

Etternavn, Fornavn
Fødselsdato
Dato

Din ØNH-Spesialist AS
 Dr. Matthias Heyd
 City Nord, Stormyrveien 20
 8008 Bodø
 Tlf 755 06630 (kl.9-11)
 resepsjon@dinonh.no

Spørreskjema Tinnitus (Tinnitus Handicap Inventory)

Spørsmålene nedenfor beskriver noen a de problemer vi kan oppleve i samband med tinnitus.

Sett kryss ved det svaralternativet som passer best til det du har **opplevd i løpet av den siste uken medregnet dagen i dag.**

Vær så snill og besvar samtlige spørsmål.

- | | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| 1. Fører din tinnitus til at du har problemer med å konsentrere deg ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 2. Gjør din tinnitus det vanskelig for deg å forstå hva andre mennesker sier? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 3. Gjør din tinnitus deg sint ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | E |
| 4. Gjør din tinnitus deg forvirret ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 5. Føler du deg desperat pga. din tinnitus ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | C |
| 6. Beklager du deg mye til andre over din tinnitus ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | E |
| 7. Gir din tinnitus deg vanskeligheter med å falle i søvn om kvelden ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 8. Føles det som om du ikke kan slippe vekk fra din tinnitus ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | C |
| 9. Har din tinnitus innflytelse på din glede over sosiale aktiviteter (for eks. å gå ut og spise, gå på kino og lignende) ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 10. Føler du deg frustrert på grunn av din tinnitus ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | E |
| 11. Føler du (i forbindelse med din tinnitus) at du har en forferdelig sykdom ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | C |

- | | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| 12. Medfører din tinnitus at du har vansker med å nyte tilværelsen / glede deg over livet ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 13. Gir din tinnitus deg problemer i forbindelse med ditt arbeid eller dine hjemlige forpliktelser ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 14. Føler du deg irritabel pga. din tinnitus ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 15. Gir din tinnitus deg vansker med å lese ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 16. Gjør din tinnitus deg lei av alt og alle ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | E |
| 17. Føler du at din tinnitus har gitt deg problemer i forhold til familie og venner ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | E |
| 18. Har du vansker med å vende oppmerksomheten bort fra din tinnitus og konsentrere deg om andre ting? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 19. Føler du at du mangler kontroll over din tinnitus? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | C |
| 20. Føler du deg trett pga. din tinnitus ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 21. Føler du deg deprimert pga. din tinnitus ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | E |
| 22. Får din tinnitus deg til å føle deg engstelig eller redd? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | E |
| 23. Føler du at du ikke orker din tinnitus lenger ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | C |
| 24. Blir din tinnitus verre når du er stresset ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | F |
| 25. Får din tinnitus deg til å føle deg usikker ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Av og til | <input type="checkbox"/> Nei | E |

Resultat:

THI-F: _____

THI-E: _____

THI-C: _____

Total: _____

THI-scoring:

0-16: lett eller ingen påvirkning Grad 1

18-36: mild påvirkning Grad 2

38-56: moderat påvirkning Grad 3

58-76: sterk påvirkning Grad 4

78-100: ekstrem påvirkning Grad 5

Navn: _____ Alder: _____ Dato: _____

HØRSELSTAP OG TINNITUS

1. Hvor lenge har du hatt tinnitus? _____

2. Hva tror du er årsaken til din tinnitus?

Vennligst forklar _____

3. Har du et hørselstap? Ja Nei Usikker

Hva opplever du som dit største problem, hørselstapet eller tinnitus?

Hørseltapet Tinnitus Usikker

4. Har du noen ganger vært utsatt for kraftig støy? Ja Nei

Hvis ja, hvor? Militærtjeneste Arbeid Fritid Andre: _____

Bruker du hørselsvern når du er i områder med kraftig støy? Ja Nei

Vennligst forklar: _____

5. Har du noen erfaring med høreapparater? Ja Nei

6. Dersom du bruker høreapparater, hvordan påvirker disse din tinnitus?

Tinnitus blir svakere Tinnitus blir sterkere Ingen effekt

Dersom du ikke bruker høreapparatene dine, hvorfor sluttet du å bruke dem? _____

7. Føler du at kraftig støy påvirker deg negativt? Ja Nei

Vennligst forklar: _____

TINNITUS KARAKTERTREKK

8. Hvor er din tinnitus primært lokalisert?

Venstre øre Høyre øre Likt i begge ørene I hode

9. Ved hjelp av skalaen under, vennligst angi nivået på din tinnitus den siste uken

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Ved hjelp av skalaen under, vennligst angi tonehøyden på din tinnitus. (det kan hjelpe å forestille seg at tallene under er tangentene på et piano.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Sett et kryss ved de ordene som du opplever beskriver din tinnituslyd

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hissig | <input type="checkbox"/> Ringing | <input type="checkbox"/> Sirisser-lyd | <input type="checkbox"/> Fløyte |
| <input type="checkbox"/> Dampfløyte | <input type="checkbox"/> Dunkende | <input type="checkbox"/> Pulserende | <input type="checkbox"/> Bjeller |
| <input type="checkbox"/> Klingende | <input type="checkbox"/> Summende | <input type="checkbox"/> Sildrene | <input type="checkbox"/> Klikking |
| <input type="checkbox"/> Bølger | <input type="checkbox"/> Ren tone | <input type="checkbox"/> Andre _____ | |

12. Har din tinnitus endret karakter over tid? Ja Nei

Vennligst forklar: _____

13. Ved hjelp av skalaen under, vennligst angi hvor mye du har vært plaget av din tinnitus den siste tiden?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vennligst forklar: _____

14. Hva gjør at din tinnitus blir verre?

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Utmattelse | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Høy lyd |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Koffein |
| <input type="checkbox"/> Andre: _____ | |

15. Er det noen ganger i løpet av dagen hvor din tinnitus er mer plagsom for deg?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> På morgenen | <input type="checkbox"/> På arbeid |
| <input type="checkbox"/> På kvelden | <input type="checkbox"/> Når jeg forsøker å konsentrere meg |
| <input type="checkbox"/> Ved sosial aktivitet | <input type="checkbox"/> Når jeg er omgitt av støy |
| <input type="checkbox"/> Andre: _____ | |

16. Påvirker tinnitus deg i noen av dine aktiviteter?

- Arbeid Familie Sosiale aktiviteter Fritid Søvn Trening Andre :

Vennligst forklar: _____

17. Er du deprimert, anspent eller nervøs?? Ja Nei

Hvis ja, er du for øyeblikket under behandling for depresjon eller angst? Ja Nei

Hvis du er deprimert eller engstelig, er din tinnitus knyttet til dette? Ja Nei

Vennligst forklar: _____

ARBEID

18. Er du i jobb? Ja Nei

Hva er yrke ditt? _____

19. Påvirker din tinnitus deg negativt i din jobb? Ja Nei

Vennligst forklar: _____

20. Har du noen ganger snakket om din tinnitus med venner eller familie? Ja Nei

Hvis ja, hva var deres reaksjon? _____

BEHANDLINGSHISTORIKK

21. Har du blitt undersøkt av en lege eller annet helsepersonell for din tinnitus? Sett et kryss ved de som er aktuelle

Lege ØNH lege Audiograf Andre: _____

Vennligst forklar: _____

22. Vennligst oppgi alle evalueringer/behandlinger (inkludert lege og psykolog) som du har hatt for din tinnitus. (Oppgi en dato hvis mulig).

23. Vennligst oppgi operasjoner som du har hatt (som potensielt kan være relatert til din tinnitus)

24. Har du noen øre-nese-hals lidelser?

25. Har du noen andre kommentarer eller bekymringer knyttet til din tinnitus, hvordan påvirker tinnitusen eller hørselen din taleoppfattelse i stille eller støyende omgivelser?

Khalfa Hyperacusic Questionnaire (HQ)

Etternavn, fornavn:	Mann <input type="checkbox"/>	Kvinne <input type="checkbox"/>
Yrke eller studieretning:	Alder:	
Bosted:	Telefonnummer:	

	Nei	Ja
Er du eller har du blitt utsatt for støy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tolererer du støy dårligere nå enn for noen år siden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har det hendt at du har hatt problemer med hørselen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom ja, på hvilken måte?

Sett et kryss i boksen som passer best til din situasjon:	Nei	Ja, av og til	Ja, ganske ofte	Ja, ofte
1. Hender det at du bruker ørepropper eller øreklokker for å redusere støyopplevelsen (med dette menes ikke bruk av hørselsvern ved unormalt høyt støy nivå)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Synes du det er vanskeligere å ignorere lyder rundt deg i hverdagssituasjoner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du problemer med å lese i omgivelser med støy eller høyt lydnivå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du problemer med å konsentrere deg i omgivelser med mye støy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du vanskeligheter med å lytte til samtaler på steder med støy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har det hendt at noen du kjenner har fortalt deg at du tolererer støy eller bestemte lyder dårlig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Er du spesielt følsom for eller plaget av gatestøy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Synes du støy fra visse sosiale situasjoner er ubehagelig (for eksempel nattklubber, puber og barer, konserter, fyrverkeri og selskaper)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tenker du umiddelbart på støy nivået du må holde ut med når noen foreslår å finne på noe (gå på kino, konsert osv.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hender det at du melder avbud på en invitasjon, eller velger ikke å gå ut, som følge av forventet støy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Plager støy eller bestemte lyder deg mer i et stille rom enn i et rom med litt mer støy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Reduserer stress og trøtthet evnen din til å konsentrere deg i støy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Er du mindre i stand til å konsentrere deg i støy mot slutten av dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Utløser støy og bestemte lyder stress og irritasjon hos deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>