

**Kwestionariusz Uniwersytetu Lejdejskiego
dotyczący problemów i potrzeb pacjentów
ze schorzeniami przysadki mózgowej —
(*LBNQ-Pituitary*)**



Leids Universitair Medisch Centrum
Ośrodek Guzów Endokrynnych, Lejda (CETL)

© 2013, Ośrodek Guzów Endokrynnych, Lejda, Uniwersytet Lejdejski, Holandia. Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej ankiety nie może być powielana ani przekazywana w jakiegokolwiek formie bez uprzedniego powiadomienia autora.

Adres korespondencyjny:

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

Niniejsza ankieta bada wpływ choroby oraz potencjalnej opieki zdrowotnej i doradztwa na pacjentów leczonych z powodu schorzeń przysadki mózgowej. Korzystając z niniejszej ankiety pragniemy odzwierciedlić doświadczenia pacjentów ze schorzeniem przysadki mózgowej. Pragniemy także wykorzystać tę ankietę do określenia oczekiwań pacjentów zarówno w przypadku opieki zdrowotnej, jak i doradztwa w dziedzinie radzenia sobie z określonymi objawami oraz skutkami choroby.

Chcemy poprosić Pana/Panią o zapoznanie się z szeregiem stwierdzeń na temat skutków, jakich Pan/Pani doznaje lub może doznawać w codziennym życiu z powodu schorzenia przysadki mózgowej. Prosimy o zakreślenie kółkiem / zaznaczenie odpowiedzi, która najściślej odzwierciedla Pana/Pani opinię. Nie ma prawidłowych i nieprawidłowych odpowiedzi. Jeśli nie ma Pan/Pani pewności co do wyboru odpowiedzi, proszę wybrać odpowiedź, która jest najbardziej odpowiednia.

Na następnej stronie można zobaczyć **przykład**.

PRZYKŁAD

Każde pytanie składa się z trzech elementów.

Część A składa się ze stwierdzenia dotyczącego trudnego problemu. Proszę zaznaczyć, czy to stwierdzenie Pani/Pana dotyczy:

Z powodu schorzenia przysadki mózgowej doświadczam **ograniczeń w życiu codziennym**.

a. ☒ TAK / W pewnym stopniu / NIE (Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania)

Proszę zaznaczyć, w jakim stopniu doświadczają Pan/Pani tego problemu. Należy zaznaczyć pole, które najbardziej odpowiada Pani/Pana opinii:

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

Na końcu proszę wskazać, jak ważne jest, by opieka, jaką jest Pan/Pani objęty(-a), uwzględniała ten konkretny problem. Należy zaznaczyć pole, które najbardziej odpowiada Pani/Pana opinii:

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

1. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej doświadczam **zmęczenia**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

2. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej doświadczam **bólu fizycznego**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

3. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej mam **problemy ze snem**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

4. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej mam **problemy z koncentracją**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

5. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej mam **trudności z równoczesnym wykonywaniem kilku czynności**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

6. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej mam **problemy z pamięcią**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

7. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej mam **trudności z pozbyciem się niektórych myśli**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

8. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej **odczuwam przygnębienie**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

9. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej czuję **niepokój**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

10. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej mam **wahania nastroju**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

11. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej mam **skłonność do paniki w niektórych sytuacjach**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

12. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej jestem **bardziej wrażliwy(-a) na sytuacje stresowe niż wcześniej**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

13. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej **martwię się objawami fizycznymi.**

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

14. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej doświadczam **zmian osobowości.**

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

15. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej **moje reakcje emocjonalne uległy zmianie.**

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

16. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej jestem **bardziej drażliwy(-a) niż wcześniej**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

17. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej odczuwam **wstyd**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

18. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej odczuwam **samotność**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

19. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej mam **poczucie winy wobec mojego partnera/ bliskiej rodziny**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE / Nie dotyczy (*Jeśli NIE lub Nie dotyczy, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

20. Robię więcej niż powinienem/powinnam (przekraczam własne ograniczenia).

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Odczuwam obciążenie w stopniu:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medycznych jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

21. Sądzę, że każdy (nowy) objaw jest związany z moim schorzeniem przysadki mózgowej.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Odczuwam obciążenie w stopniu:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

22. Często zastanawiam się nad **przyczynami** mojego schorzenia przysadki mózgowej.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Odczuwam obciążenie w stopniu:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

23. Mam negatywne myśli na temat **skutków** występującego u mnie schorzenia przysadki mózgowej.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

24. Mam negatywne myśli dotyczące postępu mojego schorzenia przysadki mózgowej.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

25. Mam negatywne myśli o tym, do jakiego stopnia moje schorzenie przysadki mózgowej może pozostawać pod **kontrolą**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

26. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej mam **problemy fizyczne podczas uprawiania seksu**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

27. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej przejawiam **mniej zainteresowanie seksem**.

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

28. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej **moja relacja z partnerem uległa pogorszeniu.**

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE / Nie dotyczy (*Jeśli NIE lub Nie dotyczy, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

29. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej **mój krąg przyjaciół się zmniejszył.**

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

30. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej **czuję się niekomfortowo w sytuacjach społecznych.**

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

31. Odczuwam **brak zrozumienia od osób z mojego kręgu społecznego na temat skutków mojej choroby przysadki mózgowej**

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

32. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej **moje zaangażowanie w hobby jest ograniczone.**

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE (*Jeśli NIE, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

33. Z powodu schorzenia przysadki mózgowej mam **trudności z wykonywaniem swojej pracy.**

a. TAK / W pewnym stopniu / NIE / Nie dotyczy (*Jeśli NIE lub Nie dotyczy, należy przejść do kolejnego pytania*)

b. Ten problem i jego skutki są dla mnie obciążeniem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale	Niewielkim	Umiarkowanym	Znacznym	Bardzo dużym

c. Sądzę, że zwracanie uwagi na ten problem przez personel medyczny jest

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieistotne	Mało istotne	Umiarkowanie istotne	Dość istotne	Bardzo istotne

Inne problemy, jakich doświadczam:

(Proszę także zaznaczyć, czy potrzebuje Pan/Pani uwagi lub pomocy w radzeniu sobie z tymi problemami)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy za udział w ankiecie!