

## Tinnitus Handicap Inventory (THI)

Όνομα : \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις, χωρίς να παραλείψετε καμία.

1. Λόγω του βουητού μου είναι αδύνατον να συγκεντρωθώ.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
2. Η ένταση του βουητού με δυσκολεύει στο να ακούσω άλλους ανθρώπους.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
3. Το βουητό με εκνευρίζει.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
4. Το βουητό μου δημιουργεί σύγχυση.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
5. Εξ αιτίας του βουητού, είμαι απογοητευμένος.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
6. Παραπονιέμαι πολύ για το βουητό μου.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
7. Εξ αιτίας του βουητού, δυσκολεύομαι να κοιμηθώ το βράδυ.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
8. Νιώθω σαν να μην μπορώ να ξεφύγω από το βουητό μου.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
9. Το βουητο μου δυσκολεύει κοινωνικές δραστηριότητες( σινεμά, έξοδο για φαγητό)	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
10. Εξ αιτίας του βουητού, νιώθω καταπιεσμένος.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
11. Εξ αιτίας του βουητού, νιώθω ότι έχω κάποια φοβερή ασθένεια.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι

12. Το βουητο με δυσκολεύει στο να χαρώ την ζωή.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
13. Το βουητο με επηρεάζει στην δουλειά και στις δραστηριότητες του σπιτιού.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
14. Εξ αιτίας του βουητού, είμαι συχνά ευερέθιστος.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
15. Εξ αιτίας του βουητού, δυσκολεύμαι να διαβάσω.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
16. Το βουητό με αναστατώνει.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
17. Το βουητό επηρεάζει τις σχέσεις μου με συγγενείς, και / η φίλους	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
18. Δυσκολεύομαι να αποσπάσω την προσοχή μου απο το βουητό και να κάνω άλλα πράγματα.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
19. Αισθάνομαι να μην έχω έλεγχο στο βουητό μου.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
20. Εξ αιτίας του βουητού, συχνά αισθάνομαι κουρασμένος.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
21. Εξ αιτίας του βουητού, έχω κατάθλιψη.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
22. Το βουητό μου δημιουργεί ανησυχία.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
23. Αισθάνομαι οτι δεν μπορώ άλλο να αντέξω το βουητό μου.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
24. Το βουητό χειροτερεύει όταν αγχώνομαι.	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι
25. Το βουητό μου δημιουργεί ανασφάλεια	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Οχι