

## پرسشنامه معلولیت وزوز<sup>۱</sup> (THI)

نام بیمار:	سن:	تاریخ تکمیل پرسشنامه:
این پرسشنامه پیش از دریافت دستگاه تکمیل گردیده است <input type="checkbox"/>	این پرسشنامه پس از دریافت دستگاه تکمیل گردیده است <input type="checkbox"/>	
شماره سریال دستگاه:	نوع محرک مورد استفاده:	

لطفا پاسخ خود را در خانه های مربوط به هر سوال که در مقابل آن قرار دارد علامت بزنید. دقت فرمایید که همه سوالات پاسخ داده شود.

۱	آیا وزوز تمرکز را برایتان دشوار کرده است؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲	آیا به بلندی صدای وزوز، صحبت دیگران را به سختی می شنوید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا وزوز شما را عصبانی می کند؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا وزوز باعث گیجی و حواس پرتی شما می شود؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۵	آیا به دلیل وزوز احساس درماندگی می کنید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۶	آیا از دست وزوز خود خیلی شاکی هستید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۷	آیا به دلیل وزوز، شب ها به سختی به خواب می روید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۸	آیا فکر می کنید از وزوزتان خلاصی ندارید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۹	آیا وزوز بر لذت از فعالیت های اجتماعی (مانند بیرون رفتن برای صرف غذا، رفتن به سینما) تاثیر داشته است؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۰	آیا به دلیل وزوز احساس ناامیدی می کنید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۱	آیا به دلیل وزوز، فکر میکنید بیماری سختی دارید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۲	آیا وزوز، لذت از زندگی را برایتان دشوار کرده است؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۳	آیا وزوز بر شغل یا مسئولیت های زندگی تان تاثیر داشته است؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۴	آیا غالباً وزوز موجب زود رنجی شما می شود؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۵	آیا به دلیل وزوز، مطالعه برایتان دشوار است؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۶	آیا وزوز باعث اضطراب و پریشانی شما می شود؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۷	آیا فکر می کنید وزوز بر روابط شما با اعضای خانواده و دوستان تاثیر داشته است؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۸	آیا برایتان دشوار است که توجه خود را از وزوز به چیزی دیگری معطوف کنید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۹	آیا فکر می کنید بر وزوزتان کنترلی ندارید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۰	آیا به دلیل وزوز اغلب احساس خستگی می کنید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۱	آیا به دلیل وزوز احساس افسردگی می کنید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۲	آیا وزوز باعث نگرانی شما می شود؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۳	آیا فکر می کنید نمی توانید با وزوز خود سازگاری یابید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۴	آیا وقتی نگران و تحت فشار هستید، وزوزتان بدتر می شود؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۵	آیا به دلیل وزوز احساس ناامنی می کنید؟	بله <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
جمع امتیازات هر ستون				
امتیاز کل				

<sup>۱</sup> Mahmoudian, S., et al., *Persian language version of the "Tinnitus Handicap Inventory": Translation, standardization, validity and reliability*. International Tinnitus Journal, 2011. 16(2): p. 93

## سطح شدت وزوز براساس امتیاز کسب شده در THI

(بله: ۴ امتیاز، گاهی اوقات: ۲ امتیاز، خیر: ۰ امتیاز)

گروه ها	سطح شدت وزوز	امتیاز
گروه ۱	خفیف (فقط در محیط های آرام شنیده می شود).	۰-۱۶
گروه ۲	ملایم (به راحتی با صدای محیطی پوشش یافته، و در حین انجام کارها فراموش می شود).	۱۸-۳۶
گروه ۳	متوسط (با وجود سرو صدای محیط، احساس می شود، با این حال فرد قادر به انجام فعالیت های روزمره است).	۳۸-۵۶
گروه ۴	شدید (تقریباً همواره شنیده می شود، خواب را متأثر کرده و می تواند در فعالیت های روزمره مداخله نماید).	۵۸-۷۶
گروه ۶	آزاردهنده (همواره شنیده می شود، خواب را بر هم زده و در انجام هر کاری مداخله می کند).	۷۸-۱۰۰