



# Commonly Used Urologic Questionnaires

---

WOONG BIN KIM, MD

ASSISTANT PROFESSOR

DEPARTMENT OF UROLOGY

SOONCHUNHYANG UNIVERSITY BUCHEON HOSPITAL

*“Questionnaire” is research instrument consisting of a series of questions for the purpose of gathering information from respondents.*

- FROM WIKIPEDIA, THE FREE ENCYCLOPEDIA

# What does questionnaire assess?

---

Nature of disease



**Diagnosis “ Screening”**

Frequency of symptoms  
Extent of symptoms



**Symptom severity**

Impact of the condition



**Quality of Life (QoL)**

# Selection of Questionnaire

---

**Focus on the objective of the study or clinical purpose!**

“What do I need to know and of whom?”

- Symptom?
- QoL?
- Satisfaction?
- Male?
- Female?
- Screening?
- Track treatment outcome?



Fairclough DL et al. Stat Methods Med Res. 2004

# Medical questionnaires

---

- **Reliability (신뢰도)**

ability of a measure to produce similar results when assessments are repeated

시간간격을 두고 동일한 질문항목에 대하여 반응의 차이가 있는가를 평가

- **Validity (타당도)**

ability of an instrument to measure what it was intended to measure.

검사도구가 측정하고자 하는 것을 얼마나 충실히 측정하였는가

- **Responsibility (반응도)**

ability to measure change in a patient's condition

증상변화는 미미하나 중요한 변화가 있었을 때 이를 민감하게 반영해 줄 수 있는지를 평가

# Selection of Questionnaire on urologic field

---

- Presently, **no single questionnaire can efficiently** evaluate all the aspects of urologic symptoms
- Quality of the data collected is determined by the **quality of the questionnaire** used.
- The matching of appropriate questionnaire selection with one's desired outcomes is critical to success when assessing "Patient-Reported Outcomes (PRO)"

# Commonly used Questionnaires in Urologic Field

Disease or Condition	Questionnaire
BPH	International Prostate Symptom Score (IPSS)
Urinary incontinence	King's Health Questionnaire (KHQ) Incontinence Quality of Life (I-QoL) International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) Incontinence Impact Questionnaire (IIQ, IIQ-7) Urinary Incontinence Severity Score (UISS) Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom (BFLUTS) Urogenital Distress Inventory (UDI, UDI-6) Incontinence Severity Index ICSmale
Erectile dysfunction	International Index of Erectile Function (IIEF)
Prostatitis	NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI)
OAB/LUTS	Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) Overactive Bladder Symptom Score (OABss)
Androgen deficiency	Androgen Deficiency in Aging Male Questionnaire (ADAM)



# IPSS

## International Prostate Symptom Score

- LUTS suggestive of BPH 평가
- Total Score: 35점 + QoL 점수
- 기저 증상의 중증도 판정 :
- <7: mild / 8-19: moderate / >20: severe
- Sub score:
- Storage score: 2+4+7
- Voiding score: 1+3+5+6
- 증상의 진행 판정, 치료 후 개선 정도 평가

전립선비대증 증상 점수표 (세계보건기구) (International Prostate Symptom Score)							
평소(지난 한달 간) 소변을 볼 때의 경우를 생각해서 대략 5분쯤 소변을 본다고 하면 몇 번이나 다음의 불편한 증상이 나타나는가를 생각해서 해당 칸에 √표시를 하여 주십시오.							
	전혀 없음	5번 중 한 번	5번 중 1-2번	5번 중 2-3번	5번 중 3-4번	거의 항상	
1. 평소 소변을 볼 때 다 보았는데도 소변이 남아 있는 것 같이 느끼는 경우가 있습니까?	0	1	2	3	4	5	
2. 평소 소변을 보고 난 후 2시간 이내에 다시 소변을 보는 경우가 있습니까?	0	1	2	3	4	5	
3. 평소 소변을 볼 때 소변 줄기가 끊어져서 다시 힘주어 소변을 보는 경우가 있습니까?	0	1	2	3	4	5	
4. 평소 소변을 참기가 어려운 경우가 있습니까?	0	1	2	3	4	5	
5. 평소 소변줄기가 약하거나 가늘다고 생각되는 경우가 있습니까?	0	1	2	3	4	5	
6. 평소 소변을 볼 때 소변이 금방 나오지 않아서 아랫배에 힘을 주어야 하는 경우가 있습니까?	0	1	2	3	4	5	
	없다	1번	2번	3번	4번	5번	
7. 평소 잠을 자다 일어나서 소변을 보는 경우가 하룻밤에 몇 번이나 있습니까?	0	1	2	3	4	5	
생활 만족도							
8. 지금 소변을 보는 상태로 평생 보낸다면 당신은 어떻게 느끼겠습니까?	아무 문제없다	괜찮다	대체로 만족이다	만족 불만족 반반이다	대체로 불만이다	괴롭다	견딜 수 없다
	0	1	2	3	4	5	6
총 증상 점수:				생활 불편 점수:			
1-7번 점수를 합해 0-7점이면 증세가 가볍다는 뜻이고, 8-19점은 중등도, 20점 이상은 심한 전립선 증상이 있다는 것을 의미한다.							

Residual sense

Frequency

Intermittency

Urgency

Weak stream

Hesitancy

Nocturia

QoL question



# Questionnaires for UI/LUTS/OAB

---

- **요실금 증상을 평가**

- Urogenital Distress Inventory (UDI)
- Incontinence Severity Index (ICSI)
- Symptom Severity Index

- **요실금의 영향을 평가**

- King' health Questionnaire
- Incontinence Impact Questionnaire
- Symptom Impact Index
- Incontinence Quality of Life (I-QoL)

# KHQ (King's Health Questionnaire)

**건강 질문지 (한국어판 2004)**  
**KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE**  
**1993**

이름: \_\_\_\_\_

나이: \_\_\_\_\_ 세

오늘 날짜: 200\_\_년 \_\_월 \_\_일

현재 귀하의 건강 상태를 어떻게 표현하시겠습니까?

답을 한가지만 골라  표 해 주십시오.

- 매우 좋다
- 좋다
- 보통이다
- 안 좋다
- 매우 안 좋다

소변 문제가 귀하의 인생에 얼마나 영향을 미친다고 생각하십니까?

답을 한가지만 골라  해 주십시오.

- 영향을 전혀 미치지 않는다
- 영향을 조금 미친다
- 영향을 어느 정도 미친다
- 영향을 매우 많이 미친다

페이지를 넘기세요.

다음은 소변 문제에 의해 영향 받을 수 있는 일상적인 활동들이 나열되어 있습니다. 소변 문제가 귀하에게 어느 정도 지장을 줍니까? 다음 모든 질문에 답해 주십시오. 본인에게 해당되는 답에  표 해 주십시오.

**역할의 제한**

소변 문제가 귀하가 집안 일을 하는 데 어느 정도의 지장을 줍니까? (예: 청소, 쇼핑 등)

소변 문제가 직장생활이나 집 밖의 일상 활동에 지장을 줍니까?

**신체적 사회적 제한**

소변 문제가 귀하의 신체 활동에 지장을 줍니까? (예: 산책, 달리기, 운동, 에어로빅 등)

소변 문제가 귀하가 여행하는 것에 지장을 줍니까?

소변 문제가 사회생활을 제한하십니까?

소변 문제가 친구들을 만나고 방문하는 것을 제한하십니까?

**대인관계**

소변 문제가 귀하의 배우자와의 관계에 지장을 줍니까?

소변 문제가 귀하의 성생활에 지장을 줍니까?

소변 문제가 귀하의 가족생활에 지장을 줍니까?

	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	보통	매우 그렇다
소변 문제가 귀하가 집안 일을 하는 데 어느 정도의 지장을 줍니까? (예: 청소, 쇼핑 등)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제가 직장생활이나 집 밖의 일상 활동에 지장을 줍니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제가 귀하의 신체 활동에 지장을 줍니까? (예: 산책, 달리기, 운동, 에어로빅 등)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제가 귀하가 여행하는 것에 지장을 줍니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제가 사회생활을 제한하십니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제가 친구들을 만나고 방문하는 것을 제한하십니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제가 귀하의 배우자와의 관계에 지장을 줍니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제가 귀하의 성생활에 지장을 줍니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제가 귀하의 가족생활에 지장을 줍니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

페이지를 넘기세요

**감정**

소변 문제 때문에 우울하십니까?

소변 문제 때문에 걱정되거나 불안하십니까?

소변 문제 때문에 자신을 부정적으로 생각하게 됩니까?

**수면/활동**

소변 문제 때문에 귀하의 수면이 지장을 받습니까?

소변 문제 때문에 평소와 달리 피로함을 느끼십니까?

**아래 명시된 것 중에 귀하에게 해당되는 사항이 있습니까?** 만약 있다면 어느 정도입니까?

속옷이 젖지 않게 하기 위해 패드(위생대)를 착용하십니까?

소변 문제 때문에 귀하는 수분 섭취하는 것을 조심하십니까?

속옷이 젖었을 때 갈아입습니까?

냄새가 날까 봐 걱정하십니까?

소변 문제 때문에 창피하십니까?

	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	보통	매우 그렇다
소변 문제 때문에 우울하십니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제 때문에 걱정되거나 불안하십니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제 때문에 자신을 부정적으로 생각하게 됩니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제 때문에 귀하의 수면이 지장을 받습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제 때문에 평소와 달리 피로함을 느끼십니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
속옷이 젖지 않게 하기 위해 패드(위생대)를 착용하십니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제 때문에 귀하는 수분 섭취하는 것을 조심하십니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
속옷이 젖었을 때 갈아입습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
냄새가 날까 봐 걱정하십니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
소변 문제 때문에 창피하십니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

직원용

감사합니다. 모든 질문사항에 빠짐없이 응해 주셨는지 확인해 주십시오.

우리는 귀하의 소변 문제가 어떤 것인지, 그리고 그것이 얼마나 귀하에게 지장을 주는지 알고 싶습니다. 아래 나열된 현재 자신에게 해당되는 것만을 선택해 주십시오. 해당되지 않는 문제는 답하지 마십시오.

그것들이 귀하에게 얼마나 지장을 줍니까?

해당사항을 골라 <input type="radio"/> 에 표시해 주십시오.	약간	어느 정도	상당히		
빈뇨: 소변을 보러 화장실에 자주 감	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
야간빈뇨: 소변을 보러 밤에 일어남	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
절박뇨: 소변이 몹시 마렵다고 느끼면서 소변을 참는 것이 어려움	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
절박성 요실금: 소변이 몹시 마렵다고 느끼면서 참지 못하고 소변을 지리게 됨	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
복합성 요실금: 뱀거나 기침, 재치기 등과 같은 신체적인 활동 시 소변을 지리게 됨	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
야뇨증: 밤에 잠자리를 적시게 됨	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
성교 요실금: 성관계 할 때 소변을 지리게 됨	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
젖은 방광염	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
방광통증	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
소변 보기가 곤란	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
기타 (구체적으로 설명)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
	페이지를 넘기세요				
직원용	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>

# I-QoL

## Incontinence Quality of Life

**통증:** 총 증상 점수 (1a-d, 2a-b, 3, 4문의 합계)

**배뇨증상:** 총 증상 점수 (5, 6문의 합계)

**삶의 질에 대한 영향:** 총 증상 점수 (7,8,9 문의 합계)

통증 점수, 배뇨증상 점수, 삶의 질 점수를 각각 따로 계산

**Symptom scale score (통증 + 배뇨증상)**

- mild = 0~9 moderate = 10~18 severe = 19~31

**Total Score**

- mild = 0 – 14 moderate = 15-29 severe = 30-43

오늘 날짜를 써 주십시오: \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일 일련번호 \_\_\_\_\_

신중히 읽어 주십시오

다음 장에서는 요실금 (오줌이 자기 의지대로 조절되지 않아 본인이 원하지 않아도 소변을 지르게 되는 상태)를 겪는 사람들의 진술들을 보시게 됩니다.

바로 현재 귀하의 상태를 가장 잘 표현한 답을 골라 해당번호에 동그라미 쳐 주십시오.

질문에 대한 답이 확실하지 않다면 자신의 상태와 가장 비슷한 답을 고르십시오.

정해진 정답이나 오답을 없습니다.

귀하의 답변내용에 대해서는 철저히 비밀이 지켜집니다.

질문 사항이 있으시면 다음 연락처로 연락해 주십시오.

귀하의 느낌

(귀하의 답 번호에 동그라미를 쳐 주십시오.)

1. 소변이 마려운 제때에 화장실에 바로 가지 못하면 소변을 지리기 때문에 걱정한다.
2. 요실금이나 소변문제 때문에 기침하거나 재채기할 때 걱정한다.
3. 요실금이나 소변문제 때문에 앉아 있다가 일어날 때 조심해야 한다.
4. 낯선 곳에서는 화장실이 어디 있는지 걱정한다.
5. 요실금이나 소변문제 때문에 우울함을 느낀다.
6. 요실금이나 소변문제 때문에 오랫동안 짐을 떠나 있는 것이 편치 않다.
7. 요실금이나 소변문제로 인해 내가 하고 싶은 것을 못하기 때문에 좌절감을 느낀다.
8. 다른 사람들이 나에게서 소변 냄새를 맡을까 봐 걱정된다.
9. 요실금이나 소변문제를 항상 염두에 두고 있다.
10. 화장실에 자주 가는 것이 나에게서 중요한 일이다.
11. 요실금이나 소변문제 때문에 모든 일들을 세밀하게 사전에 계획하는 것이 중요하다.
12. 요실금이나 소변문제가 나이 들수록 더 악화될까 걱정한다.
13. 요실금이나 소변문제 때문에 밤에 잠을 푹 자기가 힘들다.
14. 요실금이나 소변문제 때문에 창피를 당하거나 우스꽝스럽게 보일까 봐 걱정한다.
15. 요실금이나 소변문제 때문에 내 건강이 좋지 않다고 느껴진다.
16. 요실금이나 소변문제는 나를 무력하게 느끼게 한다.
17. 요실금이나 소변문제로 인해 인생이 덜 즐겁다.
18. 오줌을 지릴까봐 걱정한다.
19. 내 맘대로 방광을 조절할 수 없다고 느낀다.
20. 요실금이나 소변문제 때문에 나는 내가 무엇을 마시는지 또 얼마나 마시는지 주의해야 한다
21. 요실금이나 소변문제로 인하여 임는 옷을 선택하는데 제한을 받는다.
22. 요실금이나 소변문제로 인하여 성관계를 갖는 것을 걱정한다.

응답항목 : 1 매우 그렇다 / 2 꽤 그렇다 / 3 대체로 그렇다 / 4 드물게 그렇다 / 5 전혀 그렇지 않다

귀하에 관한 질문

- A1. 요실금이나 소변문제가 처음 생긴지 얼마나 되셨습니까? (아래에 숫자로 써 주십시오)  
\_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_개월
- A2. 요실금이나 소변문제 치료를 위하여 지난 1년간 대략 몇 번이나 병원을 찾았습니까?  
(아래 빈칸에 숫자로 써 주십시오)  
지난 1년간 병원을 찾은 횟수 \_\_\_\_\_
- A3. 귀하의 요실금이나 소변문제는 어느 정도 심각하다고 생각하십니까? (귀하의 답 번호에 동그라미를 쳐주십시오)  
1 약간 심각한 정도 / 2 상당히 심각한 정도 / 3 극히 심각한 정도
- A4. 기침, 재치기, 달리기, 걷기, 뛰기 또는 다른 특정한 신체 활동을 할 때 소변을 지리십니까? 0 아니오 / 1 예
- A5. 화장실에 도착하기 전에 소변을 참지 못하여 소변을 지리십니까?  
0 아니오 / 1 예
- A6. 오줌을 지릴만한 동작을 하지 않았어도 또는 오줌이 마렵지 않은 상황에서도 소변을 지리십니까?  
0 아니오 / 1 예
- A7. 지난 1달간 아주 약간이라도 원치 않는데 소변을 지리신 적은 몇 번이나 있었습니까?  
(아래 빈칸에 숫자로 써 주십시오)  
지난 1달간의 횟수 \_\_\_\_\_
- A8. 지난 1달간 아주 약간이라도 원치 않는데 소변을 지리신 적은 몇 번이나 있었습니까?  
0 지난 1달간 한 번도 없었다  
1 지난 1달간 1-2번  
2 지난 1달간 4번 정도 (1주에 1번 정도)  
3 1주에 2-3번  
4 하루에 1번 정도  
5 하루에 1-2번  
6 하루에 3-4번  
7 하루에 5번 혹은 5번 이상



# BFLUTS

## Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom

4개 영역:  
 배뇨증상  
 성기능  
 생활의 불편 정도  
 삶의 질

- 1. 활동하시는 시간에 평균적으로 소변을 몇 번 보십니까?
- 2. 밤에 소변을 보기 위해서 평균 몇 번이나 일어나십니까?
- 3. 소변을 보기 위해서 화장실로 급하게 달려가야 합니까?
- 4. 화장실 번기에 앉기도 전에 소변을 참지 못하고 지립니까?
- 5. 방광에 통증이 있습니까?
- 6. 소변을 얼마나 자주 지립니까?
- 7. 육체적 활동을 한다거나 몸을 움직인다거나 기침, 재채기를 할 때 소변을 지립니까?
- 8. 소변을 보고 싶지도 않고 아무런 이유도 없는데 소변을 지린 적이 있습니까?
- 9. 평소 지리는 소변의 양이 어느 정도 됩니까?
- 10. A. 소변을 지리기 때문에 속옷을 갈아 입거나 보호대를 착용해야 합니까?
- B. 소변을 지리기 때문에 위의 품목을 하루에 몇 번이나 갈아 입어야 합니까?
- 11. 소변을 지리기 때문에 낮에 걸옷을 갈아 입어야 합니까?
- 12. 소변을 볼 때 기다려야 나오니까?
- 13. 소변을 보기 위해 힘을 주어야 합니까?
- 14. 소변을 보는 동안 한 번 이상 소변이 끊겼다가 나오니까?
- 15. 잠자는 동안 소변을 지린 적이 있습니까?
- 16. 현재 귀하의 소변 줄기 세기는 어느 정도라고 생각하십니까?
- 17. 소변이 완전히 막혀 전혀 보지 못해 소변 배출용 호스를 쓴 적이 있습니까?
- 18. 소변을 볼 때 화끈거리는 느낌이 있습니까?
- 19. 소변을 본 후에도 소변이 아직 방광에 남아 있는 느낌을 얼마나 자주 가지십니까?
- 20. 소변을 보는 도중이라도 마음만 먹으면 소변 줄기를 멈출 수 있습니까?
- 21. 질이 건조하여 통증이나 불편감이 있습니까?
- 22. 귀하의 소변증상이 성생활에 어느 정도까지 지장을 준다고 느끼십니까?
- 23. 성 관계 도중 통증이 있습니까?
- 24. 성 관계 도중 소변을 지립니까?
- 25. 하루 동안 얼마나 자주 소변을 보십니까?
- 26. 소변 증상을 개선시키기 위해서, 그리고 귀하가 원하는 것을 하기 위해서 마시는 수분의 양을 줄입니까?
- 27. 귀하의 소변 증상들이 일상적인 일을 하는데 어느 정도 지장을 줍니까?
- 28. 쉽게 화장실을 갈 수 없는 장소나 상황 (예: 쇼핑, 여행, 극장, 교회 등)을 피하게 됩니까?
- 29. 귀하의 요실금 때문에 신체적 활동 (예: 걷기, 에어로빅, 수영 등)이 지장을 받습니까?
- 30. 귀하의 소변증상이 사회생활 (예: 외출, 친구 만나기 등)에 얼마나 지장을 줍니까?
- 31. 전반적으로 귀하의 소변증상이 생활에 지장을 줍니까?
- 32. 귀하를 불편하게 하는 소변 증상들은 얼마나 오래 되었습니까?
- 33. 현재의 소변 증상을 지니고 남은 일생을 보내야 한다면 기분이 어떻겠습니까?
- 34. 귀하의 소변 증상들 중에 바로 지금 귀하를 가장 신경 쓰이게 하는 증상은 어떤 것입니까?

# Incontinence Severity Index (Sandvik)

## SANDVIK 질문

최근 7일 동안 기침이나 재채기 할 때, 웃을 때, 물건을 들어 올리거나 운동할 때 소변이 새거나 흘러내린 적, 즉 요실금이 있었습니까?

1 □ 예 -Sandvik 설문지를 작성하십시오.

2 □ 아니오 -Sandvik 설문지를 작성하지 마십시오.

↵

## SANDVIK 설문지

얼마나 자주 요실금 증상을 경험하십니까?

↵

1. 한 달에 한 번 미만
2. 한 달에 한 번 이상
3. 일주일에 한 번 이상
4. 매일 (낮 또는 밤)

↵

요실금 증상을 보일 때 소변이 얼마나 많이 흐릅니까?

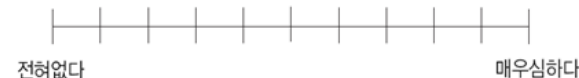
↵

1. 한 두 방울 정도
2. 속옷을 약간 적실 정도
3. 더 많은 양

## VISUAL ANALOGUE SCALE

지난 7일간 기침, 재채기, 웃을 때 등에 발생하는 요실금은 어느 정도입니까?

요실금의 정도를 아래 선의 해당 하는 부분에 'V' 표시 하십시오.





# OABSS

## Overactive Bladder Symptom Score

비교적 간단한 4개 문항(빈뇨, 야간뇨, 요절박, 요실금)으로 이루어져 임상에 적용이 용이

진단 기준: 질문 3의 점수가 2점 이상 이면서 총점이 3점 이상 시 과민성 방광으로 진단

증상 중증도 판정:

경증 : ≤5 / 중등도 : 6-11 / 중증 : ≥12

진료기록부번호 : \_\_\_\_\_ 기록날짜 : \_\_\_\_\_ 년/ \_\_\_\_\_ 월/ \_\_\_\_\_ 일

**과민성방광 증상점수 설문지**  
 (Overactive Bladder Symptom Score: OABSS)

아래의 증상이 어느 정도의 횟수로 있었습니까?  
 최근 1주일간 당신의 상태에 가장 가까운 것을 하나만 골라서 점수의 숫자에 표 해주세요.





질문	증상	횟수	점수
1	아침에 일어나서 밤에 자기 전까지 몇 회 정도 소변을 보셨습니까?	7회 이하	0
		8~14회	1
		15회 이상	2
2	밤에 잠든 후부터 아침에 일어날 때까지 소변을 보기 위해 몇 회나 일어나셨습니까?	1회	0
		1회	1
		2회	2
3	갑자기 소변이 마려워 참기 힘들었던 적이 있었습니까?	3회 이상	3
		없음	0
		일주일에 1회 보다는 적음	1
4	갑자기 소변이 마려워서 참지 못하고 소변을 지린 적이 있었습니까?	일주일에 1회 또는 그 이상	2
		1일 1회 정도	3
		1일 2~4회	4
		1일 5회 또는 그 이상	5
		없음	0

합계점수 : \_\_\_\_\_ 점

<질문 3의 점수가 2점이상이면서 총점이 3점 이상>을 진단요건으로 한다.  
 총점이 5점 이하를 경증, 6점에서 11점을 중등증, 12점 이상을 중증으로 한다.

■ 본 한국어 OABSS 설문표의 저작권은 질문표의 원개발자인 本邦之夫교수와 한국어번역자인 오승준교수가 공동으로 보유하고 있습니다.  
 ■ 본 질문표는 과민성방광의 진료 또는 연구를 위해서라면 저작권자의 허가 없이 자유로이 복제·사용할 수 있습니다.

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください.

質問	症状	頻度	点数
1	 朝起きた時から寝る時までに、何回くらいおしっこをしましたか	7回以下	0
		8~14回	1
		15回以上	2
2	 夜寝てから朝起きるまでに、何回くらいおしっこをするために起きましたか	0回	0
		1回	1
		2回	2
3	 急におしっこがしたくなり、我慢が難しいことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
4	 急におしっこがしたくなり、我慢できずにおしっこをもらすことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
1日5回以上	5		

出典: 過活動膀胱診療ガイドライン【第2版】: 日本排尿機能学会編集, 2015年, リッチヒルメディカル, P105. ©日本排尿機能学会

# OAB-q

## Overactive Bladder Questionnaire

-과민성방광 환자의 증상 정도 측정  
- 8개의 불편 지수

25개의 삶의 질에 대한 평가로 구성

### 과민성 방광에 대한 설문지

이 설문은 주어진 방광과 관련된 증상들로 인해 지난 4주 동안 당신이 얼마나 지장을 받았는지에 대해 묻는 것입니다. 지난 4주 동안 각각의 증상으로 귀하가 지장 받았던 정도를 가장 잘 표현하는 네모 안에 ✓ 표시해 주십시오. 정해진 정답은 없습니다. 모든 질문에 반드시 답해 주십시오.

지난 4주간 다음 각각의 증상으로 인해 당신이 얼마나 지장을 받았는지 답해 주십시오.	전혀 지장 받지 않았다	약간 지장 받았다	어느 정도 지장 받았다	꽤 지장 받았다	많이 지장 받았다	아주 많이 지장 받았다
1. 낮에 자주 소변을 보는 것	9. 출퇴근 이동 경로를 신중히 계획하게 되었습니까?	22. 화장실에서 멀리 떨어진 곳에서의 활동 (예: 걷기, 뛰기, 등산)을 피하게 되었습니까?				
2. 소변을 봐야만 할 것 같은 불편한 충동	10. 낮에 졸리거나 몽롱하였습니까?	23. 화장실에서 보내는 시간이 길어져서 좌절하거나 짜증났습니까?				
3. 예고 없이 갑작스럽게 소변을 봐야만 할 것 같은 충동	11. 공공장소에서 화장실로 가는 '지름길'을 미리 알아놓아야 하였습니까?	24. 잠에서 깨어나야 했습니까?				
4. 예상치 않게 약간의 소변이 새어 나오는 것	12. 스트레스 받았습니까?	25. 몸에서 악취가 나는 것이나 위생에 대해 걱정하였습니까?				
5. 밤에 자다가 소변을 보는 것	13. 좌절하였습니까?	26. 다른 사람과 여행하면서 화장실에 가기 위해 자주 쉬어야 하는 상황이 당신을 불편하게 하였습니까?				
6. 소변을 봐야만 했기 때문에 밤잠에서 깨어나는 것	14. 자신에게 뭔가 문제가 있다는 느낌이 들었습니까?	27. 가족과 친구들과의 관계에 영향을 받았습니까?				
7. 억제할 수 없이 소변을 보고 싶은 충동	15. 밤에 숙면을 취할 수 없었습니까?	28. 사교 모임(예를 들어 파티, 가족 또는 친지 방문)에 참여하는 것을 줄이게 되었습니까?				
8. 소변보고 싶은 강한 욕구가 생기면서 소변이 새어 나오는 것	16. 신체적 활동을 줄여야 했습니까 (운동, 스포츠, 기타)?	29. 창피를 당한 적이 있습니까?				
	17. 아침에 일어날 때 충분히 잘 쉬었다는 느낌을 가지지 못하였습니까?	30. 필요한 양의 수면을 취하지 못하였습니까?				
	18. 가족과 친구들이 좌절하였습니까?	31. 교제하는 사람 혹은 배우자와 사이에 문제가 생겼습니까?				
	19. 불안하거나 걱정하게 되었습니까?	32. 일상활동들을 더 조심스럽게 계획하였습니까?				
	20. 원하는 것보다 더 자주 집에 있게 되었습니까?	33. 낯선 장소에 도착하자마자 가장 가까이 있는 화장실의 위치를 알아보게 되었습니까?				
	21. 늘 화장실 가까이 있도록 하기 위해 여행계획을 조정해야 했습니까?					

# OAB-q SF

## Overactive Bladder Questionnaire

- OAB-q 를 19개 항목으로 축소하여 간편하게 사용

### 과민성 방광에 대한 설문지

이 설문은 주어진 방광과 관련된 증상들로 인해 지난 4주 동안 당신이 얼마나 지장을 받았는지에 대해 묻는 것입니다. 지난 4주 동안 각각의 증상으로 귀하가 지장 받았던 정도를 가장 잘 표현하는 네모 안에 ✓ 표시해 주십시오. 정해진 정답은 없습니다. 모든 질문에 반드시 답해 주십시오.

지난 4주간 다음 각각의 증상으로 인해 당신이 얼마나 지장을 받았는지 답해 주십시오.	전혀 지장 받지 않았다	약간 지장 받았다	어느 정도 지장 받았다	꽤 지장 받았다	많이 지장 받았다	아주 많이 지장 받았다
1. 낮에 자주 소변을 보는 것	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 예고 없이 갑작스럽게 소변을 봐야만 할 것 같은 충동	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 예상치 않게 약간의 소변이 새어 나오는 것	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 밤에 자다가 소변을 보는 것	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 소변을 봐야만 했기 때문에 밤잠에서 깨어나는 것	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 소변보고 싶은 강한 욕구가 생기면서 소변이 새어 나오는 것	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. 공공장소에서 화장실로 가는 '지름길'을 미리 알아놓아야 하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. 자신에게 뭔가 문제가 있다는 느낌이 들었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. 밤에 수면을 취할 수 없었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. 화장실에서 보내는 시간이 길어져서 좌절하거나 짜증났습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. 화장실에서 멀리 떨어진 곳에서의 활동 (예: 걷기, 뛰기, 등산)을 피하게 되었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. 잠에서 깨어나야 했습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. 신체적 활동을 줄여야 했습니까 (운동, 스포츠, 기타)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. 교제하는 사람 혹은 배우자와 사이에 문제가 생겼습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9. 다른 사람과 여행하면서 화장실에 가기 위해 자주 쉬어야 하는 상황이 당신을 불편하게 하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. 가족과 친구들과의 관계에 영향을 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. 필요한 양의 수면을 취하지 못하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. 창피를 당한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13. 낯선 장소에 도착하자마자 가장 가까이에 있는 화장실의 위치를 알아보게 되었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

# IIEF

## International Index of Erectile Function

- 발기능력의 측정 및 발기부전 치료 효과를 평가
- 간결하고 타당도 및 신뢰도가 높음
- 30개 언어로 번역되어 인증

**발기능 측정 설문지**  
(INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION: IIEF-15)

Chart No. : \_\_\_\_\_  
 성명(S/A) : \_\_\_\_\_ ( / / )  
 기록일 : \_\_\_\_\_

다음 문항은 지난 4주 동안 발기부전과 귀하의 성생활에 미친 영향에 관해서 묻는 내용입니다. 이 질문에 대해서 가능한 한 사실대로 솔직하게 답하여 주십시오. 이 질문에 답할 때 다음의 뜻을 참고하십시오.

성행위란 성교, 예루, 전회 그리고 자위행위를 포함한다. 성교란 파트너의 질내 삽입하는 것을 뜻한다. 성적 자극이든 파트너와 예루를 하거나 또는 예루적인 사진이나 영화를 보는 것 등을 뜻한다. 사경이란 음경으로부터 정액이 사출되는 것 또는 그러한 느낌을 뜻한다.

각 질문에 대해서 하나의 답에 표시하여 주십시오.

<p>1. 지난 4주 동안, 성행위시 몇 번이나 발기가 가능했습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 성행위가 없었다  <input type="checkbox"/> 항상 또는 거의 항상  <input type="checkbox"/> 대부분(총 횟수의 50% 이상이 훨씬 넘는다)  <input type="checkbox"/> 때때로(총 횟수의 50% 정도)  <input type="checkbox"/> 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  <input type="checkbox"/> 거의 한 번도 또는 한 번도 없었다</p> <p>2. 지난 4주 동안, 성적자극으로 발기되었을 때 성교가 가능할 정도로 충분한 발기가 몇 번이나 있었습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 성행위가 없었다  <input type="checkbox"/> 항상 또는 거의 항상  <input type="checkbox"/> 대부분(총 횟수의 50% 이상이 훨씬 넘는다)  <input type="checkbox"/> 때때로(총 횟수의 50% 정도)  <input type="checkbox"/> 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  <input type="checkbox"/> 거의 한 번도 또는 한 번도 없었다</p> <p>3. 지난 4주 동안, 성교를 시도할 때, 몇 번이나 파트너의 질내로 삽입할 수 있었습니까? 하나의 답에만 표시하십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 성교를 시도하지 않았다  <input type="checkbox"/> 항상 또는 거의 항상  <input type="checkbox"/> 대부분(총 횟수의 50% 이상이 훨씬 넘는다)  <input type="checkbox"/> 때때로(총 횟수의 50% 정도)  <input type="checkbox"/> 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  <input type="checkbox"/> 거의 한 번도 또는 한 번도 없었다</p> <p>4. 지난 4주 동안, 성교하는 중에 발기 상태가 갑자기 유지된 적이 몇 번이나 있었습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 성교를 시도하지 않았다  <input type="checkbox"/> 항상 또는 거의 항상  <input type="checkbox"/> 대부분(총 횟수의 50% 이상이 훨씬 넘는다)  <input type="checkbox"/> 때때로(총 횟수의 50% 정도)  <input type="checkbox"/> 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  <input type="checkbox"/> 거의 한 번도 또는 한 번도 없었다</p> <p>5. 지난 4주 동안, 성교시에 성교를 끝마칠 때까지 발기 상태를 유지하는 것은 얼마나 어려웠습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 성교를 시도하지 않았다  <input type="checkbox"/> 지극히 어려웠다  <input type="checkbox"/> 매우 어려웠다  <input type="checkbox"/> 어려웠다  <input type="checkbox"/> 약간 어려웠다  <input type="checkbox"/> 전혀 어렵지 않았다</p>	<p>6. 지난 4주 동안, 몇 번이나 성교를 시도했습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 시도하지 않았다  <input type="checkbox"/> 1-2회  <input type="checkbox"/> 3-4회  <input type="checkbox"/> 5-6회  <input type="checkbox"/> 7-10회  <input type="checkbox"/> 11회 이상</p> <p>7. 지난 4주 동안, 성교를 시도했을 때 몇 번이나 만족감을 느꼈습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 성교를 시도하지 않았다.  <input type="checkbox"/> 항상 또는 거의 항상  <input type="checkbox"/> 대부분(총 횟수의 50% 이상이 훨씬 넘는다)  <input type="checkbox"/> 때때로(총 횟수의 50% 정도)  <input type="checkbox"/> 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  <input type="checkbox"/> 거의 한 번도 또는 한 번도 없었다.</p> <p>8. 지난 4주 동안, 성교시 귀하의 즐거움은 어느 정도였습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 성교를 하지 않았다.  <input type="checkbox"/> 매우 즐거웠다  <input type="checkbox"/> 상당히 즐거웠다  <input type="checkbox"/> 소만대로 즐거웠다  <input type="checkbox"/> 별로 즐겁지 않았다  <input type="checkbox"/> 즐겁지 않았다</p> <p>9. 지난 4주 동안, 성적 자극이 있거나 또는 성교를 했을 때 몇 번이나 사정을 했습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 성적 자극이나 성교가 없었다  <input type="checkbox"/> 항상 또는 거의 항상  <input type="checkbox"/> 대부분(총 횟수의 50% 이상이 훨씬 넘는다)  <input type="checkbox"/> 때때로(총 횟수의 50% 정도)  <input type="checkbox"/> 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  <input type="checkbox"/> 거의 한 번도 또는 한 번도 없었다.</p> <p>10. 지난 4주 동안, 성적 자극이 있거나 또는 성교를 할 때, 사정을 했는지 또는 사정을 안했는지 간에 몇 번이나 오르기름(활정량)를 느꼈습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 성적 자극이나 성교가 없었다  <input type="checkbox"/> 항상 또는 거의 항상  <input type="checkbox"/> 대부분(총 횟수의 50% 이상이 훨씬 넘는다)  <input type="checkbox"/> 때때로(총 횟수의 50% 정도)  <input type="checkbox"/> 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  <input type="checkbox"/> 거의 한 번도 또는 한 번도 없었다.</p>	<p>11. 지난 4주 동안, 얼마나 자주 성욕을 느꼈습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 항상 또는 거의 항상  <input type="checkbox"/> 대부분(총 횟수의 50% 이상이 훨씬 넘는다)  <input type="checkbox"/> 때때로(총 횟수의 50% 정도)  <input type="checkbox"/> 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  <input type="checkbox"/> 거의 한 번도 또는 한 번도 없었다</p> <p>12. 지난 4주 동안, 귀하의 성욕의 정도는 어느 정도이었다고 생각하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 매우 높았다  <input type="checkbox"/> 높았다  <input type="checkbox"/> 그저 그랬다  <input type="checkbox"/> 낮았다  <input type="checkbox"/> 매우 낮거나 전혀 없었다</p> <p>13. 지난 4주 동안, 대체로 귀하의 성생활에 대해서 얼마나 만족했습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 매우 만족했다  <input type="checkbox"/> 대체로 만족했다  <input type="checkbox"/> 그저 그렇다 또는 보통이다  <input type="checkbox"/> 대체로 만족하지 못했다  <input type="checkbox"/> 매우 만족하지 못했다</p> <p>14. 지난 4주 동안, 귀하의 파트너와의 성관계에 대해서 얼마나 만족했습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 매우 만족했다  <input type="checkbox"/> 대체로 만족했다  <input type="checkbox"/> 그저 그렇다 또는 보통이다  <input type="checkbox"/> 대체로 만족하지 못했다  <input type="checkbox"/> 매우 만족하지 못했다</p> <p>15. 지난 4주 동안, 발기할 수 있고 발기 상태를 유지할 수 있다는 것에 대한 귀하의 자신감은 어느 정도라고 생각하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 매우 높다  <input type="checkbox"/> 높다  <input type="checkbox"/> 그저 그렇다  <input type="checkbox"/> 낮다  <input type="checkbox"/> 매우 낮다</p> <p style="text-align: right;">설문지 작성을 완료해주셔서 감사합니다.</p>
--	---	---

### Domain Items Score

- Erectile function 1,2,3,4,5,15
- Orgasmic function 9, 10
- Sexual desire 11, 12
- Intercourse satisfaction 6,7,8
- Overall satisfaction 3,14

### 점수에 따른 평가

- Normal >25
- Mild E.D 18-25
- Moderate E.D 12-17
- Severe E.D <12

# IIEF-5

- 간편하고 효과적인 평가
- 총점수가 17점 이하 시 전문의 상담

## 남성 성기능 평가표

병록번호 :

날 짜 :       년   월   일

※ 1번부터 5번까지의 다섯 문항에 대해 보기 중에서 귀하의 상태와 일치하거나 근접한 항목 하나만 선택하십시오.

1. 지난 6개월 동안 삽입할 정도로 발기가 되고 발기상태가 유지되고 있다는 것에 대한 귀하의 자신감은 어느 정도입니까?

- [1] \_\_\_\_\_ 매우 낮다           [2] \_\_\_\_\_ 낮다  
[3] \_\_\_\_\_ 그저 그렇다       [4] \_\_\_\_\_ 높다  
[5] \_\_\_\_\_ 매우 높다

2. 지난 6개월 동안 성적 자극으로 발기되었을 때 성교가 가능할 정도로 충분한 발기가 몇 번이나 있었습니까?

- [0] \_\_\_\_\_ 성행위가 없었다  
[1] \_\_\_\_\_ 거의 한번도 또는 한번도 없었다  
[2] \_\_\_\_\_ 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  
[3] \_\_\_\_\_ 때때로(총 횟수의 50% 정도)  
[4] \_\_\_\_\_ 대부분(총 횟수의 50%를 훨씬 넘는다)  
[5] \_\_\_\_\_ 항상 또는 거의 항상

3. 지난 6개월 동안 성교하는 중에 발기상태가 끝까지 유지된 적이 몇 번이나 있었습니까?

- [0] \_\_\_\_\_ 성교를 시도하지 않았다  
[1] \_\_\_\_\_ 거의 한번도 또는 한번도 없었다  
[2] \_\_\_\_\_ 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  
[3] \_\_\_\_\_ 때때로(총 횟수의 50% 정도)  
[4] \_\_\_\_\_ 대부분(총 횟수의 50%를 훨씬 넘는다)  
[5] \_\_\_\_\_ 항상 또는 거의 항상

4. 지난 6개월 동안 성교시에 성교를 끝마칠 때까지 발기상태를 유지하는 것이 얼마나 어려웠습니까?

- [0] \_\_\_\_\_ 성교를 시도하지 않았다  
[1] \_\_\_\_\_ 지극히 어려웠다  
[2] \_\_\_\_\_ 매우 어려웠다  
[3] \_\_\_\_\_ 어려웠다  
[4] \_\_\_\_\_ 약간 어려웠다  
[5] \_\_\_\_\_ 전혀 어렵지 않았다

5. 지난 6개월 동안 성교를 시도했을 때 몇 번이나 만족감을 느꼈습니까?

- [0] \_\_\_\_\_ 성교를 시도하지 않았다  
[1] \_\_\_\_\_ 거의 한번도 또는 한번도 없었다  
[2] \_\_\_\_\_ 가끔씩(총 횟수의 50%에 훨씬 못 미친다)  
[3] \_\_\_\_\_ 때때로(총 횟수의 50% 정도)  
[4] \_\_\_\_\_ 대부분(총 횟수의 50%를 훨씬 넘는다)  
[5] \_\_\_\_\_ 항상 또는 거의 항상

총 점수 : \_\_\_\_\_ 점



# NIH-CPSI

## National Institutes of Health-Chronic prostatitis Symptom Index

**통증:** 총 증상 점수 (1a-d, 2a-b, 3, 4문의 합계)

**배뇨증상:** 총 증상 점수 (5, 6문의 합계)

**삶의 질에 대한 영향:** 총 증상 점수 (7,8,9 문의 합계)

통증 점수, 배뇨증상 점수, 삶의 질 점수를 각각 따로 계산

**Symptom scale score (통증 + 배뇨증상)**

- mild = 0~9 moderate = 10~18 severe = 19~31

**Total Score**

- mild = 0 - 14 moderate = 15-29 severe = 30-43

### 만성전립선염 증상점수표

#### ■ 통증 혹은 불편감

1) 지난 일주일 동안에 다음의 부위에서 통증이나 불편감을 경험한 적이 있었습니까?

	예	아니오
가 - 고관과 항문사이 (회음부)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
나 - 고관	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
다 - 성기의 끝(소변보는 것과 관계없이)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
라 - 라. 허리아래의 치골(불두덩이) 혹은 방광 부위(아랫배)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

2) 지난 일주일 동안에 다음의 증상이 있었습니까?

	예	아니오
가 - 고관과 항문사이 (회음부)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
나 - 성관계시 절정감을 느낄 때(사정시), 또는 그 이후에 통증이나 불편한 느낌	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

3) 위의 부위에서 통증이나 불편감을 느낀 적이 있다면 지난 일주일 동안에 얼마나 자주 느꼈습니까?

<input type="checkbox"/> 0 전혀 없음	<input type="checkbox"/> 1 드물게	<input type="checkbox"/> 2 가끔
<input type="checkbox"/> 3 자주	<input type="checkbox"/> 4 아주 자주	<input type="checkbox"/> 5 항상

4) 지난 일주일 동안에 느꼈던 통증이나 불편감의 정도를 숫자로 바꾼다면 평균적으로 어디에 해당됩니까?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
전혀없음 > <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> < 극심한 통증										

#### ■ 배뇨증상

5) 지난 일주일 동안에 소변을 본 후에도 소변이 방광에 남아있는 것 같이 느끼는 경우가 얼마나 자주 있었습니까?

<input type="checkbox"/> 0 전혀 없음	<input type="checkbox"/> 1 5번중 번1이하	<input type="checkbox"/> 2 2번 이하
<input type="checkbox"/> 3 3번 정도	<input type="checkbox"/> 4 4번 이상	<input type="checkbox"/> 5 거의 항상

6) 지난 일주일 동안에 소변을 본 뒤 2시간이 채 지나기도 전에 또 소변을 본 경우가 얼마나 자주 있었습니까?

<input type="checkbox"/> 0 전혀 없음	<input type="checkbox"/> 1 5번중 번1이하	<input type="checkbox"/> 2 2번 이하
<input type="checkbox"/> 3 3번 정도	<input type="checkbox"/> 4 4번 이상	<input type="checkbox"/> 5 거의 항상

#### ■ 삶의 질

7) 지난 일주일 동안에 상기 증상으로 인해 일상생활에 지장을 받은 적이 어느 정도 됩니까?

<input type="checkbox"/> 0 없음	<input type="checkbox"/> 1 단지 조금	<input type="checkbox"/> 2 어느 정도	<input type="checkbox"/> 3 아주 많이
-------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

8) 지난 일주일 동안에 얼마나 자주 상기 증상으로 고민하였습니까?

<input type="checkbox"/> 0 없음	<input type="checkbox"/> 1 단지 조금	<input type="checkbox"/> 2 어느 정도	<input type="checkbox"/> 3 아주 많이
-------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

9) 만약 지난 일주일 동안의 증상이 남은 평생 지속된다면 이것을 어떻게 생각하십니까?

<input type="checkbox"/> 0 매우 기쁘다	<input type="checkbox"/> 1 기쁘다	<input type="checkbox"/> 2 대체로 만족스럽다
<input type="checkbox"/> 3 반반이다	<input type="checkbox"/> 4 대체로 불만족스럽다	<input type="checkbox"/> 5 불행하다
<input type="checkbox"/> 6 끔찍하다		

#### ■ 결과

통증 : 1,가나다라, 2,가나, 3,4의 합계 -----점

배뇨증상 : 5,6의 합계 -----점

삶의 질에 대한 영향 : 7,8,9의 합계 -----점

경도 : 14점이하 중등도 : 15~29점 중증 : 30점이상



# ADAM Questionnaire

## Androgen Deficiency in Aging Male Questionnaire

-간단, 간편

-높은 민감도 낮은 특이도

-점수화 된 분류가 아님

-증상의 정도를 평가하기에는 부족

### \*자가진단(Androgen Deficiency in Aging Males(ADAM) 설문지

1	성욕 감퇴가 있습니까?
2	기력이 없습니까?
3	체력이나 지구력에 감퇴가 있습니까?
4	키가 줄었습니까?
5	삶의 즐거움이 줄었다고 느낀 적이 있습니까?
6	울적하거나 기분이 언짢으십니까?
7	발기가 예전보다 덜 강합니까?
8	운동 경기 능력이 최근에 떨어진 것을 느낀 적이 있습니까?
9	저녁식사 후 바로 잠에 빠져 드십니까?
10	일 수행 능력이 최근에 떨어졌습니까?

#### ▲ 남성갱년기 자가 진단 설문지

: 자가 진단 설문지 항목으로 확인한 결과 1번이나 7번 항목이 본인의 증상에 해당되거나 다른 항목들 중 3개 항목 이상이 해당된다면 남성 갱년기를 의심하고 전문의의 진찰을 받을 필요가 있다.

# Thank you for listening

---

