

ULUSLAR ARASI SONUÇ ENVANTERİ – İŞİTME CİHAZI (IOI-HA)

1. Geçtiğimiz iki hafta boyunca mevcut işitme cihaz(lar)ınızı ne kadar kullandığınızı düşünün. Ortalama günde işitme cihaz(lar)ınızı kaç saat kullandınız?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| hiç | Günde 1
saatten az | Günde 1 ila 4
saat arası | Günde 4 ila 8
saat arası | Günde 8
saatten fazla |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Mevcut işitme cihaz(lar)ınızı almadan önce daha iyi duymak istediğiniz durumları düşünün. Geçtiğimiz iki hafta boyunca, işitme cihazı o durumda ne kadar yardımcı oldu?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hiç yardımcı
olmadı | Çok az
yardımcı oldu | Biraz
yardımcı oldu | Oldukça
yardımcı oldu | çok
yardımcı oldu |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Şimdi de daha iyi duymayı en çok istediğinizi durumu düşünün. Mevcut işitme cihaz(lar)ınızı kullandığımızda, o durumda YİNE DE ne kadar zorluk çekiyorsunuz?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Çok fazla
zorluk | Oldukça çok
zorluk | biraz
zorluk | Çok az
zorluk | zorluk
yok |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Herşeyi göz önünde bulundurduğunuzda, mevcut işitme cihaz(lar)ınız zahmete değer mi?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hiç değer | Çok az
değer | Biraz değer | Oldukça değer | Çok fazla
değer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Geçtiğimiz iki hafta süresince, mevcut işitme cihaz(lar)ınızla, işitme zorluklarınız yaptığınız işleri ne kadar etkiledi?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Çok etkiledi | Oldukça çok
etkiledi | Biraz etkiledi | Çok az
etkiledi | Hiç
etkilemedi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Geçtiğimiz iki hafta boyunca, mevcut işitme cihaz(lar)ınızla, sizin işitme zorluklarınızın diğer insanları ne kadar rahatsız ettiğini düşünüyorsunuz?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Çok
Rahatsız etti | Oldukça fazla
Rahatsız etti | Biraz rahatsız
etti | Çok az
Rahatsız etti | Hiç rahatsız
etmedi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Herşeyi göz önünde bulundurduğunuzda, mevcut işitme cihaz(lar)ınız yaşam keyfinizi ne kadar değiştirdi?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Daha kötü | Değişiklik yok | Biraz daha
iyi | Oldukça daha
iyi | Çok daha
iyi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Turkish Version