****

**Europejska Szkoła Interdyscyplinarnych Badań nad Szumami Usznymi – Kwestionariusz Przesiewowy (ESIT- SQ)**

Kwestionariusz składa się z dwóch części.

Część A zawiera ogólne pytania dotyczące wieku, wzrostu, stylu życia oraz stanu zdrowia. Część A może wypełnić każdy, niezależnie od tego, czy doświadcza szumów usznych. Wypełnienie tej części kwestionariusza powinno zając około 5 minut.

Jeśli w ciągu ostatniego roku występowały u Pana/Pani szumy uszne, prosimy o wypełnienie części B, w której znajdują się pytania dotyczące szumów usznych. Wypełnienie tej części kwestionariusza powinno zająć od 5 do 10 minut, w zależności od Pana/Pani odpowiedzi.

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ A. INFORMACJE OGÓLNE** |
| Odpowiadając na poniższe pytania, proszę wybrać odpowiedź, która najlepiej opisuje Pana/Panią oraz Pana/Pani doświadczenia. W niektórych przypadkach, możliwe jest wskazanie więcej niż jednej odpowiedzi. |
| A1  | Wiek (w latach) |
|  | \_ \_ |
| A2 | Płeć określona przy narodzinach: |
|  | ☐ Męska ☐ Żeńska ☐ Inna ☐ Wolę nie odpowiadać na to pytanie |
| A3 | Wzrost: |
|  | \_ \_ \_ cm  |
| A4 | Waga: |
|  | \_ \_ \_ kg  |
| A5 | Wykształcenie: |
|  | ☐ Niepełne podstawowe☐ Podstawowe☐ Gimnazjalne, zasadnicze zawodowe☐ Licealne, technikum ☐ Wyższe |
| A6 | Ile porcji alkoholu wypija Pan/Pani średnio w ciągu tygodnia?  |
|  | Jedna porcja to 125 ml kieliszek wina, 330 ml piwa lub 40 ml kieliszek wódki |
|  | \_ \_ |
| A7 | Która z podanych poniżej opcji najlepiej określa Pana/Pani stosunek do palenia tytoniu? |
|  | ☐ Niepalący (nigdy) ☐ Palący ☐ Obecnie niepalący, palący w przeszłości |
| A8 | Według Pana/Pani wiedzy, ilu członków Pana/Pani najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo, dzieci) doświadczyło szumów usznych lub niedosłuchu?  |
|  | Proszę wpisać liczbę obok wymienionych członków rodziny. |
|  | \_\_ Ojciec \_\_ Matka \_\_ Brat/bracia \_\_ Siostra/y\_\_ Syn/owie \_\_ Córka/ki |
| A9 | Czy cierpi Pan/Pani na zawroty głowy?  |
|  | ☐ Nie, nigdy ☐ Tak, mniej niż jeden epizod w roku☐ Tak, co najmniej jeden epizod w roku  |
| A10 | Czy zdiagnozowano u Pana/Pani którąkolwiek z poniższych chorób uszu?  |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. |
|  | ☐ Uraz akustyczny (uszkodzenie słuchu spowodowane hałasem)☐ Uraz ciśnieniowy (spowodowany nagłą zmianą ciśnienia)☐ Niedosłuch związany z wiekiem☐ Nagłe uszkodzenie słuchu☐ Niedosłuch z innych przyczyn☐ Chorobę Ménière’a ☐ Nerwiak nerwu słuchowego (guz nerwu słuchowego) ☐ Ostre zapalenie ucha środkowego lub zewnętrznego☐ Wysiękowe zapalenie ucha środkowego lub dysfunkcja trąbki słuchowej (Eustachiusza)☐ Przewlekłe zapalenie ucha środkowego (np. perforacja błony bębenkowej, perlak)☐ Otoskleroza (unieruchomienie łańcucha kosteczek słuchowych)☐ Inne choroby ucha. Proszę wymienić \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Żadne z powyższych |
| A11 | Czy przeszedł/przeszła Pan/Pani któryś z poniższych zabiegów?  |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. |
|  | ☐ Operację ucha ☐ Operację stomatologiczną ☐ Operację neurochirurgiczną☐ Nakłucie lędźwiowe☐ Chemioterapię ☐ Radioterapię głowy i szyi☐ Elektrowstrząsy☐ Inne. Proszę wymienić jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Żadne z powyższych |
| A12 | Czy w ciągu ostatniego tygodnia dźwięki zewnętrzne stanowiły dla Pana/Pani problem, były zbyt głośne lub uciążliwe, podczas gdy dla innych osób były one normalne? Uwaga: dotyczy zewnętrznych dźwięków (np. dźwięków otoczenia, odgłosów w tle, mowy, muzyki), a nie szumów usznych. |
|  | ☐ Nie, nie miałam/em problemu☐ Tak, niewielki problem☐ Tak, umiarkowany problem☐ Tak, duży problem☐ Tak, bardzo duży problem |
| A13 | Czy obecnie ma Pan/Pani jakiekolwiek inne problemy ze słuchem, takie jak np. trudności z rozumieniem mowy w hałasie? |
|  | ☐ Tak, w ogóle nie słyszę☐ Tak, duże trudności☐ Tak, umiarkowane trudności☐ Tak, nieduże trudności☐ Nie, nie mam trudności ☐ Nie wiem / Trudno powiedzieć |
| A14 | Czy używa Pan/Pani któregoś z poniżej wymienionych urządzeń?  |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. |
|  | ☐ Aparat słuchowy☐ Implant ślimakowy☐ Generator szumu (dźwięków)☐ Aparat słuchowy z funkcją generatora szumu (dźwięków)☐ Żadne z powyższych |
| A15 | Czy występują u Pana/Pani któreś z poniższych dolegliwości bólowych?  |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. |
|  | ☐ Bóle głowy☐ Bóle szyi i/lub karku☐ Ból ucha/uszu☐ Bóle stawu skroniowo-żuchwowego☐ Bóle w obrębie twarzy☐ Inne rodzaje bólu. Proszę wymienić jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nie  |
| A16 | Czy została u Pana/Pani zdiagnozowana przez specjalistę któraś z niżej wymienionych chorób lub dolegliwości?  |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. |
|  | **W obrębie narządu żucia:** ☐ Zaburzenia stawów skroniowo-żuchwowych☐ Choroby zębów**Neurologiczne:**☐ Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych ☐ Stwardnienie rozsiane☐ Epilepsja☐ Udar mózgu ☐ Inne schorzenie naczyń mózgowych☐ Demencja☐ Inne choroby neurologiczne**Psychiatryczne lub psychologiczne:**☐ Zaburzenia lękowe ☐ Depresja ☐ Uraz emocjonalny☐ Nadmierny stres**Zaburzenia snu:**☐ Trudności z zasypianiem ☐ Trudności z ciągłością snu / Wybudzanie podczas snu**Sercowo-naczyniowe:**☐ Niskie ciśnienie krwi☐ Wysokie ciśnienie krwi☐ Zawał mięśnia sercowego**Endokrynologiczne i metaboliczne:** ☐ Choroby tarczycy☐ Cukrzyca ☐ Hiperinsulinemia ☐ Podwyższony poziom cholesterolu **Reumatologiczne i immunologiczne:**☐ Reumatoidalne zapalenie stawów☐ Toczeń rumieniowaty układowy**Otolaryngologiczne:**☐ Przewlekłe zapalenie zatok☐ Skrzywienie przegrody nosa**Zakaźne:** ☐ Syfilis (kiła)☐ HIV ☐ Borelioza**Inne:** ☐ Anemia (niedokrwistość)☐ Zaburzenia równowagi ☐ Nadkwasota i/lub refluks żołądkowo-przełykowy☐ Globus (uczucie kuli w gardle)☐ Inne. Proszę sprecyzować \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Żadne z powyższych  |
| A17 | Szumy uszne to dźwięki, które są słyszane w głowie lub w uszach (takie jak dzwonienie czy brzęczenie) bez obecności zewnętrznego źródła dźwięku. Czy w ciągu ostatniego roku doświadczył/a Pan/Pani szumów usznych w głowie, jednym lub obydwu uszach, trwających dłużej niż 5 minut? |
|  | ☐ Tak, przez większość czasu lub stale☐ Tak, często☐ Tak, czasami☐ Nie, nie w ciągu ostatniego roku☐ Nie, nigdy☐ Nie wiem |
| Dziękujemy za wypełnienie części A. Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani 'Tak' na pytanie A17 (odpowiedź 1, 2 lub 3), prosimy o wypełnienie części B. Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani 'Nie' (odpowiedź 4 lub 5) lub 'Nie wiem' (odpowiedź 6) na pytanie A17 na tym kończy się badanie. Dziękujemy za udział w badaniu. |
|  |
| **CZĘŚĆ B. CHARAKTERYSTYKA SZUMÓW USZNYCH** |
| Dziękujemy za wypełnienie części A. W poniższych pytaniach, prosimy o podanie odpowiedzi, która najlepiej opisuje Pana/Pani szumy uszne i ich związek z innymi dolegliwościami. W przypadku niektórych pytań może Pan/Pani wybrać więcej niż jedną odpowiedź. |
| B1 | Średnio, jak często występują u Pana/Pani szumy uszne? |
|  | ☐ Codziennie lub prawie codziennie☐ Mniej więcej co tydzień☐ Mniej więcej co miesiąc☐ Co kilka miesięcy☐ Raz w roku |
| B2 | Proszę wybrać odpowiedź, która najlepiej opisuje Pana/Pani szumy uszne w ciągu dnia: |
|  | ☐ Stałe: zawsze je słyszę lub słyszę je zwykle, gdy jestem w cichym pomieszczeniu. ☐ Okresowe: pojawiają się i znikają. Nie słyszę ich zawsze, gdy jestem w cichym pomieszczeniu. |
| B3 | Jak dawno temu pojawiły się u Pana/Pani szumy uszne? |
|  | \_ \_ lat \_ \_ miesięcy temu☐ Nie pamiętam / Trudno powiedzieć |
| B4 | W ciągu ostatniego roku jak bardzo szumy uszne denerwowały lub martwiły Pana/Panią w momentach, gdy były najbardziej nasilone? |
|  | ☐ Bardzo☐ Średnio☐ Trochę☐ Wcale ☐ Nie pamiętam / Trudno powiedzieć Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani 'Wcale' lub ‘Nie pamiętam / Trudno powiedzieć’ proszę przejść do pytania B6.  |
| B5 | Jak dawno temu szumy uszne zaczęły być dla Pana/Pani dokuczliwe? |
|  | \_ \_ lat \_ \_ miesięcy temu☐ Nie pamiętam / Trudno powiedzieć |
| B6 | Mimo że u większości osób występuje jeden rodzaj szumów usznych, czasami można słyszeć więcej niż jeden rodzaj dźwięku. Czy słyszy Pan/i jeden czy kilka rodzajów dźwięku? |
|  | ☐ Jeden dźwięk ☐ Więcej niż jeden rodzaj dźwięku  |
|  | Jeśli słyszy Pan/Pani więcej niż jeden rodzaj dźwięku, w kolejnych pytaniach proszę udzielić odpowiedzi najlepiej pasujących do tego, który jest najbardziej dokuczliwy.  |
| B7 | Czy Pana/Pani szumy uszne zaczęły się: |
|  | ☐ Stopniowo ☐ Nagle ☐ Nie wiem/ Nie pamiętam  |
| B8 | Jeśli zaznaczył/a Pan/Pani dolegliwości lub zabiegi w pytaniach A9, A10, A11, A12, A13, A15 lub A16, proszę je wymienić tutaj i napisać obok czy miały one miejsce PRZED, mniej więcej W TYM SAMYM CZASIE, czy PO tym jak pojawiły się szumy uszne. |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| B9 | Czy pojawienie się szumów usznych było związane z (może Pan/Pani wybrać więcej niż jedną odpowiedź): |
|  | ☐ Narażeniem na głośne dźwięki☐ Pogorszeniem słuchu ☐ Narażeniem na zmiany ciśnienia (np. w czasie lotu samolotem czy nurkowania)☐ Grypą, przeziębieniem lub inną infekcją ☐ Uczuciem pełności lub zwiększonego ciśnienia w uszach ☐ Stresem☐ Urazem głowy☐ Urazem szyi ☐ Inne. Proszę wymienić \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Żadne z powyższych |
| B10  | Czy w czasie, kiedy pojawiły się szumy uszne przyjmował/a Pan/Pani którykolwiek z wymienionych poniżej leków?  |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. |
|  | ☐ Aspiryna☐ Leki przeciwbólowe. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Steroidy (sterydy) doustne. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Antybiotyki. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Leki przeciwdepresyjne. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Chinina (np. w malarii, skurczach mięśni)☐ Leki moczopędne (diuretyki). Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Inne leki. Proszę wymienić jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Żadne z powyższych☐ Nie wiem / Nie pamiętam |
| B11  | Czy uważa Pan/Pani, że któreś z wymienionych wcześniej dolegliwości lub jakiekolwiek inne dolegliwości były związane z pojawieniem się szumów usznych? |
|  | Możliwe jest wskazanie maksymalnie trzech odpowiedzi - proszę wybrać najbardziej istotne. |
|  | ☐ Nie☐ Tak Proszę wymienić, które \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| B12  | Czy głośność Pana/Pani szumów usznych jest cały czas taka sama czy zmienia się w ciągu dnia? |
|  | ☐ Cały czas jest taka sama☐ Czasami się zmienia ☐ Ciągle się zmienia ☐ Nie wiem / Trudno powiedzieć |
| B13  | Jak brzmią Pana/Pani szumy uszne? |
|  | ☐ Jak pojedynczy ton ☐ Jak szum ☐ Jak muzyka☐ Jak cykanie świerszcza ☐ Inaczej. Proszę opisać jak \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| B14  | Proszę opisać wysokość Pana/Pani szumów usznych. Uwaga: Przez *wysokość* należy rozumieć częstotliwość dźwięku (wysokość tonu), a nie jego głośność. |
|  | ☐ Dźwięk o wysokiej częstotliwości (o wysokim tonie)☐ Dźwięk o średniej częstotliwości (o średnio wysokim tonie)☐ Dźwięk o niskiej częstotliwości (o niskim tonie)☐ Nie wiem / Trudno powiedzieć  |
| B15  | Gdzie Pan/Pani słyszy swoje szumy uszne? |
|  | ☐ W prawym uchu ☐ W lewym uchu ☐ W obu uszach, głośniej w prawym ☐ W obu uszach, głośniej w lewym☐ W obu uszach tak samo ☐ Wewnątrz głowy ☐ Gdzie indziej. Proszę opisać gdzie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nie wiem / Trudno powiedzieć |
| B16  | Czy Pana/Pani szumy uszne są pulsujące (rytmiczne)? |
|  | ☐ Nie☐ Tak, pulsują w rytmie serca (można to sprawdzić jednocześnie mierząc puls i słuchając swoich szumów usznych) ☐ Tak, pulsują zgodnie z oddechem ☐ Tak, zależą od ruchów głowy, szyi, szczęki lub mięśni twarzy ☐ Inne. Proszę opisać, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| B17  | Czy Pana/Pani lekarz był w stanie usłyszeć Pana/Pani szumy uszne? |
|  | ☐ Tak ☐ Nie |
| B18  | Czy Pana/Pani szumy uszne ZMNIEJSZAJĄ SIĘ w następujących warunkach (może Pan/Pani wybrać więcej niż jedną odpowiedź): | B19  | Czy Pana/Pani szumy uszne ZWIĘKSZAJĄ SIĘ w następujących warunkach (może Pan/Pani wybrać więcej niż jedną odpowiedź): |
|  | ☐ Bardzo ciche otoczenie ☐ Ciche dźwięki☐ Głośne dźwięki ☐ Ruchy głowy ☐ Zaciskanie zębów lub ruchy szczęką☐ Uciskanie głowy, szyi lub okolicy ucha☐ Drzemka☐ Po wyspaniu się ☐ Prowadzenie samochodu☐ Stres lub zdenerwowanie ☐ Bycie zrelaksowanym☐ Po wypiciu alkoholu☐ Po wypiciu kawy☐ Po zażyciu leków ☐ Noszenie aparatów słuchowych ☐ Inne. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Żadne z powyższych  |  | ☐ Bardzo ciche otoczenie ☐ Ciche dźwięki☐ Głośne dźwięki ☐ Ruchy głowy ☐ Zaciskanie zębów lub ruchy szczęką☐ Uciskanie głowy, szyi lub okolicy ucha☐ Drzemka☐ Niewyspanie☐ Prowadzenie samochodu☐ Stres lub zdenerwowanie ☐ Bycie zrelaksowanym ☐ Po wypiciu alkoholu ☐ Po wypiciu kawy☐ Po zażyciu leków ☐ Noszenie aparatów słuchowych ☐ Inne. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Żadne z powyższych |
| B20  | Czy w ciągu ostatniego roku był/a Pan/Pani u lekarza pierwszego kontaktu lub u innego specjalisty w przychodni lub szpitalu z powodu Pana/Pani szumów usznych? |
|  | ☐ Tak, 5 lub więcej wizyt☐ Tak, 2-4 wizyty ☐ Tak, tylko raz☐ Nie☐ Nie pamiętam  |
| B21  | Czy aktualnie korzysta Pan/Pani z którejś z wymienionych poniżej metod leczenia lub terapii szumów usznych?  |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. |
|  | ☐ Leczenie psychiatryczne☐ Psychoterapia ☐ Leczenie audiologiczne (np. terapia dźwiękiem, aparaty słuchowe)☐ Fizjoterapia ☐ Leczenie we własnym zakresie (np. suplementy diety, grupy wsparcia, ćwiczenia relaksacyjne) ☐ Inne. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Żadne z powyższych |
| B22  | Czy uważa Pan/Pani, że którekolwiek z sytuacji/ czynności wymienionych wcześniej lub jakiekolwiek inne sytuacje/czynności powodują pogorszenie się Pana/Pani szumów usznych? |
|  | (Możliwe jest wskazanie maksymalnie trzech odpowiedzi - proszę wybrać najbardziej istotne) |
|  | ☐ Nie☐ Tak. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Dziękujemy za udział w badaniu. |