



Questionnaire1

پرسشنامه وان - مرجع پرسشنامه ایران

پرسشنامه کیفیت زندگی وابسته به سلامت

MOS-HIV

لطفاً سوالات زیر را با قرار دادن علامت x تنها در یک مربع پاسخ دهید؟

۱) بطور کلی، آیا می توانید بگویید سلامت شما چگونه است؟

۱-عالی  ۲-خیلی خوب  ۳-خوب

۴-نه چندان خوب  ۵-بد

۲) در طی ۴ هفته گذشته، چه مقدار درد در بدن خود احساس نموده اید؟

۱-هیچ  ۲-خیلی خفیف  ۳-خفیف

۴-متوسط  ۵-شدید  ۶-خیلی شدید

۳) در طی ۴ هفته گذشته، احساس درد به چه میزان کارهای عادی (فعالتهای روزمره در داخل و خارج از

خانه) شما را مختل نموده است؟

۱-به هیچ وجه  ۲-نسبتاً کم  ۳-متوسط

۴-زیاد  ۵-خیلی زیاد

۴) سوالات زیر در مورد کارهایی است که احتمالاً در طول روز انجام می دهید.

آیا با توجه به وضعیت فعلی خود انجام فعالتهای زیر برایتان دشوار است؟

در هر ردیف یک مربع را علامت بزنید	بله، بسیار دشوار است	بله، کمی دشوار است	خیر، دشوار نیست
الف- کارهای سختی که می توانید انجام دهید، مثل بلند کردن اشیاء سنگین، دویدن یا شرکت در ورزشهای سنگین	۱ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>
ب- کارهای معمولی که می توانید انجام دهید، مثل حرکت دادن یک میز، حمل خواربار یا سبد خرید	۱ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>
پ- پیاده روی یا کوه نوردی یا بالا رفتن از چند پله	۱ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>
ت- خم شدن، از جا بلند کردن یا دولا کردن	۱ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>
ث- قدم زدن	۱ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>
ج- خوردن، لباس پوشیدن حمام کردن، دستشویی رفتن	۱ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>

۵) آیا وضعیت سلامتی تان از انجام کارهای شغلی، خانه داری یا رفتن به مدرسه، باز می دارد؟

۱-بله  ۲-خیر

۶- آیا با توجه به وضعیت جسمانی تان قادر به انجام مقدار مشخصی از کار، وظایف خانه یا تکالیف مدرسه

نمی باشید؟

۱-بله  ۲-خیر

۷) لطفاً در مورد هر یک از سؤالات زیر، مریعی را پاسخ دهید که گویای وضعیت شما در طی ۴ هفته گذشته

می باشد؟

هیچ وقت	مدت کوتاهی	گاهی اوقات	تا حدود قابل ملاحظه ای	بیشتر اوقات	همیشه		
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	۷	آیا در طول ۴ هفته گذشته وضعیت سلامتی شما، فعالیت اجتماعی از قبیل ملاقات با دوستان یا اقوام نزدیک را دشوار ساخته است؟
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	۸	در طول ۴ هفته گذشته چه مدت:
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	الف	عصبی بوده اید؟
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	ب	احساس آرامش و آسایش کرده اید؟
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	پ	احساس غمگینی و گرفتگی کرده اید؟
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	ت	خوشحال بوده اید؟
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	ث	احساس دلنگی کردید بطوریکه چیزی نمی توانست شما را شاد کند؟

هیچ وقت	مدت کوتاهی	گاهی اوقات	تا حدود قابل ملاحظه ای	بیشتر اوقات	همیشه	
						۱۰- در طی ۴ هفته گذشته چه مدت:
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	الف-درمورد استدلال و حل مسائل برای مثال برنامه ریزی، تصمیم گیری و یادگیری چیزهای تازه با مشکل روبرو بوده اید؟
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	ب-مسائلی را که اخیراً رخ داده، فراموش می کردید، مثلاً چیزها را در کجا گذاشته اید و چه وقتی قرار ملاقات داشته اید؟
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	پ-برای تمرکز حواس درمورد هر کاری مدتی با مشکل روبرو بوده اید؟
۶ <input type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	ث-در مورد انجام فعالیتهایی که مستلزم تفکر و تمرکز است مشکل داشته اید؟

۱۱-لطفاً مربعی را انتخاب نمایید که با توجه به توضیحات داده شده، نشاندهنده وضعیت سلامتی شما باشد.

قطعاً نادرست است	تا حدود زیادی نادرست است	مطمئن نیستم	تا حدودی درست است	قطعاً درست است	
۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	الف من تا حدودی بیمارم
۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	ب من به اندازه بقیه افراد سالم هستم
۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	پ سلامت من در حد عالی است
۵ <input type="checkbox"/>	۴ <input type="checkbox"/>	۳ <input type="checkbox"/>	۲ <input type="checkbox"/>	۱ <input type="checkbox"/>	ت این اواخر احساس خوبی نداشتم