), şikayetleriniz ve şikayet şiddetini 1-10 arasında belirtiniz)

7. Şikayetleriniz için profesyonel bir destek aldınız mı? (**Eğer herhangi bir şikayetiniz yoksa bu soruyu boş bırakınız.** Birden fazla seçebilirsiniz)

- ☐ Hayır
- ☐ Yaşam tarzı modifikasyonları
- ☐ Fizik tedavi modaliteleri (Masaj, TENS, kuru iğneleme, sıcak-soğuk kompres, germe ...vb)
- ☐ Medikal tedavi(ler)
- ☐ Cerrahi
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

8. Şikayetleriniz radikal prostatektomi teknik seçiminize etki ediyor mu? (**Eğer herhangi bir şikayetiniz yoksa bu soruyu boş bırakınız**)

- | | |
|----------------------------------|---|
| ☐ Her zaman | ☐ Nadiren |
| ☐ Genellikle | ☐ Asla |
| ☐ Bazen | ☐ Sadece bir teknikle radikal prostatektomi yapabiliyorum |

9. Lütfen düzenli olarak yaptığınız egzersizlerin ve/veya sporların sıklığını belirtiniz. (Eğer düzenli olarak egzersiz yada spor yapmıyorsanız bu soruyu boş bırakınız. Birden fazla seçebilirsiniz)

	kez /hafta
Yürüme	
Koşma	
Bisiklet sürme	
Yüzme	
Futbol	
Basketbol	
Voleybol	
Tenis	
Golf	
Ağırlık kaldırma	
Boks	
Meditasyon	
Yoga	
Pilates	

Diğer (Lütfen düzenli olarak , bir hafta içinde yaptığınız egzersizleri ve/veya sporları sıklığı ile birlikte belirtiniz)

* 10. Lütfen yaşınızı, cinsiyetinizi, ağırlığınızı, boyunuzu ve yaşadığınız ülkeyi belirtiniz.

Yaş (yıl) :	
Cinsiyet :	
Ağırlık (kg) :	
Boy (cm) :	
Ülke :	