

Tarih : \_\_\_\_\_  
Çalışma : \_\_\_\_\_

İsim : \_\_\_\_\_  
Kimlik No: \_\_\_\_\_

## Uyku Apnesi Öz Yeterlilik Ölçeği

**YÖNERGE:**Bu ankette size uyku apnesi ve uyku apne tedavisinde kullanılan sürekli pozitif havayolu tedavisi (CPAP olarak bilinir) hakkında sorular sorulmaktadır. Lütfen her soruda yanıtınızın altındaki kutuya (✓)işareti koyunuz. Her soru için yalnızca bir yanıt işaretleyiniz. Lütfen olabildiğince dikkatli olmaya çalışınız. Tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır.

**1A.** Benimle aynı yaş ve cinsiyette olup, uyku apnesi olmayan kişilerle karşılaştırıldığında tansiyonumun yüksek olma olasılığı:

Çok düşük	Düşük	Yüksek	Çok yüksek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2A.** Benimle aynı yaş ve cinsiyette olup uyku apnesi olmayan kişilerle karşılaştırıldığında araç kullanırken uyuymama olasılığım:

Çok düşük	Düşük	Yüksek	Çok yüksek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3A.** Benimle aynı yaş ve cinsiyette olup, uyku apnesi olmayan kişilerle karşılaştırıldığında kalp krizi geçirme olasılığım:

Çok düşük	Düşük	Yüksek	Çok yüksek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4A.** Benimle aynı yaş ve cinsiyette olup, uyku apnesi olmayan kişilerle karşılaştırıldığında konsantrasyon güçlüğü çekme olasılığım:

Çok düşük	Düşük	Yüksek	Çok yüksek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5A.** Benimle aynı yaş ve cinsiyette olup, uyku apnesi olmayan kişilerle karşılaştırıldığında gün içinde uyuklama olasılığım:

Çok düşük	Düşük	Yüksek	Çok yüksek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tarih : \_\_\_\_\_  
Çalışma : \_\_\_\_\_

İsim : \_\_\_\_\_  
Kimlik No: \_\_\_\_\_

**6A.** Benimle aynı yaş ve cinsiyette olup, uyku apnesi olmayan kişilerle karşılaştırıldığında araç kullanırken uyuyma nedeniyle kaza geçirme olasılığım:

Çok düşük	Düşük	Yüksek	Çok yüksek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7A.** Benimle aynı yaş ve cinsiyette olup, uyku apnesi olmayan kişilerle karşılaştırıldığında depresyona girme olasılığım:

Çok düşük	Düşük	Yüksek	Çok yüksek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8A.** Benimle aynı yaş ve cinsiyette olup, uyku apnesi olmayan kişilerle karşılaştırıldığında cinsel istek ya da cinsel performans sorunu yaşama olasılığım:

Çok düşük	Düşük	Yüksek	Çok yüksek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tarih : \_\_\_\_\_  
Çalışma : \_\_\_\_\_

İsim : \_\_\_\_\_  
Kimlik No: \_\_\_\_\_

Bu sorular size uyku apnesini tedavi etmek için geceleri CPAP kullandığınızda veya kullanmadığınızda neler olabileceği hakkındaki düşüncelerinizi sormaktadır. Lütfen her soruda sizin için en doğru ifade olan kutunun altına(✓) işareti koyunuz.

**1B.** CPAP kullanırsam, araç sürerken kaza yapma olasılığım azalır.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2B.** CPAP kullanırsam horlamam.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3B.** CPAP kullanmazsam gün içinde daha az dikkatli olurum.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4B.** CPAP kullanırsam iş performansım artar.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5B.** CPAP kullanırsam eşim/sevgilim ve arkadaşlarımla olan ilişkilerim daha iyi olur.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tarih : \_\_\_\_\_  
Çalışma : \_\_\_\_\_

İsim : \_\_\_\_\_  
Kimlik No: \_\_\_\_\_

**6B.** CPAP kullanırsam eşim/sevgilim daha iyi uyur.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7B.** CPAP kullanırsam daha iyi hissederim.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8B.** CPAP kullanırsam daha aktif olurum.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9B.** CPAP kullanırsam cinsel istek ve cinsel performansım artar.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Bu sorular size CPAP verilmesi durumunda kullanımı ile ilgili fikrinizi sormaktadır. Lütfen her soruda sizin için en doğru ifade olan kutunun altına (✓) işareti koyunuz.

Tarih : \_\_\_\_\_  
Çalışma : \_\_\_\_\_

İsim : \_\_\_\_\_  
Kimlik No: \_\_\_\_\_

**1C.** Kapalı yer korkusu hissetmeme neden olsa bile CPAP kullanırım.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2C.** Yatmaya hazırlanma süremi uzatsa bile CPAP kullanırım.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3C.** Seyahat ediyorsa bile her gece CPAP kullanırım.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4C.** Gece yüzüme sıkı bir maske takmak zorunda kalsam bile CPAP kullanırım.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5C.** Burun tıkanıklığı yapsa bile CPAP kullanırım.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6C.** Rahatsız edici olsa bile CPAP kullanırım.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tarih : \_\_\_\_\_  
Çalışma : \_\_\_\_\_

İsim : \_\_\_\_\_  
Kimlik No: \_\_\_\_\_

**7C.** Eşimin/sevgilimin uykusunu olumsuz etkilese bile CPAP kullanırım.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8C.** Utanmama neden olsa bile CPAP kullanırım.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9C.** Ücretinin bir kısmını ödemek zorunda kalsam bile CPAP kullanırım.

Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Anketi tamamladığınız için teşekkür ederiz.***