

## پرسشنامه کیفیت زندگی جوانان ایتالیا (ISYQOL) به زبان فارسی

نام خانوادگی \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_

قصد داریم وضعیت سلامت شما را با توجه به مشکل پشتتان بسنجیم (مشکل شما: اسکولیوز، کایفوز و...) لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید.

۱	آیا نگران هستید که مشکل پشتتان بدتر شود؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۲	آیا نگران هستید که مشکل پشتتان باعث ایجاد درد شدید در بزرگسالی شود؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۳	آیا فکر می کنید که مشکل پشتتان یک بحران جدی است؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۴	آیا نگران هستید که علی رغم همه تلاش های شما برای درمان، پشتتان بهتر نشود؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۵	آیا فکر می کنید بیماری های جدی تر از مشکل پشت شما وجود دارد؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۶	فارغ از مشکل پشتتان، آیا زندگی شما طبیعی است؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۷	در حال حاضر آیا به خاطر مشکل پشتتان رنج می برید؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۸	آیا شکل ظاهری پشتتان ناراحتید؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۹	آیا نگران سلامتی پشتتان هستید؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۱۰	آیا فکر می کنید که مشکل پشتتان کم اهمیت است؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۱۱	آیا از نشان دادن بدنتان خجالت می کشید؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۱۲	آیا نگران هستید که مشکل پشتتان خیلی به چشم بیاید؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۱۳	علی رغم مشکل پشتتان آیا زندگی شادی دارید؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات

اگر از بريس استفاده نمی کنید، پرسشنامه همین جا به پایان می رسد. اگر به علت مشکل پشتتان، از بريس استفاده می کنید، لطفاً به سوالات بعدی پاسخ دهید:

۱۴	آیا به خاطر بريس نمی توانید آن گونه که می خواهید لباس بپوشید؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۱۵	آیا نگران هستید که بريس از زیر لباس هایتان دیده شود؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۱۶	آیا ناراحتید در زمانی که بريس می پوشید دیگر تمام کارهایی که قبلاً انجام می دادید را نمی توانید انجام دهید؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۱۷	آیا احساس می کنید که بريس حرکاتتان را محدود می کند؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۱۸	آیا تاکنون به خاطر پوشیدن بريس گریه کرده اید؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۱۹	آیا احساس می کنید که دیگران شما را به خاطر پوشیدن بريس قبول نمی کنند؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات
۲۰	آیا پوشیدن بريس دشوار است؟	<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> گاهی اوقات	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات