

**A Leideni Egyetem által kidolgozott kérdőív az
agyalapi mirigy megbetegedésével járó zavaró
hatások és igények felmérésére
(*LBNQ-Pituitary*, Leiden Bother and Needs
Questionnaire)**



Leids Universitair Medisch Centrum (Leideni Egyetem – Orvostudományi Központ)
Center for Endocrine Tumors Leiden (CETL, Endokrin tumorok gyógyászati központja –
Leiden)

© 2013, Center for Endocrine Tumors Leiden, Leiden University Medical Center, Hollandia.

Minden jog fenntartva. A szerző előzetes értesítése nélkül tilos a kérdőívet vagy annak bármely részét lemásolni vagy továbbítani, bármilyen formában vagy módszerrel.

Kapcsolatfelvétel:

Division of Endocrinology, C7-Q
Leiden University Medical Center
P.O. Box 9600
2300 RC Leiden
Hollandia

Ez a felmérés azt vizsgálja, hogy az agyalapi mirigy valamely betegsége miatt kezelt betegekre milyen hatással van a betegség, illetve milyen egészségügyi ellátást és tanácsadást igényelnek. A következő kérdőívvel szeretnénk feltérképezni az agyalapi mirigy megbetegedésében szenvedő személyek betegséggel kapcsolatos tapasztalatait. A kérdőívet arra is szeretnénk felhasználni, hogy felmérjük, a betegeknek milyen egészségügyi ellátásra és tanácsadásra van szüksége a konkrét tünetek és következmények kezeléséhez.

Kérjük, olvassa el és gondolja át a kérdőívben szereplő állításokat, amelyek arra vonatkoznak, hogy az agyalapi mirigy betegsége hogyan befolyásolja az Ön mindennapi életét. Kérjük, bekarikázással vagy beikszeléssel jelölje meg azt a választ, amely a leginkább igaz Önre. Itt nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ha valamelyik válasznál bizonytalan, akkor azt a lehetőséget jelölje meg, amelyet leginkább igaznak érez.

A következő oldalunk mutatunk egy **példát**.

PÉLDA

Minden kérdés három részből áll.

Az „A” rész egy nehéz problémára vonatkozó állítást tartalmaz. Kérjük, jelölje meg, hogy ez az állítás igaz-e Önre.

Agyalapi mirigy betegségem miatt **korlátozva érzem magam a mindennapi életben.**

- a. ☒ IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

Ezután arra kérdezünk rá, hogy milyen mértékben tapasztalja ezt a problémát. Ehhez jelölje meg azt a választ, amely leginkább igaz Önre:

- b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

Végül arra kérdezünk rá, mennyire tartja fontosnak, hogy az Ön által kapott ellátás során foglalkozzanak ezzel a konkrét problémával. Ehhez jelölje meg azt a választ, amely leginkább igaz Önre:

- c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

1. Agyalapi mirigy betegségem miatt **fáradt vagyok.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

2. Agyalapi mirigy betegségem miatt **fájdalmaim vannak.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

3. Agyalapi mirigy betegségem miatt **alvási problémáim vannak.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

4. Agyalapi mirigy betegségem miatt **nehezen tudok koncentrálni.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

5. Agyalapi mirigy betegségem miatt **nehezen tudok egyszerre több dolgot csinálni.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

6. Agyalapi mirigy betegségem miatt **problémák vannak a memóriámmal.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

7. Agyalapi mirigy betegségem miatt **időnként nem tudok megszabadulni bizonyos gondolatoktól.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

8. Agyalapi mirigy betegségem miatt **rosszkedvű vagyok.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

9. Agyalapi mirigy betegségem miatt **szorongok vagy nyugtalan vagyok.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

10. Agyalapi mirigy betegségem miatt **hangulatingadozásokat tapasztalok.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

11. Agyalapi mirigy betegségem miatt **bizonyos helyzetekben hajlamos vagyok pánikolni.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

12. Agyalapi mirigy betegségem miatt **érzékenyebben érintenek a stresszes helyzetek, mint korábban.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

13. Agyalapi mirigy betegségem miatt **nyugtalanítanak a fizikai tünetek.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

14. Agyalapi mirigy betegségem miatt **úgy érzem, bizonyos szempontokból megváltozott a személyiségem.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

15. Agyalapi mirigy betegségem miatt **nem úgy reagálok érzelmileg, ahogy korábban.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

16. Agyalapi mirigy betegségem miatt **ingerlékenyebb vagyok, mint korábban.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

17. Agyalapi mirigy betegségem miatt **szégyent érzek.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

18. Agyalapi mirigy betegségem miatt **egyedül érzem magam.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

19. Agyalapi mirigy betegségem miatt **bűntudatom van a párom vagy a családom felé.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM / Nem értelmezhető (Ha a válasza NEM vagy Nem értelmezhető, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

20. Többet teszek, mint ami valójában jó nekem (tehát túllépek a határaitam).

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez terhet jelent számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

21. Azt gondolom, hogy minden (új) tünet az agyalapi mirigy betegségemmel kapcsolatos.

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez terhet jelent számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

22. Gyakran töprengek az agyalapi mirigy betegségem **okain**.

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez terhet jelent számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

23. Negatív gondolataim vannak az agyalapi mirigy betegségem **következményeivel kapcsolatban**.

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

24. Negatív gondolataim vannak azzal kapcsolatban, hogy agyalapi mirigy betegségem miként fog rosszabbodni.

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

25. Negatív gondolataim vannak azzal kapcsolatban, hogy agyalapi mirigy betegségemet mennyire lehet **kontrollálni**.

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

26. Agyalapi mirigy betegségem miatt **testi problémákat tapasztalok szex közben**.

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

27. Agyalapi mirigy betegségem miatt **kevésbé érdekel a szex**.

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

28. Agyalapi mirigy betegségem miatt **megromlott a párommal való kapcsolatom.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM / Nem értelmezhető (Ha a válasza NEM vagy Nem értelmezhető, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

29. Agyalapi mirigy betegségem miatt **kevesebb barátom van, mint régen.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

30. Agyalapi mirigy betegségem miatt **kényelmetlenül érzem magam más emberek között.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

31. Azt tapasztalom, hogy **a környezetemben lévő emberek nem értik meg az agyalapi mirigy betegségem következményeit.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

32. Agyalapi mirigy betegségem miatt **nem tudom korlátlanul végezni az általam kedvelt szabadidős tevékenységeket.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM (Ha a válasza NEM, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

33. Agyalapi mirigy betegségem miatt **nehézségeim adódnak a munkám során.**

a. IGEN / Bizonyos mértékig / NEM / Nem értelmezhető (Ha a válasza NEM vagy Nem értelmezhető, kérjük, lépjen a következő kérdésre)

b. Ez a probléma és annak következményei terhet jelentenek számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem	Kis mértékben	Közepes mértékben	Jelentős mértékben	Rendkívüli mértékben

c. Az, hogy az engem ellátó egészségügyi szakemberek foglalkozzanak ezzel a problémával, számomra:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem fontos	kissé fontos	közepesen fontos	nagyon fontos	rendkívül fontos

Általam tapasztalt egyéb problémák:

(Kérjük, azt is írja ide, hogy az egyéb problémákkal kapcsolatosan igényel-e figyelmet vagy segítséget az egészségügyi szakemberektől)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nagyon köszönjük, hogy részt vesz ebben a felmérésben!