

پرسشنامه کاغذی کوهورت جوانان ایران مصاحبه حضوری سوم

دستورالعمل تماس و دعوت

این قسمت در سامانه از مصاحبه حضوری اول و دوم به صورت خودکار نمایش داده می شود.

نام شرکت کننده: شماره تلفن ثابت فرد:
 کد ملی: شماره تلفن همراه فرد:
 تاریخ تولد: شماره تلفن ثابت آشنایان:
 تاریخ مصاحبه اولیه: شماره تلفن همراه آشنایان:
 آدرس منزل:

دستورالعمل تماس:

[همه افرادی که بار اول مصاحبه شده اند باید مورد مصاحبه حضوری مجدد قرار گیرند. تنها افرادی به جای مصاحبه حضوری، به صورت تلفنی مورد مصاحبه قرار می گیرند که از این شهرستان رفته و فاصله محل سکونت فعلی با مرکز، بیش از یک ساعت باشد و به این علت قادر به آمدن به مرکز نباشند.
 هر بار تماس باید شامل تلاش در برقراری ارتباط توسط تمام شماره تلفنهای خود فرد باشد. اگر با تماس در دو نوبت مختلف در دو روز مختلف، امکان تماس از طریق شماره تلفنهای ثابت و همراه فرد ممکن نشود، در تماسهای بعدی، شماره تلفنهای آشنایان مورد استفاده قرار گیرد.
 اولین تلاش برای تماس باید در تاریخ ۲۳ ماه بعد از مصاحبه حضوری دوم (یا حداکثر یک روز بعد) انجام شود. در صورت عدم موفقیت، تماسهای بعدی هر روز انجام شود تا با فرد تماس حاصل شود. حداکثر مهلت مصاحبه حضوری سوم، تا ۲۵ ماه بعد از مصاحبه حضوری دوم خواهد بود.]

[در صورتی که فرد، فاقد هرگونه شماره تماس است و یا پس از تماس های مکرر امکان برقراری تماس با خود فرد یا آشنایان وجود نداشت، باید بصورت حضوری با مراجعه به منزل فرد، از وی برای مراجعه به مرکز دعوت شود.]

دستورالعمل دعوت:

[پس از تماس تلفنی با فرد، خود را معرفی کنید و بگویید که روانشناس هستید و در دانشگاه علوم پزشکی مسئولیت پریش در مورد "سلامت جوانان" و مسائل مرتبط با آن را به عهده داشته اید و آنگاه متن زیر را برای وی بخوانید]
 برای انجام تحقیق کوهورت جوانان ایران، قبلا دو بار از شما دعوت شده بود و آخرین بار در تاریخ [ماه ... دو سال پیش] به مرکز ... آمده بودید. اکنون بعد از دو سال می خواهیم از شما دعوت کنیم برای مصاحبه مجدد به مرکز تشریف بیاورید. کلیه داروهای که در حال حاضر مصرف می کنید و هم چنین دفترچه بیمه یا کارت ملی خود را به همراه بیاورید.

نتیجه تماس	تاریخ تماس	
۱- عدم برقراری تماس تلفنی <input type="checkbox"/> ۲- تعیین زمان برای مصاحبه در مرکز <input type="checkbox"/> ۳- تعیین زمان برای مصاحبه در منزل فرد <input type="checkbox"/> ۴- عدم امکان مصاحبه به دلیل تغییر مکان زندگی و فاصله مکانی بیش از یک ساعت تا مرکز <input type="checkbox"/> (مصاحبه تلفنی شود) ۵- سایر حالات (ذکر کنید) <input type="checkbox"/>	ساعت --:-- تاریخ --/--/--	تماس اول
۱- عدم برقراری تماس تلفنی <input type="checkbox"/> ۲- تعیین زمان برای مصاحبه در مرکز <input type="checkbox"/> ۳- تعیین زمان برای مصاحبه در منزل فرد <input type="checkbox"/> ۴- عدم امکان مصاحبه به دلیل تغییر مکان زندگی و فاصله مکانی بیش از یک ساعت تا مرکز <input type="checkbox"/> (مصاحبه تلفنی شود) ۵- سایر حالات (ذکر کنید) <input type="checkbox"/>	ساعت --:-- تاریخ --/--/--	تماس دوم

آغاز پرسشگری حضوری روانشناسان

این قسمت در سامانه از مصاحبه حضوری اول و دوم به صورت خودکار نمایش داده می شود.

تاریخ مصاحبه اولیه: شماره تلفن ثابت فرد:
آدرس منزل: شماره تلفن همراه فرد:

[ابتدا به فرد خوشامد بگویید.]

[سپس خود را معرفی کنید و بگویید که روانشناس هستید و در دانشگاه علوم پزشکی مسؤلیت پرسش در مورد "سلامت جوانان" و مسائل مرتبط با آن را به عهده دارید]

[ابتدا اطلاعات پایه بیمار را از روی فرم افزار مرور کنید. نام و نام خانوادگی وی را بخوانید. تاریخ تولد و کد ملی را تکرار کنید و نگاهی به بقیه مشخصات او بیاندازید و مطمئن شوید که مشخصات درج شده مطابقت دارد.]

[در صورتی که مشخصات هم خوانی ندارد، موضوع بررسی و دلیل آن و نتیجه به دست آمده در زیر ثبت گردد:]

[مشاهده آدرس قبلی و کنترل تغییرات آن:]

آدرس جدید:

[اضافه شدن شماره تماسهای جدید خود فرد:]

تلفن جدید: تلفن جدید:

[حال متن زیر را بخوانید.]

دو سال پیش برای انجام تحقیق کوهورت جوانان ایران در این مرکز با شما مصاحبه شده بود. ما هر دو سال یک بار این مصاحبه را برای همه افراد شرکت کننده در این تحقیق تکرار می کنیم.

هدف از این تحقیق این است که بفهمیم چقدر جوانان در طول زمان دچار مشکلات مختلف سلامتی، از جمله ناراحتی ها و بیماریهای اعصاب و روان و سوانح و حوادث می شوند، چه مشکلاتی باعث می شود برخی از افراد بیمار شوند و چه عواملی افراد را در برابر بیماری محافظت می کند. از نتایج این مطالعه برای بهبود خدمات بهداشتی درمانی استفاده خواهد شد؛ بنابراین بسیار مهم است که به سوالات صادقانه و هر آنچه هست پاسخ دهید.

این مطالعه چند سال طول می کشد. هر سال یک بار، بصورت تلفنی با شما صحبت می کنیم و هر ۲ سال از شما خواسته می شود برای انجام مصاحبه به مرکز بهداشتی درمانی تشریف بیاورید. همچنین ناظرین این طرح ممکن است برای اطمینان از صحت اطلاعات با شما تماس تلفنی داشته باشند و برخی از سوالات را با شما چک کنند.

کلیه اطلاعات کسب شده محرمانه باقی می ماند. اطلاعات کسب شده، فقط بصورت کلی و بدون ذکر نام و هویت شما مورد تجزیه و تحلیل و بررسی قرار می گیرد. ممکن است احساس کنید سوالی مستقیماً به شما ارتباط ندارد؛ ولی در این تحقیق مجموعه ای از سوالات از همه افراد بصورت یکسان پرسیده می شود. در طول مصاحبه شما اختیار دارید به هر سوالی که خواستید، جواب ندهید.

مصاحبه حدود یک ساعت طول خواهد کشید. در هر زمانی از مصاحبه، در صورت خستگی می توانید درخواست کنید تا مصاحبه بطور موقت قطع شود و پس از استراحت ادامه پیدا کند.

آیا آماده هستید که به سوالات من پاسخ بدهید؟

پرسشنامه اطلاعات پایه

G14- مشخصات یکی از اعضای خانواده یا دوستان و همکاران

(۱) نام:
(۲) نام خانوادگی:
(۲) نسبت آشنایی:
(۳) تلفن ثابت:
(۴) تلفن همراه:

مشخصات عمومی

G10- تعداد سالهای کامل تحصیل که با موفقیت طی کرده اید:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G13-7- از ابتدای زندگی خود تا کنون چند سال در شهر یا روستای محل زندگی فعلی خود زندگی کرده اید؟ سال	

وضعیت تأهل

G15- وضعیت فعلی تأهل:	(۱) مجرد (هرگز ازدواج نکرده) <input type="checkbox"/>	(۲) متأهل (ازدواج رسمی) <input type="checkbox"/>	(۳) همسر مرده ، بیوه <input type="checkbox"/>
	(۴) مطلقه (طلاق رسمی) <input type="checkbox"/>	(۵) جدا شده <input type="checkbox"/>	(۶) سایر <input type="checkbox"/>
G16- چند بار ازدواج کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بار		
G17- سن اولین ازدواج:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
G18- تعداد فرزندان زنده خودتان:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

SE. وضعیت اجتماعی اقتصادی

[تعریف خانوار: افرادی که با هم در یک اقامتگاه زندگی می کنند، معمولاً با هم غذا می خورند و معمولاً هم خرج هستند.]

□ □	SE4- تعداد اعضای خانوار شما (با احتساب خودتان):
	SE1- وضعیت تملک مسکن مورد استفاده خانوار شما: (۱) ملک شخصی خانوار <input type="checkbox"/> (۲) ملک رهنی یا استیجاری <input type="checkbox"/> (۳) ملک سازمانی (دولتی یا خصوصی) <input type="checkbox"/> (۴) ملک خویشاوندان یا سایرین به صورت امانتی (در صورتیکه هیچ وجهی پرداخت نشود) <input type="checkbox"/> (۵) سایر <input type="checkbox"/>
□ □ □ □ متر	SE2 - متراژ واحد مسکونی خانوار شما (بدون در نظر گرفتن حیاط، مشاعات، محل نگهداری حیوانات و کارگاه،)
□ □	SE3- تعداد اتاق های واحد مسکونی خانوار شما: (بدون در نظر گرفتن آشپزخانه، حمام و دستشویی و انبار) [هال و پذیرائی اگر دارای دیوار و فضای مجزا باشد، اتاق محسوب می شود. اگر واحد مسکونی از مصالح سخت ساخته نشده باشد، مانند چادر یا کپر، عدد ۹۹ را وارد کنید.]
	SE5- کدامیک از وسایلی را که نام می برم، خانوار شما در اختیار دارد و از آن استفاده می کند؟
	۱- فریزر جداگانه (منظور جایی نیست، فضای جدا از یخچال) □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۲- ماشین لباسشویی □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۳- ماشین ظرفشویی □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۴- کامپیوتر/لپ تاپ □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۵- دسترسی به اینترنت □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۶- خودرو سواری (وانت و تاکسی را شامل نمی شود) □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۷- موتورسیکلت □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۸- تلویزیون رنگی معمولی □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۹- حمام اختصاصی در منزل □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۱۰- جارو برقی □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۱۱- تلویزیون LED/LCD / پلاسما □ ۱- دارد □ ۲- ندارد
	۱۲- ماکروویو □ ۱- دارد □ ۲- ندارد

SE6 - کدامیک از موارد زیر در اختیار خودتان قرار داشته و از آن استفاده می کنید؟

- ۱- تلفن همراه/ موبایل (در صورتی که فرد هم موبایل هوشمند و هم موبایل معمولی دارد، گزینه موبایل هوشمند انتخاب شود) ۱- موبایل هوشمند (با صفحه لمسی) دارد
 ۲- موبایل معمولی دارد
 ۳- ندارد
- ۲- کامپیوتر ۱- دارد ۲- ندارد
- ۳- لپ تاپ ۱- دارد ۲- ندارد
- ۴- تبلت ۱- دارد ۲- ندارد
- ۵- دسترسی به اینترنت ۱- دارد ۲- ندارد
- ۶- خودرو سواری (وانت و تاکسی را شامل نمی شود) ۱- دارد ۲- ندارد

- [در صورتی که فرد خودروی سواری داشته باشد، سوال زیر پرسیده شود.]
 قیمت فعلی خودروی شما:
- ۱- کمتر از ۲۰ میلیون تومان
- ۲- ۲۰ تا ۵۰ میلیون تومان
- ۳- ۵۰ تا ۱۰۰ میلیون تومان
- ۴- بالاتر از ۱۰۰ میلیون تومان

از موارد زیر کدامیک در اختیار خانوارتان قرار دارد؟

- ۱) تاکسی/ وانت/ مینی بوس ۱- دارد ۲- ندارد
- ۲) اتوبوس/ کامیون/ تریلی ۱- دارد ۲- ندارد
- ۳) مغازه/ کارگاه/ دفتر کار/ انبار ۱- دارد ۲- ندارد
- ۴) ماشین آلات کشاورزی (تراکتور/ کمباین/ سایر ماشین آلات سنگین کشاورزی) ۱- دارد ۲- ندارد
- ۵) زمین کشاورزی ۱- دارد ۲- ندارد
- ۵-۱) اگر زمین کشاورزی دارد، متراژ زمین کشاورزی: متر مربع
- ۶) دام ۱- دارد ۲- ندارد
- ۶-۱) اگر دام دارد، تعداد گاو: تعداد گوسفند:

SE7- تعداد کتابهای غیر درسی و غیر شغلی که در یکسال قبل کامل یا تقریباً کامل مطالعه کرده اید:

SE8- تعداد مسافرتهاى خارج از ایران در طول ۲ سال گذشته:

SE8-1- تعداد مسافرت زیارتی خارج از ایران:

SE8-2- تعداد مسافرت غیر زیارتی خارج از ایران:

FO. وضعیت شغلی

01- در حال حاضر وضعیت شغلی شما کدامیک از این موارد است؟
 [زمانی گزینه "خانه دار" و "بیکار" را انتخاب کنید که هیچ گزینه دیگری برای فرد صادق نباشد.]
 [گزینه های "شاغل" و "بیکار جویای کار" را با هم انتخاب نکنید. در سایر موارد، می توانید چند گزینه را انتخاب کنید.]

(۱) شاغل (۲) بیکار جویای کار (۳) محصل یا دانشجو (۴) سرباز (۵) بازنشسته
 (۶) از کار افتاده (۷) خانه دار (۸) بیکار

02- عنوان شغل شما چیست؟ [شغل فرد را بطور دقیق در زیر بنویسید. محل کار و نوع کاری که شخص به طور خاص انجام می دهد، نوشته شود از قبیل: دستفروش خیابانی، صندوق دار بانک، آبدارچی شرکت، حسابدار شهرداری و ...] [.....]

03- [گروه شغلی آزمودنی را مشخص کنید:]

۱- مشاغل کاذب یا غیرقانونی
 ۲- کارگر کشاورزی، دامداری و باغداری
 ۳- سایر کارگری ساده یا نیمه‌ماهر (مانند نظافت‌چی، آبدارچی و گارسون)
 ۴- کارگر ماهر یا تکنسین (شامل لوله کش، بنا، شاطر نانوائی، رانندگی بعنوان یک شغل ثابت مانند راننده تاکسی)
 ۵- کارمند ساده یا منشی (دارای دیپلم یا تحصیلات دانشگاهی)
 ۶- پزشک، مهندس ارشد، عضو هیئت علمی دانشگاه، روحانی ارشد، مدیر میانی سازمان دولتی
 ۷- مدیر اجرایی صنایع بزرگ، رئیس سازمان دولتی
 ۸- مغازه‌دار، کشاورز صاحب زمین
 ۹- صاحب صنایع بزرگ، مالک زمین‌های بزرگ

05- [این دو سوال از همه پرسیده می شود] آیا بیمه هستید: (۱) خیر (۵) بله

06- آیا بیمه تکمیلی درمان دارید؟ (۱) خیر (۵) بله (۳) نمی دانم

07- [این دو سوال در صورت شاغل بودن فرد پرسیده می شود] در ۱۲ ماه گذشته، چند ماه اشتغال به کار داشته اید؟ ماه

08- تمام شغل‌هایی که در حال حاضر دارید و کارهایی که از آنها کسب درآمد می کنید، در نظر بگیرید. مجموعاً چند ساعت در هفته اشتغال به کار دارید (اگر فردی در منزل هم برای کسب درآمد کار می کند، محاسبه کنید)؟ ساعت در هفته

وضعیت سرپرستی

آیا شما سرپرست خانوارتان هستید؟ (۱) بله (۲) خیر

نام سرپرست خانوار شما چیست؟ نام: نام خانوادگی:

شما چه نسبتی با سرپرست خانوارتان دارید؟

(۱) همسرش هستم
 (۲) فرزندش هستم
 (۳) خواهر/ برادرش هستم
 (۴) عروس/ دامادش هستم
 (۵) سایر نسبت ها ذکر کنید:

پرسشنامه سوابق پزشکی و دارویی

سوابق بیماریهای مزمن

شماره	بیماری	وجود بیماری در گذشته یا حال	مدت بیماری (سال)	سن تشخیص (سال)	تحت درمان یا مراقبت
C1	بیماری دیابت	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C2	افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C3	بیماری ایسکمیک قلبی (شامل سکته قلبی و نارسائی قلبی)	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C4	سکته مغزی	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C5	نارسایی کلیه	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C6	نارسایی کبد	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C7	بیماریهای مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C8	بیماری های تیروئید	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C9	بیماریهای روماتیسمی	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C10	سرطان	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>

وضعیت مصرف دارو

[نام دارو هایی که فرد در حال حاضر مصرف می کند از روی جعبه دارویی یا ورق دارویی نوشته شود و سوالات تکمیلی در مورد هر دارو پرسیده شود و سپس مشخصات داروی بعدی پرسیده شود.]

نام دارو	دوز مصرفی فعلی (میلی گرم در روز)	تشریح دوز مصرف (در هفته یا ماه)	منبع اخذ اطلاعات	آیا این دارو را پزشک تجویز کرده است؟	آیا این دوز به میزان تجویز شده پزشک است؟
۱-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۲-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۳-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۴-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۵-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۶-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۷-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>

E. معاینه آنتروپومتریک و فشار خون

وزن و قد باید بدون کفش و لباسهای سنگین اندازه گیری شود.

E1- قد به سانتیمتر

E2- وزن به کیلوگرم

E3- دور شکم به سانتیمتر

E4- دور باسن به سانتیمتر

E5- فشار خون ماکزیم یا سیستولیک بازوی چپ (میلی متر جیوه)

E6- فشار خون مینیم یا دیاستولیک بازوی چپ (میلی متر جیوه)

آیا آزمایش خون فرد انجام شد؟ ۱- بلی ۲- خیر

BG- گروه خونی: ۱- O ۲- A ۳- B ۴- AB

RH- ۱- مثبت ۲- منفی

پرسشنامه ارزیابی دیسترس روانشناختی (KE)

[کارت KE۱ را به آزمودنی بدهید و سوالات زیر را از وی بپرسید. بر روی کلماتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده اند، تأکید کنید.]

لطفاً به کارت KE۱ نگاه کنید. سوالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالتی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سوال می توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.

۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>
۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>
۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>
۸- چقدر در ۳۰ روز گذشته به شدتی افسرده و غمگین بودید که هیچ چیزی خوشحالتان نمی کرد؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>
۹- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>
۱۰- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>

ارزیابی شادکامی (HP)

[کارت KE۲ را به پاسخگو بدهید.] لطفاً به این کارت نگاه کنید.

HP۱) به نظر خودتان، به طور کلی چقدر فردی با نشاط و شاداب هستید؟

(۱) بسیار زیاد (۲) زیاد (۳) نه زیاد/نه کم (۴) کم/بسیار کم (۵) اصلاً (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد

HP۲) به طور کلی، چقدر از زندگی خود راضی هستید؟

(۱) بسیار زیاد (۲) زیاد (۳) نه زیاد/نه کم (۴) کم/بسیار کم (۵) اصلاً (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد

[کارت KE۳ را به پاسخگو بدهید.] لطفاً به این کارت نگاه کنید.

HP۳) آیا به نظر شما بچه های ما آینده خوب و مطلوبی خواهند داشت؟

(۱) حتماً بلی (۲) احتمالاً بلی (۳) اصلاً نمی توانم (۴) احتمالاً خیر (۵) حتماً خیر (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد
پیش بینی کنم

ارزیابی ظاهر خود (Im)

[کارت Im را به پاسخگو بدهید.] لطفاً به این کارت نگاه کنید.

Im^۱ به نظر شما در حال حاضر تا چه اندازه چهره تان، زشت، غیرجذاب یا نازیبا است؟

- (۱) اصلاً (۲) کمی زشت (۳) تا اندازه ای زشت (۴) به طور قابل توجه زشت (۵) خیلی زشت یا نازیبا

Im^۲ به نظر شما در حال حاضر تا چه اندازه بدن یا هیکتان، زشت، غیرجذاب یا نازیبا است؟

- (۱) اصلاً (۲) کمی زشت (۳) تا اندازه ای زشت (۴) به طور قابل توجه زشت (۵) خیلی زشت یا نازیبا

ارزیابی سبک زندگی

ارزیابی فعالیت فیزیکی (PHA)

PHA۱) در طول یک هفته گذشته، چند روز ورزش یا فعالیت بدنی متوسط تا شدید به مدت حداقل ۱۰ دقیقه داشتید؟ (منظور از فعالیت متوسط تا شدید این است که باعث شود فرد تندتر نفس بکشد). روز

PHA۲) در طول یک هفته گذشته، روزهایی که فعالیت بدنی متوسط تا شدید به مدت حداقل ۱۰ دقیقه داشتید، به طور متوسط این فعالیت، چند دقیقه در روز طول کشید؟ دقیقه در روز

خواب (CR)

CR۱) معمولاً شبها چه ساعتی خوابتان می برد؟ [از یک تا ۲۴ ساعت] ساعت

CR۲) معمولاً صبحها چه ساعتی از خواب بیدار می شوید؟ [از یک تا ۲۴ ساعت] ساعت

CR۳) اگر آزاد بودید که هر ساعتی دوست دارید از خواب بیدار شوید، صبحها چه ساعتی از خواب بیدار می شدید؟ [از یک تا ۲۴ ساعت] ساعت

CR۴) به غیر از خواب شبانه‌گاهی، آیا در طول روز هم می خوابید (سه بار یا بیشتر در هفته)؟ (۱) بلی (۲) خیر
اگر بلی، چند دقیقه در طول روز؟ دقیقه

CR۵) آیا در طول یک ماه گذشته، شیفت شغلی شبانه داشته اید (حداقل ۶ ساعت در فاصله ۹ شب تا ۶ صبح)؟ (۱) بلی (۲) خیر
چند شب در یک ماه گذشته؟ شب

ارزیابی استفاده از اینترنت (INT)

(Int۱) در طول یک هفته گذشته، چند روز از اینترنت استفاده کردید؟ (اینترنت شامل ایمیل، شبکه های مجازی مانند تلگرام و غیره می باشد).
..... روز [اگر عدد صفر را وارد کرده اید، به سوال Int6 بروید.]

(Int۲) در طول هفته گذشته، روزهایی که از اینترنت استفاده کردید، به طور متوسط چند دقیقه از اینترنت استفاده کردید؟ دقیقه در روز

(Int۳) در طول ۲۴ ساعت گذشته چند دقیقه از اینترنت برای مصارفی غیر از شغل خود یا تحصیل استفاده کرده اید؟ دقیقه

(Int۴) در طول ۲۴ ساعت گذشته چند دقیقه از شبکه های اجتماعی مانند تلگرام، وایبر، واتس اپ، فیس بوک، اینستاگرام، توییتر استفاده کرده اید؟ دقیقه

(Int۶) آیا در ۱۲ ماه گذشته، به علت استفاده از شبکه های اجتماعی مانند تلگرام، واتس اپ، فیس بوک، اینستاگرام، توییتر مشکلاتی که نام می برم را داشته اید؟

بلی	خیر	
۵	۱	۶-۱ کم خوابی مکرر
۵	۱	۶-۲ ناتوانی در عملکرد خوب در مدرسه یا دانشگاه [اگر فرد در حال تحصیل نیست، خیر انتخاب شود]
۵	۱	۶-۳ ناتوانی در عملکرد خوب در محل کار
۵	۱	۶-۴ جر و بحث مکرر با اعضای خانواده یا دوستان
۵	۱	۶-۵ غفلت از سایر مسئولیت های مهم

[در صورت پاسخ "خیر" به تمام موارد فوق، به سوال Int۸ بروید.]

اغلب	بعضی اوقات	هرگز	
۵	۲	۱	(Int ۷) آیا با وجود داشتن این مشکل یا مشکلات، همچنان به استفاده از شبکه های اجتماعی ادامه داده اید؟
۵	۲	۱	(Int ۸) آیا در ۱۲ ماه گذشته، در نتیجه استفاده از شبکه های اجتماعی (مانند تلگرام، واتس اپ، فیس بوک، اینستاگرام، توییتر) علاقه خود را به فعالیت ها و سرگرمی های قبلی (بجز شبکه های اجتماعی) از دست داده اید؟

پرسشنامه گذران اوقات (T)

(T۱) به طور متوسط مجموعاً چند دقیقه در شبانه روز تلویزیون، ماهواره یا سی دی تماشا می کنید؟ دقیقه در شبانه روز

(T۲) در طول هفته گذشته، چند روز از بازیهای کامپیوتری یا ویدیویی یا اینترنتی یا بازیهای روی گوشی یا تبلت استفاده کردید؟ روز [اگر عدد صفر را وارد کرده اید، به سوال ۲۴ بروید.]

(T۲-۱) نام بازی ای که بیش از همه در طول هفته گذشته انجام داده اید چیست؟ (۱) (۲) نام آن را نمی داند

[پاسخ سوالات زیر را در جدول وارد کنید.]

(T۳-A-۱) آیا در طول هفته گذشته، از بازیهای آنلاین (online) استفاده کرده اید (منظور از بازی آنلاین، بازی ای است که برای انجام آن حتماً باید به اینترنت وصل باشید)؟

(T۳-B-۱) در طول ۲۴ ساعت گذشته چند دقیقه بازی آنلاین انجام داده اید؟

(T۳-A-۲) آیا در طول هفته گذشته، از بازیهای آفلاین (offline) استفاده کرده اید (منظور سایر بازی های کامپیوتری، ویدیویی، ایکس باکس یا با استفاده از موبایل که نیازی به اتصال به اینترنت ندارد)؟

(T۳-B-۲) در طول ۲۴ ساعت گذشته چند دقیقه بازی آفلاین انجام داده اید؟

B دقیقه بازی در ۲۴ ساعت گذشته	A بازی در هفته گذشته		
	بله	خیر	
	۵	۱	(۱) بازیهای آنلاین
	۵	۱	(۲) بازیهای آفلاین

(T۳-۳) آیا در ۱۲ ماه گذشته، به علت بازی های کامپیوتری یا ویدیویی یا اینترنتی یا بازیهای روی گوشی یا تبلت، مشکلاتی که نام می برم را داشته اید؟

خیر	بلی	
۱	۵	۳-۳-۱ کم خوابی مکرر
۱	۵	۳-۳-۲ ناتوانی در عملکرد خوب در مدرسه یا دانشگاه
[اگر فرد در حال تحصیل نیست، خیر انتخاب شود]		
۱	۵	۳-۳-۳ ناتوانی در عملکرد خوب در محل کار
۱	۵	۳-۳-۴ جر و بحث مکرر با اعضای خانواده یا دوستان
۱	۵	۳-۳-۵ غفلت از سایر مسئولیت های مهم

[در صورت پاسخ "خیر" به تمام موارد فوق، سوال ۵-T۳ را بپرسید.]

هرگز	بعضی اوقات	اغلب
۱	۲	۵
۱	۲	۵

۳-۴) آیا با وجود داشتن این مشکل یا مشکلات، همچنان به بازی کردن ادامه داده اید؟

۳-۵) آیا در ۱۲ ماه گذشته، در نتیجه بازیهای کامپیوتری یا ویدئویی یا اینترنتی یا بازیهای روی گوشی یا تبلت، علاقه خود را به فعالیت ها و سرگرمی های قبلی (بجز بازی های کامپیوتری) از دست داده اید؟

T۴) آیا در طول سال گذشته در یک بازی بر سر پول یا یک چیز با ارزش، شرطبندی کرده اید؟ بلی (۱) خیر (۲)

T۵) آیا در طول سال گذشته بر سر پول یا یک چیز با ارزش، قماربازی کرده اید؟ بلی (۱) خیر (۲)

تمایل به مهاجرت (Mi)

[کارت Mi را به پاسخگو بدهید.] لطفاً به این کارت نگاه کنید.

Mi۱) اگر بتوانید شرایط کار یا زندگی بهتری داشته باشید، تا چه حد تمایل دارید که به یک شهرستان دیگر در ایران مهاجرت کنید؟
 (۱) خیلی مایلم (۲) تا حدی مایلم (۳) تفاوتی برایم ندارد (۴) تمایلی ندارم (۵) اصلاً تمایلی ندارم

Mi۲) اگر بتوانید شرایط کار یا زندگی بهتری داشته باشید، تا چه حد تمایل دارید که به یک کشور دیگر مهاجرت کنید؟
 (۱) خیلی مایلم (۲) تا حدی مایلم (۳) تفاوتی برایم ندارد (۴) تمایلی ندارم (۵) اصلاً تمایلی ندارم

پرسشنامه غربالگری بهره مندی از خدمات بهداشت روان (SU)

۱ SU [کارت SU را به پاسخگو بدهید.]

A در این کارت، فهرستی از **مشکلات اعصاب و روان** را می بینید که من یک یک موارد آن را برای شما می خوانم. آیا در طول **دو سال گذشته**، به دلیل این مشکلات، به یک درمانگر برای مشاوره و یا درمان **مراجعه** کرده و یا برای این مشکلات، درمانی دریافت کرده اید؟ منظور از درمانگر، پزشک، مشاور، روانشناس، پرستار یا بهورز است. [منظور خدمات بهداشتی درمانی است، چه به صورت حضوری و چه تلفنی. عطاری و NA و موارد مشابه را شامل نمی شود. موارد زیر را یک به یک برای فرد بخوانید و پاسخ بلی یا خیر را برای هر یک در ستون A انتخاب کنید.]

B		A	
[مراجعه به یک درمانگر یا دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته]		[مراجعه به یک درمانگر یا دریافت درمان در طول دو سال گذشته]	
بله	خیر	بله	خیر
۵	۱	۵	۱
۵	۱	۵	۱
۵	۱	۵	۱
۵	۱	۵	۱
۵	۱	۵	۱
۵	۱	۵	۱
۵	۱	۵	۱

- ۱) افسردگی، اضطراب و استرس، وسواس، عصبانیت یا مشکلات خواب
- ۲) مصرف مواد و الکل، اعتیاد
- ۳) سردرد یا سایر دردهای بدنی ناشی از مشکلات اعصاب و روان
- ۴) مشکلات زناشویی یا مشکلات با همسر
- ۵) مشاوره قبل از ازدواج، برای ازدواج [شامل کلاسهای آموزشی قبل از ازدواج مرکز بهداشت نمی شود]
- ۶) مشکل تحصیلی خود
- ۹) سایر مشکلات اعصاب و روان (ذکر کنید: _____)

[مواردی را که در ستون A پاسخ بلی انتخاب کرده اید، یک به یک جداگانه نام برده و برای هر کدام سؤال زیر را بپرسید و پاسخ آنها را در ستون B انتخاب کنید. در صورت عدم وجود پاسخ بلی در ستون A به سؤال HO۱ بروید.]

B آیا برای این مشکل [نام مشکل] در ۱۲ ماه گذشته به یک درمانگر برای مشاوره و یا درمان مراجعه کرده و یا برای این مشکل، درمان دریافت کرده اید؟ [پاسخ را در ستون B بنویسید.]

پرسشنامه بستری (HO)

[کارت HO را به پاسخگو بدهید.]

HO 1 حال از شما در مورد بستری برای مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد سؤال می‌کنم. آیا در طول دو سال گذشته، برای مشکلات

اعصاب و روان بستری شده‌اید؟

منظور از بستری، تحت نظر بودن بیش از شش ساعت در یکی از مراکز زیر می‌باشد: [تمام موارد زیر برای فرد خوانده شود].

- اورژانس بیمارستان
 - بیمارستان عمومی یا تخصصی
 - درمانگاه (کلینیک) عمومی یا تخصصی یا مرکز جامع اعصاب و روان
 - مرکز نگهداری (مراکز نگهداری بیماران روانی و غیره)
 - مرکز درمانی اعتیاد
 - کمپ درمان اعتیاد (خانه بهبودی برای درمان اعتیاد، مرکز بازپروری، مراکز اجباری درمان اعتیاد) یا مرکز نگهداری معتادان
 - سایر مراکز بستری
- خیر (به سؤال HO5 بروید) ۱
- بله ۵

HO 2 [نام و مشخصات کلیه مراکز را که فرد در دو سال گذشته، در آنها بستری شده است، به ترتیب زمان از آخرین بار بستری (نزدیکترین بستری به زمان حال) به قبل، پرسیده و در ستون

A بنویسید. در مورد هر مرکزی که فرد بیش از یک بار در آن بستری شده باشد، فقط اطلاعات آخرین بستری ثبت می‌شود.]

[برای تکمیل اطلاعات این قسمت، چنانچه خلاصه پرونده قبلی فرد موجود است، مورد استفاده قرار گیرد.]

A نام کامل بیمارستان یا مراکز درمانی را که در طول دو سال گذشته، به دلیل مشکل اعصاب و روان یا اعتیاد آخرین بار در آنها بستری شده‌اید، نام ببرید.

[جدول HO۲ - مشخصات موارد بستری در طول دو سال گذشته:]

H	G	F	E	D	C	B	A
اقدامات انجام شده در این مرکز در آخرین بار بستری (کارت HO)	مدت بستری در آخرین بستری در این مرکز (روز)	آخرین سال بستری در این مرکز	علت آخرین بستری در این مرکز	دلایل آخرین بستری در این مرکز	تعداد بارهای بستری در این مرکز در دو سال گذشته	نوع مرکز درمانی (کارت HO) ۱. اورژانس بیمارستان ۲. بیمارستان عمومی یا تخصصی ۳. درمانگاه (کلینیک) عمومی، یا تخصصی اعصاب و روان ۴. مراکز نگهداری (مراکز نگهداری بیماران روانی، و غیره). ۵. مرکز درمانی اعتیاد ۶. کمپ درمان اعتیاد (خانه بهبودی اعتیاد) ۷. سایر (ذکر کنید _____)	نام بیمارستان یا مرکز درمانی
۴ ۱ ۵ ۲ ۳							
۴ ۱ ۵ ۲ ۳							
۴ ۱ ۵ ۲ ۳							
۴ ۱ ۵ ۲ ۳							

[پس از ثبت نام همه مراکز و بیمارستانها ستون A، سوالات B تا H را برترتیب برای آخرین نوبت بستری در هر بیمارستان بررسید و در ردیف مربوطه بنویسید.]

B دوباره به کارت HO نگاه کنید. مرکزی که در آن بستری شدید، از چه نوعی بود؟ [پاسخ ها را یک به یک بخوانید و نوع مرکزی که در آن آزمودنی انتخاب کرده است را مشخص کنید].

۱. اورژانس بیمارستان
۲. بیمارستان عمومی یا تخصصی
۳. درمانگاه (کلینیک) عمومی یا تخصصی یا مرکز جامع اعصاب و روان
۴. مرکز نگهداری (مراکز نگهداری بیماران روانی و غیره)
۵. مرکز درمانی اعتیاد
۶. کمپ درمان اعتیاد (خانه بهبودی برای درمان اعتیاد، مرکز بازپروری، مراکز اجباری درمان اعتیاد) یا مرکز نگهداری معتادان
۷. سایر (ذکر کنید)

C در این [نام مرکز] در طول دو سال گذشته، چند بار بستری شده اید؟

[در صورتی که فرد تنها یک بار در این مرکز بستری شده است، سوالات بعد را بدون استفاده از عبارت "آخرین بار" بخوانید].

D (آخرین بار) به دلیل چه مشکل یا مشکلاتی بستری شدید؟ [به زبان بیمار نوشته شود].

E (آخرین بار) آیا علت بستری به دلیل مشکلات اعصاب و روان بوده است یا به دلیل اعتیاد؟

F (آخرین بار) زمان بستری در این [نام مرکز] چه سالی بوده است؟ [سال را به صورت ۴ رقمی وارد کنید].

G (آخرین بار) چند روز در این [نام مرکز] بستری شدید؟ [در صورتی که فرد بیش از ۶ ساعت و تا ۲۴ ساعت را قید کرد، یک روز ثبت می شود].

H به قسمت پائین کارت HO نگاه کنید. (آخرین بار) در این [نام مرکز] کدامیک از اقدامات درمانی که در این کارت نوشته شده است، انجام شد؟ [موارد را یک یک برای فرد بخوانید و کدگذاری کنید. آزمودنی می تواند بیش از یک گزینه را ذکر کند].

- | | |
|----------------------------|--|
| (۱) دارودرمانی | (۴) ترک اعتیاد یا سم زدایی برای اعتیاد |
| (۲) الکتروشوک درمانی (ECT) | (۵) سایر موارد |
| (۳) مشاوره و روان درمانی | |

HO 3 بطور کلی، اولین بستری شما برای مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد در چه سالی بوده است؟ سال

HO 4 آیا آخرین بار بستری برای مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد مربوط

خیر ۱

بله ۵

به ۱۲ ماه گذشته بوده است؟

HO 5 آیا در طول دو سال گذشته بدلیلی غیر از مشکلات اعصاب و روان یا

اعتیاد، در بیمارستان یا یک مرکز درمانی بستری شده اید؟

خیر ۱

بله ۵

[در صورت پاسخ بلی، سؤال HO6 را بررسید.]

HO 6 A نام کامل بیمارستان یا مراکز درمانی را که در طول دو سال گذشته در آنها بستری شده اید، نام ببرید.

B نام شهری که بیمارستان در آن واقع شده چیست؟

C علت بستری شما در این بیمارستان/مرکز چه بود (بیماریتان چه بود)؟ [به زبان بیمار نوشته شود.]

D [علت بستری به دلیل کدامیک از موارد زیر بوده است: زایمان/حوادث و سوانح/سایر مشکلات جسمی؟]

D	C	B	A
علت بستری در این مرکز ۱- زایمان ۲- حوادث و سوانح ۳- سایر مشکلات جسمی	دلیل بستری در این مرکز به زبان بیمار (نام بیماری نیز پرسیده شود)	نام شهر	نام بیمارستان یا مرکز درمانی

پرسشنامه خدمات سرپایی خاص برای مشکلات اعصاب و روان (OM)

OM 1 [کارت OM1 را به پاسخگو بدهید.]

A در این کارت، فهرستی از درمانهای سنتی را می بینید که من یک یک موارد را برای شما می خوانم. آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، برای مشکلات اعصاب و روان و یا اعتیاد به هر یک از این موارد "مراجعه" کرده اید؟ منظور هرگونه استفاده از خدمات آنهاست، چه با مراجعه حضوری یا مشاوره تلفنی. [اگر شخص دیگری برای مشکلات اعصاب و روان فرد به یکی از موارد زیر مراجعه کرده است، به شرطی گزینه بلی را انتخاب کنید که فرد از توصیه ها یا درمان تجویز شده استفاده کرده باشد.] [گزینه های ۱ تا ۵ را برای فرد بخوانید و پاسخ وی را در ستون A انتخاب کنید.]

B علت مراجعه شما به نوع درمان چه بوده است؟ مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد؟ [فرد می تواند هر دو را انتخاب کند.]

B [علت مراجعه]		A [مراجعه در ۱۲ ماه گذشته]		
اعتیاد		اعصاب و روان		
بله	خیر	بله	خیر	
۵	۱	۵	۱	۱) عطاری یا دکتر گیاهی یا علفی
۵	۱	۵	۱	۲) روحانی
۵	۱	۵	۱	۳) برای استفاده از حجامت یا بادکش یا زالو
۵	۱	۵	۱	۴) دعانویس
۵	۱	۵	۱	۵) سایر درمانگران سنتی
۵	۱	۵	۱	(نوع درمانگر را ذکر کنید _____)

خیر (به سؤال OM5 بروید) ۱
بله ۵

OM 2 آیا در طول دو سال گذشته، برای اعتیاد به گروههای خودیاری (مانند گروههای اعتیاد NA یا معتادان گمنام، نارائان، تولدی دوباره، کنگره شصت) مراجعه کرده اید؟

OM 3 نام گروه خودیاری که به آن مراجعه کرده اید چیست؟

خیر (به سؤال OM5 بروید) ۱
بله ۵

OM ۱-۳ آیا در طول ۱۲ ماه گذشته هم به گروههای خودیاری مراجعه کرده اید؟

منظم ۱
گه گاه ۲
اصلاً ۳

OM 4 در حال حاضر به چه ترتیبی در این گروه شرکت می کنید؟

OM 5 آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، برای اعتیاد، به دی آی سی (مرکز گذری یا مرکز کاهش آسیب) مراجعه کرده اید؟
 خیر ... (به سؤال ۱ OP مراجعه کنید)..... ۱
 بله ۵

[کارت OM۲ را به پاسخگو بدهید.]

OM 6 در ۱۲ ماه گذشته، کدام یک از خدمات نوشته شده در این کارت را در دی آی سی دریافت کردید؟ **[موارد را یک به یک بخوانید. فرد می تواند چند مورد را انتخاب کند.]**

۱ آموزش و مشاوره
 ۲ دریافت سرنگ و سوزن
 ۳ دریافت متادون
 ۴ دریافت کاندوم

OM 7 در سه ماه گذشته، چند بار به دی آی سی مراجعه کردید؟
 بار _____

پرسشنامه خدمات سرپایی برای مشکلات اعصاب و روان (OP)

OP 1 [کارت OP را به فرد بدهید.]

A در طول ۱۲ ماه گذشته برای **مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد** به کدامیک از **درمانگران یا مراکز** نوشته شده در کارت مراجعه کرده و به طور سرپایی ویزیت شده اید و یا مشاوره تلفنی گرفته اید؟ من یک به یک، این موارد را برای شما می خوانم.

[در صورتی که مکان مراجعه فرد در کارت OP بیش از یک مورد را شامل می شد، گزینه ای را انتخاب کنید که بالاتر نوشته شده است.]

[رزیدنت (دستیار) معادل متخصص و انترن (کارورز بالینی) معادل پزشک عمومی تلقی می شود.]

[در مورد "مرکز درمانی اعتیاد"، هر مرکزی که فرد در آن "درمان نگهدارنده با متادون" دریافت کرده باشد، مرکز درمانی اعتیاد تلقی می شود، حتی در زندان.]

[در صورتی که فرد نوع درمانگر یا مرکز را حدس می زند، ولی اطمینان ندارد، بنا را بر حدس آزمودنی بگذارید و آن را انتخاب کنید.]

[در صورتی که فرد به هیچ وجه نوع درمانگر را نمی داند، ردیف ۶ (نامشخص) انتخاب شود و سوالات بعدی از وی پرسیده شود.]

[در صورتی که ویزیتی منجر به بستری شده است (بیش از شش ساعت تحت نظر بودن)، ویزیت سرپایی محسوب نمی شود.]

[برای درمانگرانی که فرد در کارت OP نام می برد، در ستون A بلی را انتخاب کرده و سپس سوالات B و C و D را برای آن درمانگر یا مرکز بپرسید. اگر در ۱۲ ماه گذشته، فرد به دو درمانگر از یک نوع مراجعه کرده است، مثلاً به دو پزشک عمومی مراجعه کرده است، سوالات B تا D را برای درمانگری که فرد آخرین مراجعه را به وی داشته است، بپرسید. [اگر فردی در پاسخ به تمام سوالات OP1، ستون A پاسخ خیر داده است، و در طول ۱۲ ماه گذشته برای **مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد**، به هیچ درمانگر یا مرکز فوق مراجعه نکرده است، به سؤال OP2 بروید.]

B علت مراجعه شما به این [نام درمانگر یا مرکز] چه بوده است؟ [فرد می تواند هر دو را انتخاب کند.]

- ۱) مشکلات اعصاب و روان مانند افسردگی، اضطراب و استرس، وسواس، عصبانیت یا مشکلات خواب
- ۲) مصرف مواد یا الکل، اعتیاد

C آیا در حال حاضر تحت درمان این [نام درمانگر یا مرکز] هستید؟

D به قسمت پائین کارت OP نگاه کنید. در ۱۲ ماه گذشته، توسط [نام درمانگر یا مرکز] چه نوع خدماتی برای شما انجام شد؟ [موارد را یک یک بخوانید. آزمودنی می تواند بیش از یک گزینه را ذکر کند]

[جدول OP1 - مراجعات سریایی در ۱۲ ماه گذشته برای مشکلات اعصاب و روان (کد مرکز-درمانگر)]

D	C	B	A	
در ۱۲ ماه گذشته، توسط [نام درمانگر] چه نوع خدماتی انجام شد؟ [موارد را یک یک بخوانید.] (۱) ویزیت (۲) تجویز دارو (۳) روان درمانی یا مشاوره (بیش از ۳۰ دقیقه)	آیا در حال حاضر تحت درمان این درمانگر [نام درمانگر] هستید؟ (۱) خیر (۵) بله	علت مراجعه (۱) مشکلات اعصاب و روان (۲) مصرف مواد یا الکل، اعتیاد [فرد می تواند هر دو را انتخاب کند.]	مراجعه در ۱۲ ماه گذشته (۱) خیر (۵) بله	
۱ ۲ ۳	۱ ۵	۱ ۲	۱ ۵	۱- مرکز درمانی اعتیاد
۱ ۲ ۳	۱ ۵	۱ ۲	۱ ۵	۲- پزشک عمومی
۱ ۲ ۳	۱ ۵	۱ ۲	۱ ۵	۳- روانپزشک یا متخصص اعصاب و روان
۱ ۲ ۳	۱ ۵	۱ ۲	۱ ۵	۴- سایر پزشکان متخصص
۱ ۲ ۳	۱ ۵	۱ ۲	۱ ۵	۵- روانشناس یا مشاور
۱ ۲ ۳	۱ ۵	۱ ۲	۱ ۵	۶- نامشخص
۱ ۲ ۳	۱ ۵	۱ ۲	۱ ۵	۷- سایر (ذکر کنید.....)

خیر (به سوال D۶۳ رجوع کنید).....۱
بله۵

OP 2 آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، برای مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد مستقیماً به یک داروخانه برای "گرفتن دارو بدون تجویز پزشک یا بیش از تجویز پزشک" مراجعه کرده اید؟ [منظور از گرفتن دارو بدون تجویز پزشک، مراجعه به داروخانه برای تشخیص بیماری، تجویز دارو یا خرید دارو است، بدون اینکه قبلاً پزشک تجویز کرده باشد.]

OP 3 علت مراجعه مستقیم شما به داروخانه برای گرفتن دارو چه بود؟ مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد؟ [فرد می تواند هر دو را انتخاب کند.]

(۱) مشکلات اعصاب و روان، مانند افسردگی، اضطراب و استرس، وسواس، عصبانیت.....
(۲) مصرف مواد و الکل، اعتیاد.....

اختلالات اضطراب منتشر (D)

خیر (به سؤال B رجوع کنید)..... ۱

بله ۵

D۶۳ الان می‌خواهم از شما در باره دوره‌های طولانی نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب بپرسم. آیا در طول دو سال گذشته، به مدت یک ماه یا بیشتر بوده که اغلب اوقات درباره مسائل روزمره مثل کار یا خانواده، احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب کنید؟

GAD 10A
GAD 4A

ماه _____

A: در طول دو سال گذشته، طولانی‌ترین دوره ای که شما احساس نگرانی، تنش یا اضطراب می‌کردید، چند ماه بوده است؟

[اگر پاسخ D۶۳A شش ماه یا بیشتر است، به سؤال D۶۴ رجوع کنید]

خیر (به سؤال SDMT رجوع کنید)..... ۱

بله ۵

B: افراد از نظر احساس نگرانی درباره امور زندگی با هم فرق دارند. آیا در طول دو سال گذشته، زمان‌هایی در زندگی شما بوده است که خیلی بیشتر از افراد دیگر در همان موقعیت نگران شده باشید؟

ماه _____

C: در طول دو سال گذشته، طولانی‌ترین دوره نگرانی شما چه مدت بوده است؟

[اگر پاسخ D۶۳C کمتر از شش ماه است، به سؤال SDMT رجوع کنید]

D۶۴ حالا می‌خواهم درباره آن دوره شش ماهه یا بیشتر که احساس نگرانی، فشار عصبی و یا اضطراب، بیشتر از همیشه بود، سؤال کنم. در این دوره:

GAD 4A

خیر ۱

بله ۵

A: آیا شما فکر می‌کنید که نگرانی شما بیشتر از حد بوده است، یعنی خیلی بیشتر از افراد دیگر؟

خیر ۱

بله ۵

B: آیا شما بیشتر روزها نگران بودید؟

GAD10A
GAD4B

خیر ۱

بله ۵

C: آیا برای شما مشکل بود که نگرانی خودتان را کنترل کنید؟

GAD10A
GAD4D

علائم خود، اضافه وزن، دارو یا مواد..... ۱

چیزهای دیگر..... ۵

D: شما عمدتاً درباره چه نوع چیزهایی نگران می‌شدید؟

GAD10A
GAD4D

مثال:

[اگر مثال صرفاً درباره علائم خود، اضافه وزن یا دارو و مواد است، بپرسید: چیز دیگری

نیز بود؟

[اگر مثال همچنان نگرانی‌های دیگر را شامل نمی‌شود، کد ۱ داده و به سؤال SDMT رجوع

کنید.]

[کارت D5 را به پاسخگو بدهید.] D65

[در سوالات ۱ تا ۲۴ هر مورد با سبش بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوال D69 یادداشت کنید.] الان به کارت D5 نگاه کنید. بعضی افراد در طول دوره‌های احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب، حالاتی را تجربه می‌کنند که در این کارت نوشته شده است. حالا می‌خواهم درباره دوره‌ای که در طول دو سال گذشته، بیشتر از همیشه احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب می‌کردید، بپرسم: در طول آن دوره شش ماهه یا طولانی‌تر که احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب داشتید:

- | بله | خیر | |
|-----|-----|--|
| ۵ | ۱ | ۱- آیا بی‌قرار بودید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۲- دلواپس و عصبی بودید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۳- زود خسته می‌شدید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۴- در تمرکز (حین انجام کار) مشکل داشتید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۵- تحریک‌پذیرتر از معمول بودید (زودتر از معمول عصبانی می‌شدید)؟..... |
| ۵ | ۱ | ۶- درد و انقباض عضلانی داشتید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۷- در به خواب رفتن و یا خوابیدن مشکل داشتید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۸- آیا قلبتان تند می‌زد؟..... |
| ۵ | ۱ | ۹- عرق می‌کردید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۱۰- می‌لرزیدید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۱۱- دهانتان خشک می‌شد؟..... |

[اگر هیچ یک از سوالات ۱ تا ۱۱، کد ۵ نگرفت، به سؤال SDMT رجوع کنید. اگر در سوالات ۱ تا ۱۱ چهار مورد یا بیشتر کد ۵ گرفتند، به سؤال D66 رجوع کنید. در غیر این صورت از سؤال ۱۲ تا ۲۴ را بپرسید، اما بعد از این که از سوالات ۱ تا ۲۴، چهار مورد کد ۵ گرفتند، به سؤال D66 رجوع کنید. اگر از سؤال ۱ تا ۲۴ کمتر از ۴ مورد کد ۵ داشت به سؤال SDMT رجوع کنید.]

- | | | |
|---|---|---|
| ۵ | ۱ | ۱۲- تنگی نفس داشتید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۱۳- احساس خفگی می‌کردید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۱۴- آیا احساس درد یا ناراحتی در قفسه سینه می‌کردید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۱۵- احساس درد یا ناراحتی شکم داشتید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۱۶- تهوع داشتید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۱۷- سرگیجه داشتید یا چشمتان سیاهی می‌رفت؟..... |
| ۵ | ۱ | ۱۸- فکر می‌کردید که خودتان یا اشیاء اطرافتان غیر واقعی هستند؟..... |
| ۵ | ۱ | ۱۹- آیا می‌ترسیدید که مبادا کنترل خود و عقالتان را از دست بدهید و یا از حال بروید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۲۰- از این که ممکن بود بمیرید، وحشت داشتید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۲۱- احساس گرگرفتگی یا سرما می‌کردید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۲۲- احساس سوزن سوزن شدن یا خواب‌رفتگی در بدنتان داشتید؟..... |
| ۵ | ۱ | ۲۳- آیا احساس می‌کردید چیزی در گلویتان است؟..... |
| ۵ | ۱ | ۲۴- آیا در اثر ترس زود از جا می‌پریدید؟..... |

[اگر کمتر از ۴ مورد علامت زده شده، به سؤال SDMT رجوع کنید.]

PRB : ۲ ۳ ۴ ۵	<p>آیا شما در باره دوره‌های طولانی نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب و هم چنین هنگامی که بعضی از ناراحتی‌های ذکر شده در فهرست را داشتید، با پزشک صحبت کردید؟</p> <p>[به سنجش ادامه دهید.]</p> <p>پزشک: _____ غیره: _____</p>	D۶۶	GAD 10D GAD 4F
<p>خیر ۱</p> <p>بله ۵</p>	<p>آیا در طول دو سال گذشته، به خاطر احساس طولانی مدت نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب از دست خودتان خیلی ناراحت شده‌اید؟</p>	D۶۷	GAD 4E
<p>خیر (نه زیاد) ۱</p> <p>بله (زیاد) ۵</p>	<p>آیا در طول دو سال گذشته، دوره‌های نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب در زندگی و فعالیت‌هایتان، اختلال ایجاد کرده بود؟</p>	D۶۸	GAD 4E
<p>اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶</p> <p>اولین بار در سن: _____</p>	<p>اولین بار که احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب [یا مواردی که در کارت D۵ انتخاب کرده است] به مدت شش ماه یا بیشتر طول کشید، چه زمانی شروع شد؟</p>	D۶۹	GAD 10ON GAD 4ON
<p>آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶</p> <p>آخرین بار در سن: _____</p>	<p>آخرین بار که احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب [یا مواردی که در کارت D۵ انتخاب کرده است] به مدت شش ماه یا بیشتر طول کشید، چه زمانی تمام شد؟</p>		GAD 10RE GAD 4RE

[آزمون جایگزینی اعداد و نمادها (SDMT) را به فرد بدهید. توضیحات لازم را بدهید. تمرین ۱۰ نایی را انجام دهید. دقیقاً یک و نیم دقیقه به فرد فرصت بدهید.]

SDMT آیا آزمون انجام شد؟ بلی

اختلالات افسردگی (E)

I		در طول دو سال گذشته	
[سؤال E1 تا E24 را در ستون I کدگذاری کنید.]			
DEP10B1 DP4A1	E1	اکنون می‌خواهم از شما درباره دوره‌هایی که احساس غم، پوچی یا افسردگی داشته‌اید، سؤال کنم. آیا در طول دو سال گذشته، به مدت دو هفته یا بیشتر، برای بیشتر اوقات روز احساس غم، پوچی یا افسردگی داشته‌اید؟ پزشک: _____ غیره: _____	PRB : ۱ ۳ ۴ ۵
DEP10B2 DP4A2 DEP10	E2	آیا در طول دو سال گذشته، به مدت دو هفته یا بیشتر، دچار بی‌میلی و بی‌رغبتی به بیشتر امور مثل کار، تفریحات و سرگرمی یا هر چیز دیگری که قبلاً از آن لذت می‌بردید، شده‌اید؟ پزشک: _____ غیره: _____	PRB : ۱ ۳ ۴ ۵
[اگر هر دو مورد E1 و E2 کد گرفتند به سؤال E34 رجوع کنید.] [سوالات بعد را به ترتیب در مورد طول دو سال گذشته بپرسید و پاسخ را در ستون I علامت بزنید.] [سوالات E3 تا E20 هر کدام پاسخش بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوالات E27 و E30A یادداشت کنید.]			
II		I	
در زمان بروز بیشترین علائم		در طول دو سال گذشته	
بله	خیر	بله	خیر
کادر ۱: [کمبود انرژی]			
DEP10B3 DP4A6	E3	آیا در طول دو سال گذشته، در طول یک دوره دو هفته‌ای یا بیشتر (که با احساس غم/پوچی/افسردگی/بی‌رغبتی به امور همراه بوده است)، [آیا در بیشتر اوقات و تقریباً هر روز، حتی بدون انجام کار سنگین، احساس خستگی و کمبود انرژی داشتید؟	۱ ۵
کادر ۲: [تغییر اشتها]			
DEP10C7 DP4A3 DEP10S6	E4	آیا در طول دو سال گذشته، در طول یک دوره دو هفته‌ای یا بیشتر (که با احساس افسردگی/بی‌رغبتی به امور/احساس خستگی دائم همراه بوده است)، [آیا تقریباً هر روز کم‌اشتهاتر از معمول بودید؟	۱ ۵
DEP10C7 DP4A3	E5	آیا در طول دو سال گذشته، در طول هیچ یک از این دوره‌ها، [بدون این‌که بخواهید (بدون رژیم)، در طی چند هفته و هر هفته حدود یک کیلو وزن کم کرده‌اید؟ [اگر E5 کد گرفت، به سؤال E6 رجوع کنید.]	۱ ۵
DEP10S7	A:	چه قدر وزن کم کردید؟ [اگر پاسخ نمی‌دانم یا شد، یعنی اگر کاهش یا افزایش وزن داشته باشد ولی نداند که چند کیلو تغییر وزن داشته، کد ۹۸ را وارد کنید.]	_____ کیلوگرم
			[اگر کد ۵ داده شد، سؤال A را بپرسید، اگر کد ۱ گرفت، به کد ۵ بعدی در ستون I رجوع کنید.] _____ کیلوگرم

II در زمان بروز بیشترین علائم		I در طول دو سال گذشته				
بله	خیر	بله	خیر			
۵	۱	۵	۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها، [تقریباً هر روز، به مدت دو هفته یا بیشتر، اشتهای شما بیش از حد معمول بود؟ [اگر در سنین رشد یا حاملگی بوده است، کد ۱ را ثبت کنید.]	E۶	DEP10C7 DP4A3
۵	۱	۵	۱	آیا در طول دو سال گذشته، در طول هیچ‌یک از این دوره‌ها، [غذا خوردنتان به حدی زیاد بوده که برای چند هفته، به مقدار یک کیلوگرم در هفته افزایش وزن داشته باشید؟ [فقط اگر کاهش وزن جبران شده است، کد ۱ بدهید]. [اگر E۷ کد ۱ گرفت، به سؤال E۸ رجوع کنید.]	EV	DEP10C7 DP4A3
				A: چقدر وزن زیاد کردید؟ [اگر پاسخ نمی‌دانم یا شد، یعنی اگر کاهش یا افزایش وزن داشته باشد ولی نداند که چند کیلو تغییر وزن داشته، کد ۹۸ را وارد کنید.]		
کادر ۳: [مشکلات خواب]						
۵	۱	۵	۱	آیا در طول دو سال گذشته، در طول این دوره‌ها (که با احساس افسردگی / بی‌رغبتی / کمبود انرژی همراه بوده است) [برای مدت دو هفته یا بیشتر و تقریباً هر شب، اختلال خواب مانند دیر به خواب رفتن، بیدار شدن در طول شب، یا زود از خواب بیدار شدن، داشته‌اید؟ [اگر کد ۵ نگرفت، به سؤال E۹ رجوع کنید.]	E۸	DEP10C6 DP4A4
۵	۱	۵	۱	A: آیا در طول این دوره‌ها [پیش‌آمده که مدت دو هفته یا بیشتر، هر روز حداقل ۲ ساعت زودتر از زمان معمول، از خواب بیدار شوید؟		DEP10S DP4A5
۵	۱	۵	۱	در طول دو سال گذشته، در طول هیچ یک از این دوره‌ها (که با احساس افسردگی / بی‌رغبتی / کمبود انرژی همراه بوده است) [آیا تقریباً هر روز، بیش از حد معمول می‌خوابیدید؟	E۹	DEP10C6 DP4A4
کادر ۴: [کندی / بی‌قراری (ناآرامی)]						
۵	۱	۵	۱	در طول دو سال گذشته، در طول هیچ یک از این دوره‌ها [به مدت دو هفته یا بیشتر، تقریباً هر روز حرکات یا صحبت کردن شما کندتر از حد معمول شده بود؟ [اگر کد ۱ گرفت، به سؤال E۱۱ رجوع کنید.]	E۱۰	DEP10C5 DP4A5
۵	۱	۵	۱	A: [آیا کس دیگری متوجه کند شدن حرکات یا صحبت کردن شما شده بود؟		DEP10S5 DP4A5

II در زمان بروز بیشترین علائم		I در طول دو سال گذشته			
بله	خیر	بله	خیر		
۵..... ۱		۵..... ۱		E۱۱ آیا در طول دو سال گذشته، در طول هیچ یک از این دوره‌ها [دچار بی‌قراری شده‌اید، به نحوی که یک جا بند نشوید، بنشینید و بلند شوید، راه بروید یا وقتی نشست‌اید با دستهایتان بازی کنید؟ [اگر کد ۱ گرفت، به سؤال E۱۲ رجوع کنید.]	DEP10C5 DP4A5 ML4B4
۵..... ۱		۵..... ۱		A: [آیا کس دیگری هم متوجه بی‌قراری و افزایش تحرک شما شده بود؟]	DEP10S5 DP4A5
کادر ۵: [احساس بی‌ارزشی یا گناه]					
۵..... ۱		۵..... ۱		E۱۲ آیا در طول دو سال گذشته، در طول هیچ یک از این دوره‌ها [تقریباً هر روز، احساس بی‌ارزشی داشته‌اید؟]	DEP10C2 DP4A7 DP4E
۵..... ۱		۵..... ۱		A: [آیا احساس تقصیر یا گناه می‌کردید؟] [اگر هر دو مورد E۱۲ و E۱۲A کد ۱ گرفتند، به سؤال E۱۳ رجوع کنید.]	
۵..... ۱		۵..... ۱		B: [آیا دلیل مشخصی برای این احساس بی‌ارزشی/تقصیر و گناه وجود داشت؟] [فقط در مورد ستون I: مثال را ذکر نمازید:] _____ _____ _____ _____ [اگر E۱۲B، کد ۱ گرفت، به سؤال E۱۳ رجوع کنید.] [فقط در مورد ستون II: مثال را ذکر کنید] _____ _____ _____	
بله ۱ خیر ۵		بله ۱ خیر ۵		C: [آیا م‌صاحبه شونده فقط به این دلیل احساس بی‌ارزشی/تقصیر یا گناه می‌کند که فعالیت‌هایش به خاطر افسردگی، مختل شده است؟]	DP4A7

II در زمان بروز بیشترین علائم		I در طول دو سال گذشته	
بله	خیر	بله	خیر
کادر ۶: [پایین بودن اعتماد به نفس]			
۵ ۱	۵ ۱	۵ ۱	آیا در طول دو سال گذشته، در طول هیچ یک از این دوره ها [احساس کرده‌اید که پایینتر و کم ارزش تر از دیگران هستید؟] E۱۳ DEP10C1
۵ ۱	۵ ۱	۵ ۱	[آیا احساس کمبود اعتماد به نفس در شما در حدی بوده که نتوانید نظرتان را ابراز کنید؟] E۱۴ DEP10C1
کادر ۷: [مشکل در تفکر]			
۵ ۱	۵ ۱	۵ ۱	آیا در طول دو سال گذشته، در طول هیچ یک از این دوره ها [بیش از حد معمول، مشکل در تمرکز داشته‌اید؟] E۱۵ DEP10C4
۵ ۱	۵ ۱	۵ ۱	A: [آیا برایتان اتفاق افتاده بود که نتوانید چیزهای مورد علاقه‌تان را بخوانید یا فیلم‌ها یا برنامه‌های تلویزیونی مورد علاقه‌تان را تماشا کنید، به این دلیل که تمرکزتان مشکل داشته است؟] DEP10C4
۵ ۱	۵ ۱	۵ ۱	[آیا احساس می‌کردید نسبت به همیشه فکرتان کندتر از حد معمول شده است یا دچار سردرگمی شده‌اید؟] E۱۶ DEP10C4 DP4A8
۵ ۱	۵ ۱	۵ ۱	[آیا تصمیم‌گیری/درباره چیزهایی که قبلاً مشکلی در تصمیم‌گیری درباره آنها نداشتید، مشکل شده بود؟] E۱۷ DEP10C4 DP4A8
کادر ۸: [افکار راجع به مرگ]			
۵ ۱	۵ ۱	۵ ۱	آیا در طول دو سال گذشته، در طول هیچ یک از این دوره ها، [زیاد به مرگ فکر می‌کردید؟] E۱۸ DEP10C3 DP4A9
۵ ۱	۵ ۱	۵ ۱	[آیا خلق‌تان (روحیه‌تان) به حدی پایین بود که زیاد به خودکشی فکر کنید؟] E۱۹ DEP10C3 DP4A9 [اگر کد ۱ گرفت، به سؤال E۲۱ رجوع کنید.]
۵ ۱	۵ ۱	۵ ۱	[آیا در مورد این که چگونه خودکشی کنید، نقشه کشیده بودید؟] DP4A9 DEP10C3
۵ ۱	۵ ۱	۵ ۱	[آیا اقدام به خودکشی هم کردید؟] E۲۰ DEP10C3 DP4A9
۱..... ۱	خیر	۵..... ۱	E۲۱ [تعداد مواردی از سؤال E۱ و E۲ کد ۵ گرفته را با تعداد کادری که حداقل یک کد ۵ دارد، جمع کنید. آیا جمع کل مساوی یا بیشتر از ۴ است؟] [اگر پاسخ منفی است به سؤال E۳۴ رجوع کنید.]

II در زمان بروز بیشترین علائم		I در طول دو سال گذشته			
بله	خیر	بله	خیر		
۵..... ۱		۵..... ۱		E22	DEP10S4
				آیا در طول دو سال گذشته، در طول یک دوره دو هفته‌ای (که با احساس افسردگی/بی‌رغبتی/کمبود انرژی همراه بوده است) [آیا شده که بخصوص هنگام بیدار شدن از خواب، حالتان بد باشد اما به تدریج در طی روز بهتر شده باشید؟	
۵..... ۱		۵..... ۱		E23	DEP10C8
				آیا در طول دو سال گذشته، در طول هیچ یک از این دوره‌ها، [میل جنسی‌تان نسبت به حد معمول کاهش پیدا کرده بود؟	
۵..... ۱		۵..... ۱		E24	DEP10S2
				[آیا نسبت به اتفاقات خوبی که برایتان اتفاق می‌افتاد مثل برنده شدن یا مورد تشویق و تأیید قرار گرفتن، بی‌میل و بی‌رغبت شده بودید و دیگر لذت نمی‌بردید؟	
				E25	DEP10A DP4E DP4D
				آیا در طول دو سال گذشته، در طول هیچ‌یک از این دوره‌ها، (که با احساس غم، پوچی یا افسردگی/از دست دادن میل و رغبت همراه بوده است) درباره احساسات خودتان یا ناراحتی‌هایی که در آن زمان داشتید، [در سوالات E20 تا E24 (علائمی که کد ۵ گرفته)] با پزشک صحبت کرده‌اید؟ [به سنجش ادامه دهید]. پزشک: _____ غیره: _____ [اگر کد PRB5 داده نشده است، به سؤال E24 رجوع کنید].	
				E26	DP4A DEP10A DP4E
				طولانی‌ترین دوره افسردگی که در طول دو سال گذشته داشته‌اید، چقدر طول کشیده است؟ [اگر در کل ۲ سال گذشته وجود داشت، کد ۱۰۴ را وارد کنید. (۴ × تعداد ماه = تعداد هفته)] [به ۱۳ تا ۱۴ روز کد ۱ دهید] [اگر کد ۱ داده شد، به سؤال E24 رجوع کنید].	
				A:	
				آیا در طول دو سال گذشته، هیچ یک از این دوره‌ها (که به مدت دو هفته یا بیشتر طول کشیده)، بطور جدی در عملکرد شغلی شما، مراقبت از خانه و خانواده و یا مراقبت از خودتان اختلال ایجاد کرده است؟	
				E27	DP4ON DEP10ON DP4RE DEP10RE
				اولین باری که شما به مدت دو هفته یا بیشتر (احساس غم، احساس پوچی و یا افسردگی/از دست دادن میل و رغبت / کمبود انرژی داشتید) و همچنین مواردی از قبیل [آن چه در ستون علائم از E24 تا E20 کد ۵ داده شده باشد] داشتید، چه زمانی بوده است؟	
				اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ _____ اولین بار در سن: _____	
				آخرین باری که شما به مدت دو هفته یا بیشتر (احساس غم، احساس پوچی و یا افسردگی/از دست دادن میل و رغبت / کمبود انرژی داشتید) و همچنین مواردی از قبیل [آن چه در ستون علائم از E24 تا E20 کد ۵ داده شده باشد] داشتید، چه زمانی بوده است؟	
				آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ _____ آخرین بار در سن: _____	

<p>۱..... خیر</p> <p>۵..... بله</p>	<p>[اگر پاسخ سؤال E۲۶ کمتر از ۲۶ هفته است به سؤال E۲۹ رجوع کنید.]</p> <p>[اگر سن اولین بار در سؤال D۶۹ خالی بوده یا کمتر از سن اولین بار در سؤال E۲۷ است، به سؤال E۲۹ رجوع کنید، در غیر این صورت بپرسید:]</p> <p>شما قبلاً گفته بودید که در طول دو سال گذشته، در موارد مختلفی اضطراب و نگرانی طولانی مدت داشتید. آیا دوره‌های طولانی مدتی که در آن اضطراب و نگرانی داشتید با این دوره‌ها (افسردگی / از دست دادن میل و رغبت) همزمان بود؟</p>	<p>E۲۸</p> <p>GA4F</p>
<p>تعداد دوره‌ها _____</p> <p>۱..... خیر ... (به E۳۰ رجوع کنید).....</p> <p>۵..... حال خوب در بین دوره‌ها</p> <p>۱..... خیر ... (به E۳۰ رجوع کنید).....</p> <p>۵..... بله</p> <p>۱..... خیر ... (به E۳۰ رجوع کنید).....</p> <p>۵..... بله</p> <p>تعداد دوره با فاصله ۲ ماه _____</p>	<p>E۲۹</p> <p>DEP10RG1 MD4A</p> <p>در طول دو سال گذشته، چند دوره مختلف به مدت دو هفته یا بیشتر (احساس افسردگی / از دست دادن میل و رغبت / کمبود انرژی) و بعضی از مواردی که درباره‌اش صحبت کردیم، داشته‌اید؟</p> <p>[اگر ۹۶ دوره یا بیشتر بود، عدد ۹۶ را بنویسید]</p> <p>[اگر کد ۰۱ داده شده، به سؤال E۳۰ رجوع کنید]</p> <p>A: آیا شده بود بین هیچ یک از این دوره‌های (احساس افسردگی / نداشتن میل و رغبت / کمبود انرژی) چند ماهی حالتان خوب باشد؟</p> <p>B: آیا در بین دوره‌های افسردگی، شما توان کار کردن داشته‌اید و یا از معاشرت با اطرافیان‌تان مانند گذشته لذت می‌بردید؟</p> <p>C: آیا در طول دو سال گذشته، مدت زمانی که حالتان خوب بوده و از معاشرت با اطرافیان لذت می‌بردید، دو ماه یا بیشتر طول کشید؟</p> <p>D: چند دوره جداگانه (افسردگی / نداشتن میل و رغبت / کمبود انرژی) داشته‌اید که در بین آنها به مدت ۲ ماه یا بیشتر احساس خوبی داشتید؟</p>	
<p>۱..... خیر (به قسمت C رجوع کنید).....</p> <p>۵..... بله</p> <p>خیر فقط پس از فوت (به E۳۱ رجوع کنید).....</p> <p>بله، در زمانهای دیگر.....</p> <p>بله فقط پس از فوت (به E۳۱ رجوع کنید).....</p> <p>خیر، نه فقط بعد از فوت</p> <p>خیر</p> <p>بله</p>	<p>E۳۰</p> <p>DP4E</p> <p>آیا در طول دو سال گذشته، هیچ یک از این دوره‌ها (افسردگی / از دست دادن میل و رغبت) بلافاصله (یعنی کمتر از ۲ ماه) بعد از فوت یکی از نزدیکان برای شما پیش آمد؟</p> <p>[اگر شروع علائم بیش از ۲ ماه پس از فوت بوده، کد ۱ را انتخاب کرده و به قسمت B رجوع کنید.]</p> <p>A: آیا در طول دو سال گذشته، حداقل یکی از این دوره‌ها (احساس افسردگی / نداشتن میل و رغبت) با سایر علائم (از سؤال E۳ تا E۲۰، علائمی که کد ۵ داده شده است، را نام ببرید)، بوده است که درست بعد از مرگ یکی از نزدیکان شما پیش نیامده باشد؟</p> <p>B: [اگر در طول سال گذشته افسرده بوده (کد ۱ تا ۵ به سؤال E۲۷ داده‌اید) بپرسید:] دوره یا دوره‌های افسردگی در سال گذشته چگونه بود؟ آیا (این دوره/دوره‌ها) درست بعد از مرگ یکی از نزدیکان اتفاق افتاد؟</p> <p>C: [اگر مصاحبه‌شونده مرد است یا زنی که بچه ندارد به E۳۱ رجوع کنید] آیا (این دوره/ دوره‌ها) ظرف یک ماه اول پس از زایمان پیش آمد؟</p>	

خیر... (به سؤال E۳۴ رجوع کنید).....۱ بله.....۵	E۳۱ [آیا پاسخگو دو دوره یا بیشتر از دو دوره جداگانه افسردگی داشته است (سؤال E۲۹D کد ۲ یا بیشتر گرفته است؟)]	
سال: ۱۳_ _ نام ماه:	E۳۲ اکنون می‌خواهم درباره دورانی در طول دو سال گذشته، از شما سؤال کنم که (افسردگی / نداشتن میل و رغبت / کمبود انرژی) برای حداقل دو هفته، طول کشیده و بیشترین ناراحتی‌هایی که قبلاً درباره‌اش صحبت کردیم، بطور همزمان در آن موقع وجود داشته، این دوره در چه زمانی بود؟ [اگر نمی‌تواند انتخاب کند]: زمان یکی از دوره‌های ۲ هفته‌ای افسردگی شدید را که داشته‌اید، ذکر نمایید.	
خیر.....۱ بله.....۵ خیر.....۱ بله.....۵	E۳۳ حالا می‌خواهم بپرسم در طی دو هفته‌ای [ماه و سالی که در پاسخ به سؤال قبل گفته شد]، که بیشترین ناراحتی‌ها را داشتید، کدامیک از این مشکلات را داشتید: آیا در آن زمان احساس غم یا افسردگی می‌کردید؟ A: آیا میل و رغبت خودتان را تقریباً نسبت به همه چیز از دست داده بودید؟ [به ستون II در سؤال E۳۳ برگردید، هر مواری که در ستون I، کد ۵ گرفته‌اند را بخوانید، از [شروع کنید و در ستون II کدگذاری کنید. در مورد دوره‌ای که بیشترین ناراحتی‌ها را داشته سؤال کنید.]	
خیر... (به سؤال K۱ رجوع کنید).....۱ بله.....۵	E۳۴ آیا در طول زندگی‌تان به مدت ۲ سال یا بیشتر احساس ناراحتی و افسردگی را در بیشتر روزها داشته‌اید؟ (حتی اگر بعضی مواقع حالتان خوب بود) A: آیا هیچ یک از این دوره‌ها به مدت ۲ سال طول کشیده است، بدون این که در بین آن‌ها ۲ ماه کامل حالتان خوب باشد؟ [اگر پاسخ منفی است کد PRB۱ را علامت زده و به سؤال K۱ رجوع کنید.]	DY4A DYS10A DY4C
PRB: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	در طول دو سال یا بیشتری که احساس غم یا افسردگی داشته‌اید، با پزشک صحبت کرده‌اید؟ [سنجش را ادامه دهید] پزشک: _____ غیره: _____	
خیر... (به سؤال K۱ رجوع کنید).....۱ بله.....۵	B: هیچ کدام از این دوره‌های طولانی افسردگی که ۲ سال یا بیشتر طول کشیده، تا به دو سال گذشته هم ادامه یافته است؟	
سال: ۱۳_ _ نام ماه:	C: این دوره چه زمانی تمام شد؟ [اگر هنوز ادامه دارد، به ماه کد "صفر" بدهید.]	

[در سوالات E35 تا E51 هر مورد با سخش بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوال E52 و E53 یادداشت کنید.]		
خیر..... ۱	E۳۵	DY10C2 DY4B
بله ۵	آیا در طول دو سال گذشته [تا ماه و سالی که در پاسخ به سوال قبل گفته شد]، در طی این مدت طولانی افسردگی، مشکل خواب (مانند دیر به خواب رفتن، بیدار شدن در طول شب، و یا خیلی زود بیدار شدن)، داشته‌اید؟	
خیر..... ۱	E۳۶	DY4B2
بله ۵	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر) آیا اغلب زیاد می‌خوابیدید؟	
خیر..... ۱	E۳۷	DY4B1
بله ۵	آیا در طول دو سال گذشته [تا ماه و سالی که در پاسخ به سوال قبل گفته شد]، آیا اغلب خیلی کم اشتهای بودید؟	
خیر..... ۱	E۳۸	DY4B1
بله ۵	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر) آیا بیشتر از حد معمول می‌خوردید؟	
خیر..... ۱	E۳۹	DYS10C1 DY4B3
بله ۵	در این دوره طولانی افسردگی، آیا بیشتر مواقع احساس کمبود انرژی یا خستگی می‌کردید، حتی مواقعی که خیلی سخت کار نکرده بودید؟	
خیر..... ۱	E۴۰	DYS10C3 DY4B4
بله ۵	آیا در طول دو سال گذشته [تا ماه و سالی که در پاسخ به سوال قبل گفته شد]، آیا اغلب خودتان را پایینتر و کم ارزشتر از بقیه مردم می‌دانستید؟	
خیر..... ۱	E۴۱	DYS10C3 DY4B4
بله ۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی، اعتماد به نفس شما به حدی کم شده بود که دربارهٔ هیچ چیز نتوانید نظرتان را ابراز کنید؟	
خیر..... ۱	E۴۲	DYS10C4 DY4B5
بله ۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی، در تمرکز خود بسیار زیادتیر از معمول مشکل داشتید؟	
خیر..... ۱	E۴۳	DY4B0
بله ۵	آیا در طول دو سال گذشته [تا ماه و سالی که در پاسخ به سوال قبل گفته شد]، آیا شما معمولاً عاجز از تصمیم‌گیری‌هایی بودید که قبلاً در آن مشکلی نداشتید؟	
خیر..... ۱	E۴۴	DYS10C5
بله ۵	در این دوره طولانی افسردگی، آیا اغلب گریه می‌کردید؟	
خیر..... ۱	E۴۵	DYS10C7 DY4B6
بله ۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی، احساس ناامیدی داشته‌اید، به طوری که فکر کرده باشید هیچ راهی برای بهتر شدن اوضاع وجود ندارد؟	
خیر..... ۱	E۴۶	DYS10C8
بله ۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی احساس می‌کردید که نمی‌توانید از پس زندگی و مسئولیت‌هایتان برآیید؟	
خیر..... ۱	E۴۷	DYS10C9
بله ۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی فکر می‌کردید که همیشه زندگی بدی داشته‌اید و راهی برای بهبود اوضاع وجود ندارد؟	

خیر..... ۱ بله ۵	آیا در طول دو سال گذشته [تا ماه و سالی که در پاسخ به سوال قبل گفته شد]، آیا حوصله معاشرت با دوستان و اقوام خود را نداشتید؟	E۴۸	DYS10C10
خیر..... ۱ بله ۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی، کم حرفتر از معمول شده بودید؟	E۴۹	DYS10C11
خیر..... ۱ بله ۵	آیا در این دوره طولانی نسبت به بیشتر چیزها مثل کار، سرگرمی‌ها و چیزهای دیگر که قبلاً از آنها لذت می‌برید، بی‌میل و رغبت شده بودید؟	E۵۰	DYS10C6
خیر..... ۱ بله ۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی، میل جنسی تان کمتر از حد معمول شده بود؟	E۵۱	DYS10C6
[اگر هیچ‌یک از سؤالات E۳۵ تا E۵۱ کد ۵ نگرفتند به E۵۲ کد PRB۱ داده و به سؤال K۱ رجوع کنید.]			
PRB: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	آیا در این دوره طولانی که افسرده بودید، ناراحتی‌هایتان [مثل ناراحتی‌هایی که در سؤالات E۳۵ تا E۵۱ کد ۵ گرفته] را با پزشک در میان گذاشتید؟ [به سنجش ادامه دهید] پزشک: _____ غیره: _____ [اگر کد ۵ گرفته ولی علت برخی از این ناراحتی‌ها، صرفاً مشکلات جسمی بوده است، آنها را فهرست کنید.] _____ _____ [اگر کد ۵ گرفته ولی علت برخی از این ناراحتی‌ها، صرفاً به دلیل مصرف دارو، مواد مخدر یا الکل بوده، آن مشکلات را فهرست کنید.] _____ _____	E۵۲	DY4G
اولین بار در سن: _____	اولین باری که برای مدت دو سال یا بیشتر افسرده بودید، و یا علائمی مانند [علائمی که در سؤالات E۳۵ تا E۵۱ کد ۵ گرفته و صرفاً به مشکلات جسمی و مصرف مواد مخدر، دارو و مشروب ربطی نداشته] را داشتید، سنتان چقدر بود؟	E۵۳	DY40N DYS100N
آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن: _____	آخرین دوره افسردگی چه زمانی به پایان رسید؟ [اگر سن اولین بار در سوال D۶۹ خالی بوده یا از سن شروع علائم در سوال E۵۳ کمتر است، به سؤال K۱ رجوع کنید.]		
خیر..... ۱ بله ۵	قبلاً گفته بودید که یک دوره طولانی اضطراب و نگرانی در باره موضوعات گوناگون داشته‌اید. این دوره اضطراب و نگرانی با دوره افسردگی تان در طول دو سال گذشته، همزمان بوده است؟	E۵۴	GA4F

اختلال وسواسی-جبری (K)

K۱ می‌خواهم از شما سؤال کنم که آیا در طول دو سال گذشته، افکار ناخوشایند و مزاحمی داشته‌اید، که برخلاف میل‌تان به ذهنتان بیاید؟ (مثلاً این که همیشه فکر کنید دستهایتان کثیف و پر از میکروب است). آیا در طول دو سال گذشته، هر گونه افکار ناخوشایندی مانند این داشته‌اید؟

OCO10A
OCO10B
OBS4A4
OBS4A1
OBS4A2

خیر..... ۱
بله..... ۵

A: نمونه دیگر از افکار ناخوشایند، افکار مداومی است نظیر این که: شما ممکن است به کسی آسیب برسانید، هر چند که خودتان نمی‌خواهید و یا ممکن است افکار شرم‌آوری داشته باشید و نتوانید از آنها خلاص شوید. آیا در طول دو سال گذشته، چنین افکار ناخوشایند و مداومی داشته‌اید؟

OCO10A
OCO10B
OBS4A1
OBS4A2
OBS4A4

خیر..... ۱
بله..... ۵

B: [آیا هیچ‌یک از سوالات K۱ و K۱A کد ۵ گرفته است؟]

خیر (به سؤال K۹ رجوع کنید)..... ۱
بله..... ۵

K۲ آیا این‌گونه افکار را تنها برای مدت کوتاهی داشته‌اید یا این‌که به طور مرتب بارها به مدت حداقل دو هفته با شما همراه بوده‌اند؟

OCO10A

کمتر از ۲ هفته (به سؤال K۹ رجوع کنید)..... ۱
۲ هفته یا بیشتر..... ۵

K۳ آیا می‌توانید از این افکاری که شما را اذیت کرده، مثال‌هایی بزنید؟
مثال: _____

OBS4D

[آیا این مثال‌ها، صرفاً توصیف‌کننده موارد زیر هستند؟]

خیر..... ۱
بله..... ۵

خیر..... ۱
بله..... ۵

خیر..... ۱
بله..... ۵

خیر..... ۱
بله..... ۵

خیر..... ۱
بله..... ۵

خیر..... ۱
بله..... ۵

خیر..... ۱
بله..... ۵

۱- احساس گناه ناشی از افسردگی.....
۲- نگرانی درباره ظاهر بدن، وزن یا خوردن.....
۳- نگرانی درباره به دست آوردن و مصرف مواد مخدر و یا مواد دیگر.....
۴- نگرانی درباره کندن مو.....
۵- نگرانی درباره یک بیماری جدی.....
۶- ترکیبی از موارد ۱ تا ۵.....

[اگر هر یک از موارد فوق کد ۵ گرفت، به سؤال K۹ رجوع کنید.]

K۴ آیا برخی از این افکار به نظر خودتان غیرمنطقی بوده است؟

OCO10B2
OBS4B

خیر..... ۱
بله..... ۵

A: آیا بیش از حد معمول فکرتان مشغول این‌گونه مسائل بوده است؟

خیر..... ۱
بله..... ۵

B: آیا از فکر کردن به این‌گونه مسائل، لذت می‌بردید؟

OCO10B4

خیر..... ۱
بله..... ۵

PRB: ۱ ۳ ۴ ۵	<p>آیا در طول دو سال گذشته، علی‌رغم تلاش زیاد برای <u>دورکردن افکار مزاحم</u> و خلاص‌شدن از دست آنها، این افکار دائماً به مغزتان هجوم می‌آورد؟</p> <p>[اگر پاسخ منفی است، PRB را انتخاب کنید و به سؤال K۹ رجوع نمایید و اگر جواب مثبت بود به سنجش ادامه دهید.]</p> <p>پزشک: _____ غیره: _____</p> <p>[اگر کد PRB۵ نگرفت، به سؤال K۹ رجوع کنید.]</p>	K۵	OCO10B3 OBS4A3 OBS4A1 OBS4E
<p>۱.....خیر</p> <p>۵.....بله</p>	<p>آیا در طول دو سال گذشته، وقتی این فکرها به سراغتان می‌آمد، به مدت بیشتر از ۱ ساعت ادامه داشت؟</p>	K۶	OBS4C
<p>۱.....خیر</p> <p>۵.....بله</p>	<p>آیا این افکار در زندگی یا کارتان اختلال ایجاد کرده یا ارتباط با اقوام و دوستان را برای شما مشکل نموده یا برایتان ناراحت‌کننده و آزار دهنده بوده است؟</p>	K۷	OBS4C OCO10C
<p>اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ اولین بار در سن: _____</p> <p>آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن: _____</p>	<p>اولین باری که نمی‌توانستید افکار مزاحم را از خودتان دور کنید، چه زمانی بود؟</p> <p>آخرین باری که نمی‌توانستید افکار مزاحم را از خودتان دور کنید، چه زمانی بود؟</p>	K۸	
<p>۱.....خیر</p> <p>۵.....بله</p>	<p>[سوالات K9 تا K12 هر کدام پاسخش بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوال K13، K17 و K19 یادداشت کنید.]</p> <p>بعضی از افراد احساس ناخوشایندی دارند که مجبورند بعضی کارها را بارها انجام دهند، اگرچه آنها می‌دانند که غیر منطقی است، ولی نمی‌توانند جلوی خودشان را بگیرند؛ مثل شستن مکرر دست‌ها و وار سی چندباره برای این که مطمئن شوند که آیا در را قفل کرده و یا اجاق‌گاز را خاموش کرده‌اند.</p> <p>آیا در طول دو سال گذشته، برای شما هم پیش آمده که کارهایی شبیه این را، بارها و بارها تکرار کنید؟ [اگر کد ۵ انتخاب شده، مثال آن را بپرسید.]</p> <p>مثال: _____</p>	K۹	OCC10A COM4A1
<p>۱.....خیر</p> <p>۵.....بله</p>	<p>آیا در طول دو سال گذشته، پیش آمده که احساس کنید باید کاری را به ترتیب خاصی انجام دهید (مثل لباس پوشیدن)، و در صورتی که ترتیب مورد نظر رعایت نشود، بارها آن کار را تکرار کنید؟</p> <p>[اگر کد ۵ انتخاب شده مثال آن را بپرسید:]</p> <p>مثال: _____</p>	K۱۰	OCC10A COM4A1
<p>۱.....خیر</p> <p>۵.....بله</p>	<p>آیا در طول دو سال گذشته به مدت چندین هفته، احساس می‌کردید که باید بعضی چیزها را بشمارید (مثل کاشی‌ها یا موزائیک) به گونه‌ای که نتوانید جلوی این کار را بگیرید؟ [اگر کد ۵ انتخاب شد، مثال آن را بپرسید:]</p> <p>مثال: _____</p>	K۱۱	OCC10A COM4A1

خیر..... ۱ بله..... ۵	آیا در طول دو سال گذشته، برای تکرار چندین باره کلمات چه به صورت بلند یا در ذهنتان، احساس اجبار کرده‌اید؟ [اگر کد ۵ انتخاب شد، مثال آن را بی‌رسید: مثال: _____]	K12	COM4A1 OCC4A
خیر..... ۱ بله..... ۵	[اگر موارد K9 تا K12 همگی، کد ۱ گرفته‌اند، به پرسشنامه ADHD رجوع کنید.] گفتید که شما [رفتارهایی که در سؤالات K9 تا K12 کد ۵ گرفته] را باید انجام می‌دادید. آیا فکر می‌کردید که این رفتارها غیرضروری بوده و شما بیش از اندازه این کارها را انجام می‌دادید؟	K13	OCC1B2 COM4B
خیر، می‌توانستم کنترل کنم ۱ سعی نمی‌کردم، پس نمی‌دانم ۳ بله سعی می‌کردم، ولی انجام می‌دادم... ۵	آیا در طول دو سال گذشته، شما خیلی تلاش می‌کردید که این کارها را انجام ندهید، اما به هر حال آنها را انجام می‌دادید؟	K14	OCC10B3
خیر..... ۱ بله..... ۵	آیا در صورت انجام ندادن این کارها، احساس ناراحتی می‌کردید؟	K15	COM4A2
خیر..... ۱ بله..... ۵	A: آیا فکر می‌کردید که اگر این کارها را انجام ندهید، اتفاق بدی خواهد افتاد؟		
خیر..... ۱ بله..... ۵	آیا در طول دو سال گذشته، از انجام این کارها لذت می‌بردید؟	K16	OCC10B4
PRB: ۳ ۴ ۵	آیا درباره احساس اجبار به انجام دادن [رفتارهایی که از K9 تا K12 کد ۵ گرفته] با پزشک صحبت کرده‌اید؟ [به نسخه ادامه دهید] پزشک: _____ غیره: _____	K17	COM4E
اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ اولین بار در سن: _____	اولین باری که احساس اجبار برای انجام دادن این رفتارها داشتید، چه زمانی بوده است؟	K18	
آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن: _____	آخرین باری که احساس اجبار برای انجام دادن این رفتارها داشتید، چه زمانی بوده است؟		
خیر..... ۱ بله..... ۵	آیا در طول دو سال گذشته، اجبار به انجام [رفتارهایی که از K9 تا K12 کد ۵ گرفته] در زندگی یا کار شما اختلال ایجاد کرده، یا ارتباط با اقوام و دوستان را برای شما مشکل نموده و یا برایتان آزاردهنده و ناراحت‌کننده بوده است؟	K19	OCC10C COM4C
خیر..... ۱ بله..... ۵	آیا در طول دو سال گذشته، پیش آمده که برای مدت حداقل دو هفته، در انجام این کارها احساس اجبار نمایید؟	K20	OCC10A
خیر..... ۱ بله..... ۵	آیا در روز اغلب بیشتر از یک ساعت از وقتتان صرف این کارها می‌شد؟	K21	COM4C

پرسشنامه بیش‌فعالی (ADHD)

ADHD1 آیا تا به حال، پزشک (یا روانشناس یا مشاور) به شما گفته، اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی، یا ADHD دارید؟
 خیر ۱
 بله ۵

[کارت ADHD را به پاسخگو بدهید] لطفاً به این کارت نگاه کنید.

ADHD2 در ۶ ماه گذشته، چقدر از اوقات، هر یک از مشکلاتی که نام می‌برم، در نظم و ترتیب زندگی، تمرکز یا تصمیم‌های خود داشته‌اید؟

هیچ وقت	بندرت	بعضی اوقات	اغلب اوقات	تقریباً همیشه	
۱	۲	۳	۴	۵	a- وقت استراحت تان نتوانید احساس آرامش داشته باشید- تقریباً همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات، بندرت، هیچ وقت؟
۱	۲	۳	۴	۵	b- کارهایتان را برای لحظه آخر نگه دارید؟
۱	۲	۳	۴	۵	c- برای رسیدگی و نظم دادن به امور زندگی، به دیگران وابسته باشید؟
۱	۲	۳	۴	۵	d- موقعی که با دیگران صحبت می‌کنید، به آنها فرصت ندهید جملاتشان را تمام کنند و شما جملاتشان را کامل کنید؟
۱	۲	۳	۴	۵	e- برای تمرکز کردن روی صحبت‌های دیگران مشکل داشته باشید، حتی موقعی که مستقیماً با شما حرف می‌زنند؟
۱	۲	۳	۴	۵	f- در جلسات یا در سایر موقعیت‌هایی که انتظار می‌رود سر جای خود بنشینید، مرتب از جایتان بلند شوید؟

[اگر در جدول فوق، دو یا بیش از دو مورد، پاسخ ۳ تا ۵ (حداقل "بعضی اوقات") داشتند، سوال بعدی را بپرسید؛ در غیر این صورت، به پرسشنامه بعدی بروید.]

ADHD3 اولین باری که شما مشکلاتی در نظم دادن به کارها یا تمرکز کردن داشتید یا ناگهانی و بدون فکر، کاری را انجام می‌دادید، چند ساله بودید؟

[در صورت پاسخ "نمی‌دانم" بیشتر کاوش کنید. اگر بصورت طیفی پاسخ داد، سن پائین‌تر را ثبت کنید. اگر می‌گوید از وقتی که یادم می‌آید یا می‌گوید کل زندگی‌ام اینطور بودم، عدد ۴ را بنویسید.]

ساله _____

پرسشنامه پر خاشگری (AGG)

حالا می خواهم در مورد **عصبانی شدن** و رفتار های مرتبط با آن از شما سوال کنم:

AGG ₁	۱- آیا در ۱۲ ماه گذشته، به دلیل عصبانیت چیزی را شکسته یا تخریب کرده اید؟	خیر ۱ بله ۵
AGG ₂	۲- آیا در ۱۲ ماه گذشته، عمداً به خودتان آسیب و صدمه رسانده و یا خودزنی کرده اید؟	خیر ۱ بله ۵
AGG ₃	۳- آیا در ۱۲ ماه گذشته، یکی از افراد خانواده خود (مانند فرزند، همسر، والدین، برادر و یا خواهر) را کتک زده اید، یا به آن ها آسیب رسانده اید؟	خیر ۱ بله ۵
AGG ₄	۴- آیا در ۱۲ ماه گذشته، به کسی غیر از خانواده خود حمله کرده و او را زده اید؟	خیر ۱ بله ۵
[در صورتی که پاسخ هر یک از سؤالات فوق "بلی" است، سؤالات زیر را بررسیید. اگر پاسخ همه سؤالات فوق خیر بود به سوال ۱ SC رجوع کنید.]		
AGG ₅	۵- آیا به خاطر این اعمال، با پلیس یا کلانتری سروکار پیدا کرده اید؟	خیر ۱ بله ۵
AGG ₆	۶- اگر به فردی (یا خودتان) صدمه زده اید، آیا کار آن فرد به درمانگاه، بیمارستان، یا مراجعه به پزشک و یا درمانگر دیگری رسیده است؟	خیر ۱ بله ۵

پرسشنامه ارزیابی افکار و اقدام به خودکشی (SC)

[متن زیر را برای آزمودنی بخوانید.]

بعضی از افراد ممکن است در شرایط خاصی از زندگی، به مرگ یا خودکشی فکر کنند. در اینجا می‌خواهم در مورد این مسئله سوالاتی از شما داشته باشم.

بله	خیر	
۵	۱	SC۱ آیا در طول دو سال گذشته، شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟
۵	۱	SC۲ آیا در طول دو سال گذشته، به طور جدی به خودکشی فکر کرده‌اید؟
۵	۱	SC۳ آیا در طول دو سال گذشته، نقشه‌ای برای خودکشی داشته‌اید؟
۱.....	خیر (به سؤال LE۱ رجوع کنید).....	SC۴ آیا در طول دو سال گذشته، اقدام به خودکشی کرده‌اید؟
۵	بله.....	
	چند بار _____	SC۵ در طول دو سال گذشته، چند بار اقدام به خودکشی کرده‌اید؟
بله	خیر	
۵	۱	SC۶ آیا آخرین بار در ۱۲ ماه گذشته بوده است؟
		SC۷ در طول دو سال گذشته، با چه روش‌هایی اقدام به خودکشی کردید؟ [فهرست زیر را نخوانید. آزمودنی ممکن است به چند روش اشاره کند.]
بله	خیر	
۵	۱	۱. مصرف دارو یا سم
۵	۱	۲. رگ زدن.....
۵	۱	۳. دار زدن یا حلق آویز کردن.....
۵	۱	۴. سقوط از ارتفاع.....
۵	۱	۵. خودسوزی.....
۵	۱	۶. سایر (نام ببرید _____)
۵	۱	SC۸ آیا در هیچ یک از این موارد اقدام به خودکشی در دو سال گذشته، شما <u>جداً</u> قصد مردن داشتید و فقط به علت خوش شانسی زنده مانده‌اید؟
بله	خیر	
۵	۱	SC۹ آیا هیچ یک از این موارد اقدام به خودکشی در دو سال گذشته، باعث شد که به بیمارستان یا اورژانس مراجعه کنید؟

رویدادهای زندگی (LE)

حالا می خواهیم از شما راجع به اتفاقات یا مشکلاتی که ممکن است در طول دو سال گذشته، برایتان پیش آمده باشد، سؤال کنیم. [کارت LE را به آزمودنی نشان دهید]

A به قسمت بالای این کارت نگاه کنید. به من بگویید که در طول دو سال گذشته، هیچ کدام از این اتفاقات و مشکلات برایتان پیش آمده است؟ [در ستون "تجربه در طول دو سال گذشته" رویدادهای ذکر شده را کدگذاری کنید]

B		A			
تجربه در ۱۲ ماه گذشته		تجربه در طول دو سال گذشته			
خیر	بله	خیر	بله		
پاسخ نمی دهد / نمی داند		پاسخ نمی دهد / نمی داند			
۱	۵	۱	۵	بیماری، جراحت یا آسیب دیدگی شدید خودتان	LE۱
۱	۵	۱	۵	بیماری، جراحت یا آسیب دیدگی شدید یکی از فامیلهای نزدیکتان	LE۲
۱	۵	۱	۵	مرگ یکی از بستگان درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند، همسر)	LE۳
۱	۵	۱	۵	مرگ دوست یا فامیل نزدیکتان (بغیر از بستگان درجه یک)	LE۴
۱	۵	۱	۵	جدایی یا طلاق از همسر یا نامزدتان	LE۵
۱	۵	۱	۵	مشکل جدی در روابط شما با همسرتان یا نامزدتان	LE۶
۱	۵	۱	۵	مشکل جدی در روابط شما با دوست نزدیک، همسایه یا یکی از فامیلهایتان	LE۷

B [در صورتی که آزمودنی هر کدام از رویدادهای بالا را در طول دو سال گذشته تجربه کرده بود، از وی بپرسید:]

هیچ کدام از اتفاقات یا مشکلاتی که گفتید در ۱۲ ماه گذشته برایتان پیش آمده است؟ [وقوع تک تک رویدادهای تجربه شده در طول دو سال گذشته را برای ۱۲ ماه گذشته بررسی و در ستون "تجربه در ۱۲ ماه گذشته" کدگذاری کنید.]

A حالا به پایین کارت نگاه کنید. به من بگویید که در طول دو سال گذشته، هیچ کدام از این اتفاقات و مشکلات برایتان پیش آمده است؟ [در ستون "تجربه در طول دو سال گذشته" رویدادهای ذکر شده را کدگذاری کنید]

B تجربه در ۱۲ ماه گذشته خیر بله نمی داند/ پاسخ نمی دهد	A تجربه در طول دو سال گذشته خیر بله نمی داند/ پاسخ نمی دهد		
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	از کار اخراج شدن یا بیکار شدن خود یا سرپرست خانواده	LE۸
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	دنبال کار گشتن بدون نتیجه برای بیش از ۱ ماه برای خودتان	LE۹
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	مشکل حاد مالی، مانند ورشکستگی، بدهکاری سنگین، از دست دادن سرمایه خود یا سرپرست خانواده	LE۱۰
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	مشکل قانونی، احضار به دادگاه، بازداشت یا زندانی شدن خود یا سرپرست خانواده	LE۱۱
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	گم کردن یک چیز بسیار با ارزش برای شما	LE۱۲
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	مشکل تحصیلی جدی (مانند مردود شدن، شکست در کنکور)	LE۱۳
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	نازایی یا عقیمی شما یا همسران	LE۱۴
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	آزار جسمی (کتک خوردن، شکنجه شدن)	LE۱۵
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	آزار جنسی (لمس نواحی تناسلی، تجاوز...)	LE۱۶
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	آزار غیر جسمی مکرر (توهین شدن، مورد تمسخر واقع شدن، مورد فحاشی قرار گرفتن، تهدید شدن مکرر و شدید)	LE۱۶-۱
۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹	آیا اتفاق یا مشکل مهم دیگری هم بوده که در این کارت ذکر نشده است؟ چه بوده؟ [یادداشت کنید]----- -----	LE۱۷

B [در صورتی که آزمودنی هر کدام از رویدادهای بالا را در طول دو سال گذشته تجربه کرده بود، از وی بپرسید:]

هیچ کدام از اتفاقات یا مشکلاتی که گفتید، در ۱۲ ماه گذشته برایتان پیش آمده است؟ [وقوع تک تک رویدادهای تجربه شده در طول دو سال گذشته را برای ۱۲ ماه گذشته بررسی و در ستون "تجربه در ۱۲ ماه گذشته" کدگذاری کنید]

(۱) پدر <input type="checkbox"/> (۲) مادر <input type="checkbox"/> (۳) همسر <input type="checkbox"/> (۴) فرزند <input type="checkbox"/> (۵) خواهر <input type="checkbox"/> (۶) برادر <input type="checkbox"/> (۷) تنها زندگی می کنم (۸) سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:	در طول شش ماه گذشته با چه کسانی زیر یک سقف زندگی می کردید؟ [می توانید بیش از یک مورد را انتخاب کنید]	LE۱۸
--	--	------

LE19 در حال حاضر، تامین هزینه های ماهیانه زندگی، برای خانواده شما چقدر سخت است؟

- (۱) خیلی سخت (۲) تا اندازه ای سخت (۳) کمی سخت (۴) اصلا سخت نیست (۵) نمی داند/پاسخ نمی دهد

LE20 آیا در ۱۲ ماه گذشته، به دلیل نداشتن پول کافی، مقدار غذا یا تعداد وعده های غذایی شما یا خانواده تان کم شده است؟

- خیر (به سوال L22 بروید) ۱
بله ۵
پاسخ نمی دهد ... (به سوال L22 بروید) .. ۹

LE21 چند وقت یک بار؟ تقریبا هر ماه، بعضی از ماهها، فقط یکی دو ماه، بندرت؟

- (۱) تقریبا هر ماه (۲) بعضی از ماهها (۳) فقط یکی دو ماه (۴) بندرت

LE22 آیا در ۱۲ ماه گذشته، پیش آمده که به دلیل نداشتن پول کافی، گرسنه بمانید؟

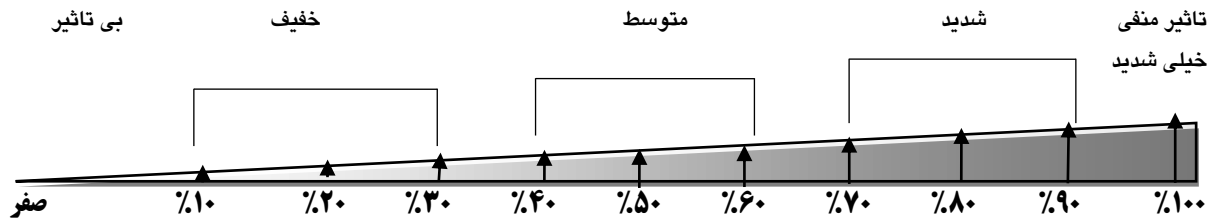
- خیر ۱
بله ۵
پاسخ نمی دهد ۹

LE23 آیا در طول عمر خود به هر دلیل، به زندان افتاده اید؟ (حتی یک شب، منظور هر نوع اقامت اجباری در بازداشتگاه، زندان یا اردوگاه است)

- خیر ۱
بله ۵
پاسخ نمی دهد ۹

پرسشنامه عملکرد شیهان (SH)

[کارت پرسشنامه عملکرد شیهان را به آزمودنی بدهید و مقیاس اندازه گیری دیداری کارت را برای آزمودنی تشریح کنید.]



لطفاً به کارتی که در دست دارید نگاه کنید. در این کارت تصویری نشان داده شده است که دارای درجه بندی از صفر تا ۱۰۰ درصد است. شما باید تأثیر شرایط عصبی و روانی خود بر وضعیت عملکردتان در ۱۲ ماه گذشته، را با درصد نشان دهید. منظور زمانی از ۱۲ ماه گذشته است که بدترین شرایط عصبی روانی را داشتید.

منظور از ۱۰۰ درصد در این کارت، این است که مشکلات عصبی روانی شما تأثیر منفی بسیار زیادی بر عملکردتان داشته و منظور از صفر درصد، این است که ناراحتی‌های شما اصلاً تأثیری منفی بر عملکردتان نداشته است یا احساس می‌کنید که ناراحتی اعصاب و روان اصلاً نداشته اید. بنابراین ۱۰۰ درصد، بدترین وضعیت و صفر درصد بهترین وضعیت عملکردتان است. شما می‌توانید هر درصدی بین صفر تا ۱۰۰ درصد را انتخاب کنید.

[در صورتی که موارد SH۱ تا SH۲، برای آزمودنی صدق نمی‌کند، "برای من صدق نمی‌کند" را انتخاب کنید. مثال پاسخ "برای من صدق نمی‌کند"، عبارتند از خانم خانه داری که در حال تحصیل نیست در سوال SH۲، یا مردی که بطور معمول نیز به وظایف منزل رسیدگی نمی‌کند در سوال SH۱.]

_____	_____	SH۱	مشکلات اعصاب و روان (یا اعتیاد) بر توانایی شما در رسیدگی به کارهای منزل چقدر تأثیر منفی گذاشته بود؟ (مانند نظافت منزل، خرید کردن، آشپزی، شستن ظروف یا لباس)	۹۹۹- برای من صدق نمی‌کند
_____	_____	SH۲	مشکلات اعصاب و روان (یا اعتیاد) بر توانایی شغلی و یا تحصیلی شما چقدر تأثیر منفی گذاشته بود؟	۹۹۹- برای من صدق نمی‌کند
_____	_____	SH۳	مشکلات اعصاب و روان (یا اعتیاد) بر توانایی شما در برقراری و حفظ ارتباط نزدیک با دیگران چقدر تأثیر منفی گذاشته بود؟ (مانند ارتباط با افراد فامیل، خانواده و یا دوستان)	_____
_____	_____	SH۴	مشکلات اعصاب و روان (یا اعتیاد) بر توانایی شما در شرکت در فعالیتهای تفریحی و اجتماعی چقدر تأثیر منفی گذاشته بود؟ (مانند رفتن به مهمانی، شرکت در مراسم و هیئت‌های مذهبی، انجمن اولیا و مربیان مدرسه، سازمانهای غیردولتی، خیریه، گردش یا رفتن به پارک، سینما و ...)	_____
[سوال زیر، ارتباطی با مقیاس دیداری ندارد و باید برای فرد در مورد عدم ارتباط آن با مقیاس دیداری توضیح داده شود. هنگام خواندن جمله بر کلمه "کاملاً" تأکید کنید. آزمودنی می‌تواند هر عددی بین صفر تا ۳۶۵ را انتخاب کند. در صورتی که هیچ روزی ناتوانی کامل نداشته، عدد صفر "۰" را بنویسید]				
_____	_____	SH۵	بطور تقریبی در ۳۶۵ روز از سال گذشته، چند روز بدلیل ناراحتی اعصاب و روان (یا اعتیاد) "کاملاً" ناتوان از انجام فعالیتهای معمول خود بوده اید؟ می‌توانید عددی بین صفر تا ۳۶۵ را انتخاب کنید. [می‌توانید مثالهای فعالیتهای معمول که در سوال SH۱ تا SH۴ آمده است را تکرار کنید. آزمودنی باید تعداد روزهایی را که در تمامی حیطه‌ها کاملاً ناتوان بوده است، محاسبه کند.]	_____

پرسشنامه غربالگری سیگار، داروها و مواد اعتیاد آور (DA)

[پرسشگر گرامی، لطفاً متن زیر را برای فرد بخوانید.]

حال سوال هایی که از شما می پرسیم در مورد مصرف سیگار و برخی از داروها و مواد اعتیاد آور است. مانند بقیه سوالات، پاسخ هایی که شما می دهید محرمانه می ماند. می توانید به هر سوال که می خواهید پاسخ ندهید.

[در مورد هر یک از مواد زیر، دو سوال A و B را به شکل زیر بپرسید و در ستون مربوطه، پاسخ خیر یا بلی را انتخاب کنید.]

A آیا در طول دو سال گذشته، [نام دارو یا ماده] را مصرف کرده اید [یا کشیده اید]؟ [اگر پاسخ بلی بود، سوال B را بپرسید]

B در ۱۲ ماه گذشته، آیا [نام دارو یا ماده] مصرف کرده اید [یا کشیده اید]؟

B		A		
مصرف در ۱۲ ماه گذشته		مصرف در طول دو سال گذشته		
بله	خیر	بله	خیر	
۵	۱	۵	۱	DA ۱ سیگار (حداقل یک نخ سیگار کامل)
۵	۱	۵	۱	DA ۲ به مدت یک ماه یا بیشتر هر روز سیگار
۵	۱	۵	۱	DA ۳ قلیان، پیپ یا چپق
۵	۱	۵	۱	DA ۴ به مدت یک ماه یا بیشتر هر روز قلیان، پیپ یا چپق
۵	۱	۵	۱	DA ۵ داروهای حاوی کدئین بدون تجویز پزشک و یا بیش از میزان تجویز پزشک (مانند استامینوفن کدئین، اکسپکتورانت کدئین)
۵	۱	۵	۱	DA 5-1 به مدت یک ماه یا بیشتر هر روز داروهای حاوی کدئین بدون تجویز پزشک و یا بیش از میزان تجویز پزشک
۵	۱	۵	۱	DA ۶ ترامادول بدون تجویز پزشک و یا بیش از میزان تجویز پزشک
۵	۱	۵	۱	DA ۷ تریاک (یا سوخته)
۵	۱	۵	۱	DA ۸ شیره تریاک
۵	۱	۵	۱	DA ۹ هروئین یا کراک هروئین
۵	۱	۵	۱	DA 9-1 نورجیزیک (نورجیزیک)
۵	۱	۵	۱	DA ۱۰ متادون تحت نظر پزشک
۵	۱	۵	۱	DA ۱۱ بوپرنورفین تحت نظر پزشک
۵	۱	۵	۱	DA ۱۲ متادون یا بوپرنورفین (تمجیزک) بدون تجویز یا نظارت پزشک
۵	۱	۵	۱	DA 12-1 مورفین بدون تجویز پزشک
۵	۱	۵	۱	DA ۱۳ حشیش (مثل علف، سیگاری، بنگ، گراس، جوینت، ماری جوانا، گل)
۵	۱	۵	۱	DA ۱۴ شیشه (مت، کریستال، آیس، تمامتامین)
۵	۱	۵	۱	DA 14-1 کوکائین
۵	۱	۵	۱	DA ۱۵ قرص اکستازی (اکس)
۵	۱	۵	۱	DA ۱۶ ریتالین بدون تجویز پزشک
۵	۱	۵	۱	DA ۱۷ مشروبات الکلی

B مصرف در ۱۲ ماه گذشته	A مصرف در طول دو سال گذشته			
	بله	خیر		
۵	۱	۵	۱	DA ۱۸ مواد استنشاقی / حلال ها (مانند چسب، بنزین، اتر، استن)
۵	۱	۵	۱	DA ۱۹ پان (پان پراگ، بی تی)
۵	۱	۵	۱	DA ۲۰ ناس
۵	۱	۵	۱	DA 20-1 تستوسترون، ناندرولون، اُکسی متولون، دیانابول، وینسترون
۵	۱	۵	۱	DA ۲۱ <u>مواد اعتیادآور دیگر</u> ذکر کنید (می توانید چند مورد را ذکر کنید): نام ببرید:
۵	۱	۵	۱	DA ۲۲ آیا هیچیک از داروها یا موادی که نام بردم، بدون دستور پزشک به صورت تزریقی مصرف کرده اید؟ (هرگونه تزریق داخل رگ، عضلانی و زیرجلدی) نام ببرید:
۵	۱	۵	۱	DA ۲۳ اگر هر یک از مواد فوق را در طول دو سال گذشته، بصورت تزریقی مصرف کرده است، نام آن ماده یا مواد را بنویسید: نام ببرید:

DA24. [کسانیکه جوابشان به DA2B بلی بود، یعنی در ۱۲ ماه گذشته هر روز سیگار کشیده اند] به طور متوسط در ۱۲ ماه گذشته، در روز چند نخ سیگار کشیدید؟ _____ نخ در روز

DA24-1 [کسانیکه جوابشان به DA5-1B بلی بود، یعنی در ۱۲ ماه گذشته هر روز داروهای حاوی کدئین مصرف کرده اند] خیر ۱
بله ۵
پاسخ نمی دهد ۹
آیا در ۱۲ ماه گذشته داروهای حاوی کدئین را برای این مصرف کرده اید که لذت ببرید، نشئه شده یا بی خیال بشوید؟

DA25	[اگر A-DA1 بلی بود (مصرف سیگار در طول دو سال گذشته) بپرسید:] اولین بار که یک نخ سیگار کشیدید چند ساله بودید؟ _____ ساله
DA26	[اگر A-DA3 بلی بود (مصرف قلیان در طول دو سال گذشته) بپرسید:] اولین بار که قلیان کشیدید، چند ساله بودید؟ _____ ساله
DA27	[اگر A-DA7 بلی بود (مصرف تریاک در طول دو سال گذشته) بپرسید:] اولین بار که تریاک یا سوخته یا شیره تریاک مصرف کردید، چند ساله بودید؟ _____ ساله
DA28	[اگر A-DA9 بلی بود (مصرف هروئین در طول دو سال گذشته) بپرسید:] اولین بار که هروئین یا کراک هروئین مصرف کردید، چند ساله بودید؟ _____ ساله
DA29	[اگر A-DA13 بلی بود (مصرف حشیش در طول دو سال گذشته) بپرسید:] اولین بار که حشیش مصرف کردید، چند ساله بودید؟ _____ ساله
DA30	[اگر A-DA14 بلی بود (مصرف شیشه در طول دو سال گذشته) بپرسید:] اولین بار که شیشه (متمفتامین) مصرف کردید، چند ساله بودید؟ _____ ساله
DA31	[اگر A-DA17 بلی بود (مصرف الکل در طول دو سال گذشته) بپرسید:] اولین بار که مشروبات الکلی مصرف کردید، چند ساله بودید؟ _____ ساله

DA31-1 آیا در طول عمر خود، توسط پزشک برای شما "درمان نگهدارنده با متادون (MMT)" تجویز شده است؟
 خیر (به سوال DA32 بروید)..... ۱
 بله ۵
 پاسخ نمی دهد ... (به سوال DA32 بروید) .. ۹

DA31-2 در طول عمر خود، چند بار "درمان نگهدارنده با متادون (MMT)" را زیر نظر یک پزشک شروع کرده اید؟ ----- بار

DA31-3 در طول عمر خود، طولانی ترین دوره ای که تحت "درمان نگهدارنده با متادون (MMT)" زیر نظر یک پزشک بوده اید، چقدر بود؟ ----- روز

DA31-4 آیا در حال حاضر تحت "درمان نگهدارنده با متادون (MMT)" زیر نظر یک پزشک هستید؟
 خیر ۱
 بله ۵
 پاسخ نمی دهد ۹

DA32 [اگر A-DA7 بلی بود (مصرف تریاک در طول دو سال گذشته) بپرسید:]

تاکنون چند بار در طول عمر خود دچار مسمومیت یا اور دُن با تریاک یا هروئین شده اید؟ ____ بار

[در مورد مواد زیر که فرد در دو سال گذشته مصرف نکرده است، کارت ADV را به پاسخگو نشان دهید و بپرسید:]

ADV در طول دو سال گذشته، چقدر برایتان فرصت پیش آمد که هر یک از موادی را که نام می برم مصرف کنید؟ منظورم از فرصت این است که یا کسی به شما تعارف کرد و یا در جایی بودید که دیگران مصرف می کردند و شما اگر می خواستید می توانستید این ماده را مصرف کنید.

- | | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|---|--|---|
| ۲. مشروبات الکلی | ۱ <input type="checkbox"/> اصلاً | ۲ <input type="checkbox"/> کم (یک تا ۵ بار) | ۳ <input type="checkbox"/> زیاد (۶ تا ۱۰۰ بار) | ۴ <input type="checkbox"/> خیلی زیاد (بیش از ۱۰۰ بار) |
| 2.1 حشیش یا گل | ۱ <input type="checkbox"/> اصلاً | ۲ <input type="checkbox"/> کم (یک تا ۵ بار) | ۳ <input type="checkbox"/> زیاد (۶ تا ۱۰۰ بار) | ۴ <input type="checkbox"/> خیلی زیاد (بیش از ۱۰۰ بار) |
| ۳. تریاک | ۱ <input type="checkbox"/> اصلاً | ۲ <input type="checkbox"/> کم (یک تا ۵ بار) | ۳ <input type="checkbox"/> زیاد (۶ تا ۱۰۰ بار) | ۴ <input type="checkbox"/> خیلی زیاد (بیش از ۱۰۰ بار) |
| ۴. هروئین یا کراک | ۱ <input type="checkbox"/> اصلاً | ۲ <input type="checkbox"/> کم (یک تا ۵ بار) | ۳ <input type="checkbox"/> زیاد (۶ تا ۱۰۰ بار) | ۴ <input type="checkbox"/> خیلی زیاد (بیش از ۱۰۰ بار) |
| ۵. مواد محرک (مانند شیشه) | ۱ <input type="checkbox"/> اصلاً | ۲ <input type="checkbox"/> کم (یک تا ۵ بار) | ۳ <input type="checkbox"/> زیاد (۶ تا ۱۰۰ بار) | ۴ <input type="checkbox"/> خیلی زیاد (بیش از ۱۰۰ بار) |

پرسشنامه مصرف مواد (L)

L۳ حالا می‌خواهم دوباره از شما در بارهٔ تجربیاتتان در مورد مواد سؤال کنم.

[کارت L۱ را به پاسخگو بدهید]

به فهرست این مواد نگاه کنید. آیا در طول دو سال گذشته، هیچ یک از آنها را بیش از ۵ بار استفاده کرده‌اید؟ [تمام موارد را یک یک برای فرد بخوانید].
 خیر (به سؤال ۱ رجوع کنید) ۱
 بلی ۵

L4 A کدام‌ها؟ [تمام مواردی از کارت L۱ که فرد مصرف کرده است، در خانه‌های مربوطه آن و در ستون A علامت زده شود].

B مصرف تزریقی			A	
بلی، زیرپوستی یا عضلانی	خیر	بلی	خیر	
بلی، وریدی		۵	۱	۱- گروه حشیش:
				حشیش رزین یا صمغ (تخته ای، لواشکی) □، حشیش گیاه (ماری جوانا، گل، علف، گراس) □
				۴- مشتقات تریاک: تریاک □، سوخته □، شیره □، کراک □، هروئین □، مرفین (بدون تجویز پزشکی) □، نورجیزک □، تمجیزک □، متادون (بدون تجویز پزشکی) □، بوپرنورفین (بدون تجویز پزشکی) □
۵	۱	۵	۱	
۶				

[اگر در ستون A، بلی وجود دارد، در کارت L۱ به ترتیب زیر عمل کنید: زیر تمام موادی که فرد بیش از ۵ بار مصرف کرده خط بکشید. اگر در هر گروه، یک ماده مصرف شده است، دور آن ماده دایره بکشید. اگر در هر گروه، بیش از یک ماده مصرف شده است، دور گروه مربوطه دایره بکشید. کارت L۱ را برای استفاده از قسمت باقی مانده این بخش به پاسخگو بدهید. به همان شکل در کارت L۱، برای استفاده خود علامت بزنید].

[در صورتی که فرد در یک گروه، بیش از یک ماده را ذکر کرده است، بگویید:]

حالا لطفاً به کارت L۱ نگاه کنید. در سوال‌های بعدی دربارهٔ گروه مواد از شما سوال خواهم کرد. وقتی از [گروه مواد] نام می‌برم منظورم این است که درباره تمام موادی که در آن گروه علامت زده شده اند، فکر کنید. [موادی را که در آن گروه مواد علامت زده شده اند نام ببرید].

L۶ [برای هر گروه مواد که در ستون A کد ۵ گرفته اند، برسید]:

آیا در طول دو سال گذشته، از روش تزریق وریدی یا زیر پوستی یا عضلانی برای مصرف هروئین یا سایر مشتقات تریاک استفاده کرده اید؟

[تمام مواردی که فرد از مصرف تزریق وریدی استفاده کرده است، در ستون B سوال L۴A کد ۶ را انتخاب کنید.]

تمام مواردی که فرد از مصرف تزریق وریدی استفاده نکرده است و از تزریق زیر پوستی و عضلانی استفاده کرده است، در ستون B سوال L۴ کد ۵ را انتخاب کنید. برای تمام گروه‌هایی که فرد آنها را مصرف کرده است، ولی کد ۵ و ۶ نگرفته اند، کد ۱ را انتخاب کنید.

[کارت L۲ را به پاسخگو بدهید]

LV

به دوره ای از دو سال گذشته، فکر کنید که در آن بیشتر از همیشه از [ماده/گروه مواد] استفاده می کردید. در آن زمان تقریباً چند وقت یکبار از (آن / آنها) استفاده می کردید؟ [تمام پاسخها را یک یک بخوانید. اولین جواب مثبت را کدگذاری کنید]

(۴) مشتقات تریاک	(۱) گروه حشیش	
۱	۱	(۱) تقریباً هر روز؟
۲	۲	(۲) ۳ یا ۴ روز در هفته؟
۳	۳	(۳) ۱ یا ۲ روز در هفته؟
۴	۴	(۴) ۱ تا ۳ روز در ماه؟
۵	۵	(۵) کمتر از یک بار در ماه؟

LV B چند ساله بودید که برای آخرین بار [ماده/گروه مواد] را [با این تکرار] استفاده کردید؟

LV A-1 بطور کلی چند ساله بودید که برای اولین بار [ماده/گروه مواد] را استفاده کردید؟

LV C به طور کلی آخرین بار که از [ماده/گروه مواد] استفاده کردید، چه زمانی بوده است؟

(۴) مشتقات تریاک	(۱) گروه حشیش	
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	B: آخرین بار با این تکرار:
--/--	--/--	آخرین بار با این تکرار در سن:
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	A-1: اولین بار:
--/--	--/--	اولین بار در سن:
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	C: آخرین بار:
--/--	--/--	آخرین بار در سن:

[در مورد سوالات بعدی، اگر فرد تنها یک گروه ماده را مصرف می کند، سوالات داخل گیومه را که در کادر طوسی قرار دارد از وی نپرسید، ولی پاسخ فرد در مورد هر سوال اصلی را در زیر مجموعه ماده مصرفی وی نیز وارد کنید.
اگر دو گروه ماده را مصرف می کند، باید سوالات داخل گیومه را برای هر دو ماده جداگانه سوال کنید و پاسخ را زیر گروه مربوطه علامت بزنید. [سوالات L8 تا L10 هر کدام بلی بود، در یک کاغذ یادداشت کنید.]

L۸ در طول دو سال گذشته، آیا استفاده مکرر از این مواد در تحصیل، خیر .. (به سوال L۹ رجوع کنید) ۱
شغل و یا در امور خانه اختلالی ایجاد کرد؟ بلی * ۵

A "آیا استفاده مکرر از [ماده/گروه مواد]، در تحصیل، شغل و یا در رسیدگی به امور خانه اختلالی ایجاد کرد؟"

DA۴۱

(۴) مشتقات تریاک	(۱) گروه حشیش
A: خیر ۱	A: خیر ۱
بلی # ۵	بلی # ۵

- L۹ در طول دو سال گذشته، آیا استفاده شما از این مواد موجب شده است
 که در روابط خود با خانواده، دوستان، در محل کار و یا تحصیل دچار
 مشکل شوید؟
 خیر ۱
 بلی * ۵
- A: در طول دو سال گذشته، آیا استفاده شما از این مواد موجب شده است
 کاری انجام دهید که دستگیر شوید یا کارتان به کلانتری و دادگاه کشیده
 شود؟ [منظور دستگیری به دلیل مصرف نیست].
 خیر ۱
 بلی * ۵

[اگر L۹ و L۹A، هر دو کد ۱ گرفتند به سوال L۱۰ مراجعه کنید].

B: "آیا استفاده شما از [ماده/گروه مواد] موجب گردیده که (با خانواده، دوستان، در محل کار، تحصیل / و یا با مراجع
 قانونی) دچار مشکل شوید؟"

DA۳۳

[اگر جواب منفی است، کد ۱ را انتخاب کنید و به ماده/گروه مواد بعدی که دورش خط کشیده شده است، رجوع کنید.

اگر جواب مثبت است کد ۵ را بنویسید و سوال C را بپرسید.]

C: بعد از این که متوجه شدید استفاده از [ماده/گروه مواد] باعث ایجاد این مسایل برای شما شده است، آیا به مصرف آن
 ادامه دادید؟

DA۳۴

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| (۴) مشتقات تریاک | (۱) گروه حشیش |
| B: خیر ۱
بلی # ۵ | B: خیر ۱
بلی # ۵ |
| C: خیر ۱
بلی # ۵ | C: خیر ۱
بلی # ۵ |

L۱۰ آیا در طول دو سال گذشته، بطور مکرر در موقعیت هایی از
 این مواد استفاده کرده اید که ممکن بود آسیب ببینید؛ مثلاً، موقع
 دوچرخه سواری، رانندگی، کار کردن با یک دستگاه، قایق رانی
 و یا موارد دیگر؟
 خیر..... (به L۱۲ مراجعه کنید)..... ۱
 بلی * ۵

A: "آیا از [ماده/گروه مواد]، در موقعیت هایی که ممکن بود آسیب ببینید، استفاده کرده اید؟"

DA۳۴

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| (۴) مشتقات تریاک | (۱) گروه حشیش |
| A: خیر ۱
بلی # ۵ | A: خیر ۱
بلی # ۵ |

[سوالات L12 تا L20 هر کدام پاسخی بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوال L22 یادداشت کنید.]

- L۱۲ آیا در طول دو سال گذشته، متوجه شده بودید که برای رسیدن به اثر مطلوب این مواد، باید هر بار مقدار بیشتری مصرف کنید؟
- خیر..... ۱
بلی (به B رجوع کنید) * ۵
- A: آیا متوجه شده بودید که مقدار مصرف ثابت هر کدام از این مواد، نسبت به قبل اثر کمتری روی شما دارند؟
- خیر (به L۱۳ رجوع کنید)..... ۱
بلی (L۱۲B را بدون پرانتز بپرسید) * ۵

B: "آیا متوجه این موضوع شده بودید که (برای رسیدن به همان اثر قبلی، به مصرف بیشتر [ماده/گروه مواد] نیاز دارید یا این که) مصرف مقدار ثابت [ماده/گروه مواد]، تاثیر کمتری بر شما دارد؟"

DD۴۱
DD۱۰-A۴

- (۱) گروه حشیش
- B: خیر ۱
بلی # ۵
- (۴) مشتقات تریاک
- B: خیر ۱
بلی # ۵

- L۱۳ آیا در طول دو سال گذشته، آن قدر میل و وسوسه زیاد به مصرف این مواد داشته اید که نمی توانستید جلوی خودتان را برای مصرف آنها بگیرید؟
- خیر..... ۱
بلی (به قسمت B مراجعه کنید) * ۵
- A: آیا اشتیاق شما برای رسیدن به این مواد به حدی بود که نتوانید به چیز دیگری فکر کنید؟
- خیر (به L۱۴ رجوع کنید)..... ۱
بلی ... (L۱۳B را بدون پرانتز بپرسید) * ۵

B: "آیا (چنان تمایل زیادی به [ماده/گروه مواد] داشته اید، که نمی توانستید از مصرف آن خودداری کنید یا) آن قدر اشتیاق زیادی نسبت به [ماده/گروه مواد] داشتید که نمی توانستید به چیز دیگری فکر کنید؟"

- (۱) گروه حشیش
- B: خیر ۱
بلی # ۵
- (۴) مشتقات تریاک
- B: خیر ۱
بلی # ۵

- L۱۴ آیا در طول دو سال گذشته، مواقعی بوده است که تمایل به قطع یا خیر ۱
 کاهش مصرف این مواد داشته باشید؟ بلی * ۵

A: "آیا مواقعی بوده که بخواهید که مصرف [ماده/گروه مواد] را کم یا قطع کنید؟" DD۱۰A۲

B: آیا در طول دو سال گذشته، همیشه توانستید قطع یا کاهش مصرف [ماده/گروه مواد] را حداقل به مدت یک ماه ادامه دهید؟ DD۲۲

- | | |
|------------------|------------------|
| (۱) گروه حشیش | (۴) مشتقات تریاک |
| A: خیر ۱ | A: خیر ۱ |
| بلی # ۵ | بلی # ۵ |
| B: خیر # ۵ | B: خیر # ۵ |
| بلی ۱ | بلی ۱ |

- L۱۵ آیا در طول دو سال گذشته، دوره ای بوده که شما وقت زیادی خیر (به L۱۶ رجوع کنید) ۱
 را برای تهیه، مصرف و کنار آمدن با اثرات این مواد صرف بلی * ۵
 کرده باشید؟

A: "آیا وقت زیادی صرف تهیه، مصرف و کنار آمدن با اثرات [ماده/گروه مواد] کرده اید؟" DD۲۵
DD۱۰A۵

- | | |
|----------------|------------------|
| (۱) گروه حشیش | (۴) مشتقات تریاک |
| A: خیر ۱ | A: خیر ۱ |
| بلی # ۵ | بلی # ۵ |

- L۱۶ آیا در طول دو سال گذشته، مکرراً دوره هایی بوده که این مواد خیر ۱
 را بیشتر از مقدار مورد نظرتان یا به مدتی طولانی تر از زمان بلی (به قسمت B مراجعه کنید) * ۵
 دلخواه، مصرف کرده باشید؟

A: آیا در طول دو سال گذشته، مکرراً زمان هایی بوده که مصرف مواد را شروع کنید و بعد متوجه شوید که برایتان مشکل است که قبل از نشئه و سرخوش شدن، مصرف آن را متوقف کنید؟

B: "آیا مکرراً برایتان پیش آمده که (از [ماده/گروه مواد] به مقدار بیشتر و در زمان طولانی تر از آنچه در نظرتان بود، استفاده کرده باشید یا) توقف مصرف [ماده/گروه مواد] قبل از نشئه شدن و سرخوشی برای شما مشکل باشد؟" DD۲۲
DD۱۰A۲

- | | |
|----------------|------------------|
| (۱) گروه حشیش | (۴) مشتقات تریاک |
| B: خیر ۱ | B: خیر ۱ |
| بلی # ۵ | بلی # ۵ |

L۱۷ [کارت L۳ را به پاسخگو بدهید.]

- در طول دو سال گذشته، در عرض چند ساعت یا چند روز پس از اقدام به کاهش و یا قطع مصرف این مواد، آیا با هیچ کدام از مشکلات مشابه آن چه بر روی این کارت نوشته شده، مواجه شدید؟ [موارد نوشته شده در کارت L۳ را برای وی بخوانید.]
[اگر پاسخ سوال L17 بلی بود، جمله زیر که جلوی آن * گذاشته شده را نبرسید. پاسخ "بلی" را انتخاب کنید و به سوال A بروید.]

* آیا در طول دو سال گذشته، برای جلوگیری از ایجاد مشکلات مشابه (که در این کارت نوشته شده است)، از این مواد و یا داروها و مواد دیگر استفاده کرده‌اید؟
[در صورتی که پاسخ به یکی یا هر دو سؤال بالا بلی است، کد ۵ را انتخاب کنید.]

خیر.....(به L۱۸ مراجعه کنید)..... ۱
بلی * ۵

:A DD۲۲A DD۱۰A۲
"آیا کاهش و یا قطع مصرف [ماده/گروه مواد]، هیچکدام از این مشکلات را برای شما به وجود می آورد؟"

[اگر جواب منفی بود، کد ۱ داده و سؤال B را نبرسید.
اگر جواب مثبت بود کد ۵ داده و به گروه مواد بعدی که دورش خط کشیده شده، رجوع کنید.]

:B DD۲۲A DD۱۰A۲
"آیا شما برای جلوگیری از ایجاد این مشکلات (آن چه بر روی این کارت ذکر شده است) که با کاهش یا قطع مصرف [ماده/گروه مواد] پیش می آید، از این مواد و یا داروها و مواد دیگر استفاده کرده‌اید؟"

(۴) مشتقات تریاک	(۱) گروه حشیش
A: خیر ۱	A: خیر ۱
بلی # ۵	بلی # ۵
B: خیر ۱	B: خیر ۱
بلی # ۵	بلی # ۵

L۱۸

- آیا در طول دو سال گذشته، در اثر مصرف این مواد، دچار ناراحتی‌ها و مشکلات طبی مانند مسمومیت (overdose)، سرفه مقاوم، تشنج، عفونت، عفونت کبدی (زردی یا یرقان)، آبسه (تورم)، ایدن، مشکلات قلبی و یا جراحی شده‌اید؟
- خیر.....(به L۱۹ مراجعه کنید)..... ۱
- بلی * ۵

[در صورت بلی، نام ناراحتی و مشکل طبی را که ذکر می‌کند، بنویسید.]

DHM۱۰

A: "آیا مصرف [ماده/گروه مواد] چنین مشکلاتی را برای سلامتی شما ایجاد کرده‌است؟"

[اگر پاسخ منفی است، کد ۱ بدهید و به گروه مواد بعدی که علامت زده شده است، رجوع کنید. اگر جواب مثبت است، کد ۵ داده و سؤال B را بپرسید]

B:

آیا بعد از این که متوجه شدید مصرف [ماده/گروه مواد] برای سلامتی شما مشکل ایجاد می‌کند، در روزها و هفته‌های پس از آن نیز به مصرف ادامه دادید؟

DD۲۷
DD۱۰-A۶
DHM۱۰

- (۱) گروه حشیش
- A: خیر ۱
- B: خیر ۱
- بلی ۵
- بلی # ۵
- (۴) مشتقات تریاک
- A: خیر ۱
- B: خیر ۱
- بلی ۵
- بلی # ۵

L۱۹

- آیا در طول دو سال گذشته، در نتیجه مصرف این مواد، دچار مشکلات و ناراحتی اعصاب و روان شده‌اید، مثل بی‌علاقگی نسبت به فعالیتهای معمول خودتان، افسردگی، بدبینی، عدم اعتماد به مردم و یا داشتن افکار عجیب و غریب؟
- خیر.....(به L۲۰ مراجعه کنید)..... ۱
- بلی * ۵

DHM۱۰

A: "آیا مصرف [ماده/گروه مواد] مشکلات و ناراحتی اعصاب و روان برای شما ایجاد کرده‌است؟"

[اگر پاسخ منفی است، کد ۱ بدهید و به گروه مواد بعدی که علامت زده‌اید، رجوع کنید. و اگر پاسخ مثبت است، کد ۵ را انتخاب کرده، B را بپرسید].

B:

آیا بعد از این که متوجه شدید مصرف [ماده/گروه مواد] باعث مشکلات و ناراحتی اعصاب و روان شما شده، در روزها و هفته‌های پس از آن نیز به مصرف آن ادامه دادید؟

DD۲۷
DD۱۰-D۶
DHM۱۰

- (۱) گروه حشیش
- A: خیر ۱
- B: خیر ۱
- بلی ۵
- بلی # ۵
- (۴) مشتقات تریاک
- A: خیر ۱
- B: خیر ۱
- بلی ۵
- بلی # ۵

L۲۰

آیا در طول دو سال گذشته، به منظور تهیه و مصرف این مواد فعالیت های مهم زندگی خود (مثل کار، ارتباط با دوستان و اقوام و ورزش) را کاهش داده و یا قطع کرده‌اید؟

خیر.....(به L۲۱ مراجعه کنید)..... ۱
بلی * ۵

:A

DD۴۶
DD۱۰۸۵

آیا در طول دو سال گذشته، به منظور مصرف [ماده/گروه مواد] برای حداقل یک ماه کامل یا چندین بار در عرض دو ماه این فعالیتها را کاهش داده یا کنار گذاشته اید؟

(۴ مشتقات تریاک

(۱ گروه حشیش

A: خیر ۱

A: خیر ۱

بلی # ۵

بلی # ۵

L۲۱

[به سؤال L۱۲ تا L۲۰ نگاه کنید و تعداد کدهای * ۵ را بشمارید.]

خیر.....(به L۳۸ مراجعه کنید)..... ۱
بلی ۵

آیا حداقل ۳ کد * ۵ در سوالات L۱۲ تا L۲۰ وجود دارد؟

L۲۲

[به سؤال L۱۲ تا L۲۰ نگاه کنید و تعداد کدهای # ۵ را برای هر ماده بشمارید. برای هر ماده/گروه مواد که تعداد سه مورد یا بیشتر وجود دارد، سوالهای زیر را بپرسید.]

شما گفتید که در طول دو سال گذشته، [ماده/گروه مواد] باعث ایجاد مشکلاتی برای شما شده است مثل [مواردی که از سؤال L۱۲ تا L۲۰ پاسخ مثبت گرفته اند]، آیا در این دو سال، سه مورد یا بیشتر از سه مورد از این مشکلات را با هم در طول یک سال داشته اید؟

[اگر پاسخ منفی است، کد ۱ بدهید و به گروه مواد بعدی که علامت زده اید، رجوع کنید. و اگر پاسخ مثبت بود، کد ۵ داده و سوال اولین/آخرین بار را بپرسید].

اولین بار: اولین بار چند سالتان بود که تعداد سه مورد یا بیشتر از این مشکلات، در طول یک سال بر اثر مصرف [ماده/گروه مواد دارای حداقل سه کد # ۵] برای شما به وجود آمد؟

آخرین بار: آخرین بار چند سالتان بود که تعداد سه مورد یا بیشتر از این مشکلات، در طول یک سال بر اثر مصرف [ماده/گروه مواد دارای حداقل سه کد # ۵] برای شما به وجود آمد؟

(۴ مشتقات تریاک

(۱ گروه حشیش

خیر ۱

خیر ۱

بلی ۵

بلی ۵

--/--

--/--

سن در اولین بار:

--/--

--/--

سن در آخرین بار:

L۳۸

[به سؤال L۳۸ تا L۳۹ نگاه کنید و تعداد کدهای # ۵ را برای هر ماده بشمارید. برای هر ماده/گروه مواد که تعداد دو مورد وجود دارد، سوالهای زیر را بپرسید.]

شما گفتید که در طول دو سال گذشته، [ماده/گروه مواد] باعث ایجاد مشکلاتی برای شما شده است مثل [مواردی که از سؤال L۳۸ تا L۳۹ پاسخ مثبت گرفته اند]، آیا در این دو سال، دو مورد از این مشکلات را با هم در طول یک سال داشته اید؟ [اگر پاسخ منفی است، کد ۱ بدهید و به گروه مواد بعدی که علامت زده اید، رجوع کنید. و اگر پاسخ مثبت بود، کد ۵ بدهید و به گروه مواد بعدی بروید.]

(۴ مشتقات تریاک

(۱ گروه حشیش

خیر ۱

خیر ۱

بلی ۵

بلی ۵

L۳۹

خیر (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) ۱
بلی، زیرپوستی یا عضلانی ۵
بلی، وریدی ۶

آیا در ۱۲ ماه گذشته هیچ یک از مواد را به صورت تزریق وریدی یا عضلانی یا زیر پوستی استفاده کرده اید؟

L۴۰

خیر ۱
بلی ۵

آیا در ۱۲ ماه گذشته از سوزن یا سرنگی که فرد دیگری قبلاً با آن تزریق کرده است، برای تزریق استفاده کرده اید؟

L۴۱

خیر ۱
بلی ۵

آیا در ۱۲ ماه گذشته از سایر وسایل تزریق، که فرد دیگری از آن برای تزریق استفاده کرده است، برای تزریق استفاده کرده اید، مانند قاشق یا ظرف درست کردن مواد، پنبه و یا فیلتر؟

پرسشنامه مصرف الکل (J)

<p>خیر (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) ۱</p> <p>بلی ۵</p>	<p>حالاً از شما چند سؤال دربارهٔ مصرف مشروبات الکلی می‌پرسم، مثل نوشیدنی‌هایی که در آن منطقه مورد استفاده قرار می‌گیرد - آبجو، شراب یا عرق. آیا شما در طول دو سال گذشته، از هیچ نوع از مشروبات الکلی استفاده کرده‌اید؟</p>	<p>J۱ :B</p>
<p>:C نام الکلی که اغلب در طول دو سال گذشته مصرف می‌کردید چیست (مانند آبجو، شراب، عرق، ویسکی، یا هر چیز دیگر)؟</p>		
<p>:D در طول ۱۲ ماه گذشته، به اندازه چند [گیلاس کامل] از این مشروب الکلی (بدون مخلوط کردن) نوشیده‌اید؟</p> <p>[یک گیلان کامل یعنی - مشروبات قوی: یک استکان کوچک، (۴۰ میلی لیتر) - شراب: یک لیوان (۲۰۰ میلی لیتر) - آبجو: یک لیوان بزرگ (۳۴۰ میلی لیتر) - الکل طبی: یک قاشق غذاخوری (۱۵ سی سی) (بدون حساب کردن مخلوط دیگر)]</p> <p>از واحد اندازه گیری مربوط به هر نوع مشروبی که فرد معمولاً مصرف می‌کند، استفاده کنید و کل میزان مصرفی او را در ۱۲ ماه گذشته، کلمه به کلمه بنویسید. (مثال: آبجو ۱۲ لیوان بزرگ؛ و یا عرق ۵ استکان کوچک؛ و یا هر هفته به طور منظم نیم لیوان شراب): [</p>		
<p>هرگز ۱</p> <p>چند ماه یکبار ۲</p> <p>ماهانه ۳</p> <p>هفتگی ۴</p> <p>هر روز یا تقریباً هر روز ۵</p>	<p>در طول ۱۲ ماه گذشته، هر چند وقت یک بار، ۶ گیلان یا بیشتر از مشروب الکلی را پشت سر هم، در یک نوبت نوشیده‌اید؟</p>	<p>Aud3</p>
<p>خیر ۱</p> <p>بلی ۵ (به سوال J3 رجوع کنید)</p>	<p>[به پاسخ سؤال J1D نگاه کنید؛ آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، به اندازه ۱۲ گیلان کامل و بیشتر مشروب نوشیده‌است؟]</p>	<p>J۲</p>
<p>:J۱E در طول دو سال گذشته، به اندازه چند [گیلاس کامل] مشروب الکلی (بدون مخلوط کردن) نوشیده‌اید؟</p> <p>از واحد اندازه گیری مربوط به هر نوع مشروبی که فرد معمولاً مصرف می‌کند، استفاده کنید و کل میزان مصرفی او را در طول دو سال گذشته، کلمه به کلمه بنویسید. (مثال: آبجو ۱۲ لیوان بزرگ؛ و یا عرق ۵ استکان کوچک؛ و یا هر هفته به طور منظم نیم لیوان شراب): [</p>		
<p>خیر ... (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) ... ۱</p> <p>بلی ۵</p>	<p>[به پاسخ سؤال J1E نگاه کنید؛ آیا در طول دو سال گذشته، به اندازه ۱۲ گیلان کامل و بیشتر مشروب نوشیده‌است؟]</p>	<p>J۱ A</p>
<p>خیر ... (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) ... ۱</p> <p>بلی ۵ (به سوال J5A رجوع کنید)</p>	<p>آیا در طول یک سال قبل از ۱۲ ماه گذشته، حداقل ۱۲ [گیلاس کامل] مشروب الکلی (بدون مخلوط کردن) نوشیده‌اید؟</p>	<p>J۲A</p>
<p>تقریباً هر روز؟ ۱</p> <p>۳ یا ۴ روز در هفته؟ ۲</p> <p>۱ یا ۲ روز در هفته؟ ۳</p> <p>۱ تا ۳ روز در ماه؟ ۴</p> <p>کمتر از یک بار در ماه؟ ۵</p>	<p>[کارت J۲ را به پاسخ گو بدهید.]</p> <p>به دوره ای از ۱۲ ماه گذشته فکر کنید که در آن بیشتر از همیشه مشروب می‌خوردید. در آن زمان تقریباً چند وقت یکبار مشروب خورده‌اید؟ [از روی کارت به ترتیب بخوانید، اولین جواب مثبت را کدگذاری کنید].</p>	<p>J۳</p>

J۴ در طول ۱۲ ماه گذشته، روزهایی که مشروب می خوردید، در یک روز معمولاً چند [گیلاس کامل] الکل مصرف می کردید؟
[از واحد اندازه گیری مربوط به هر نوع مشروبی که فرد معمولاً مصرف می کند، استفاده کنید و میزان مصرفی معمول روزانه او را در ۱۲ ماه گذشته، کلمه به کلمه بنویسید:]

A: در طول هفته گذشته (هفت روز گذشته)، چند [گیلاس کامل] الکل مصرف کرده اید؟
[از واحد اندازه گیری مربوط به هر نوع مشروبی که فرد معمولاً مصرف می کند، استفاده کنید و کل میزان مصرفی او را در هفته گذشته، کلمه به کلمه بنویسید:]

J۵ آیا در طول یک سال قبل از ۱۲ ماه گذشته، بیشتر از ۱۲ ماه گذشته مشروب خورده اید؟

A: [کارت J۲ را به پاسخ گو بدهید.]
حالا بر دوره ای تمرکز کنید که بیشترین مقدار مشروب را می خوردید. چند وقت یک بار می خوردید؟
[از روی کارت به ترتیب بخوانید، اولین جواب مثبت را کدگذاری کنید.]

B: در آن سالی که شما بیشترین مقدار مشروب را می خوردید، روزهایی که مشروب می خوردید، در یک روز معمولاً چند [گیلاس کامل] الکل مصرف می کردید؟
[از واحد اندازه گیری مربوط به هر نوع مشروبی که فرد معمولاً مصرف می کند، استفاده کنید و میزان مصرفی معمول روزانه او را در آن سال، کلمه به کلمه بنویسید:]

C: اولین باری که مشروب خوردید [به فراوانی پاسخ سوال A و مقدار پاسخ سوال B. اگر جواب این دو سوال خالیست، میزانهای ذکر شده در سوال J۳ و J۴] چه موقع بود؟

D: آخرین باری که مشروب خوردید [به فراوانی پاسخ سوال A و مقدار پاسخ سوال B. اگر جواب این دو سوال خالیست، میزانهای ذکر شده در سوال J۳ و J۴] چه موقع بود؟

[سوالات J6 تا J9 هر کدام پاسخی بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوال J10 یادداشت کنید.]
J۶ آیا در طول دو سال گذشته، در زندگی شما مواقعی بوده است که مشروب خوردن و یا مستی، مکرراً در تحصیل، یا شغل و یا امور خانه شما اختلال ایجاد کرده باشد؟

J۷ آیا در طول دو سال گذشته، در زندگی شما مواقعی بوده است که در اثر خوردن مشروب، مکرراً با کسی درگیری بدنی داشته باشید؟

A: آیا در طول دو سال گذشته، مشروب خوردن، اغلب باعث مشکل بین شما با یکی از اعضای خانواده یا دوستانتان شده است؟

[اگر سوال J۷ و J۸، هر دو کد ۱ گرفتند، به سوال J۸ رجوع کنید.]

۱ خیر	آیا هنگامی که متوجه شدید که خوردن مشروب باعث مشکلاتی بین شما و دیگران می‌شود، به مشروب خوردن ادامه دادید؟	B	AA4A4
۵ بلی *			
۱ خیر	آیا در طول دو سال گذشته، مواقعی که تحت تأثیر مشروب بوده‌اید، به دلیل به هم زدن نظم و آرامش یا تخلف رانندگی، دستگیر و یا جریمه شده‌اید؟	J8	AA4A2
۵ بلی			
۱ خیر	آیا در طول دو سال گذشته، بطور مکرر پیش آمده که تحت تاثیر الکل باشید و در موقعیت هایی قرار گرفته باشید که در آن امکان صدمه رسیدن به شما وجود داشته باشد (مانند دوچرخه سواری، رانندگی، کار با دستگاه فنی یا کار دیگر)؟	J9	AA4A2
۵ بلی *			
اولین بار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ اولین بار در سن: --/--	[اگر در سوال J6 تا J9 کد ۵ وجود نداشت، به سوال J11 بروید.] اولین بار چه موقعی بود که [علایمی که در سوال J6 تا J9 کد ۵ گرفته اند]؟	J10	
آخرین بار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن: --/--	آخرین بار چه موقعی بود که [علایمی که در سوال J6 تا J9 کد ۵ گرفته اند]؟		
۱ خیر	[سوالات J11 تا J20 هر کدام پاسخ بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوال J21 یادداشت کنید.] آیا در طول دو سال گذشته، زمانهایی بوده است که برای به دست آوردن تأثیر دلخواه، مجبور شده باشید بسیار بیشتر از گذشته مشروب بخورید؟	J11	AD41A AD10A4
۵* بلی			
۱ خیر	آیا در طول دو سال گذشته، متوجه شده اید که مقدار ثابت مشروب، اثری کمتر از قبل روی شما داشته است؟	A	AD41B AD10A4
۵* بلی			
۱ خیر	آیا در طول دو سال گذشته، زمانهایی بوده است که آن چنان میل و هوس شدید برای خوردن مشروب پیدا کرده باشید که نتوانید جلوی خودتان را بگیرید؟	J12	AD10A1
۵* بلی			
۱ خیر	آیا در طول دو سال گذشته، آن قدر نیاز به خوردن مشروب پیدا کرده اید که نتوانید به چیز دیگری فکر کنید؟	A	AD10A1
۵* بلی			
۱ خیر	آیا در طول دو سال گذشته، دوره هایی در زندگی شما وجود داشته است که اغلب بیشتر از آن چه قصد داشته اید، مشروب خورده باشید؟	J13	AD43 AD10A2
۵* بلی			
۱ خیر	آیا در طول دو سال گذشته، دوره ای بوده است که شما اغلب در دوره زمانی طولانی تر از آن چه قصد داشته‌اید، به مشروب خوردن ادامه داده باشید؟ [مثلاً قصد داشته یک هفته مشروب بخورد، ولی یک ماه ادامه داده است.]	A	AD 43 AD10A2
۵* بلی			

AD۲۴ AD۱۰A۵	J۱۴	آیا زمانهایی در طول دو سال گذشته بوده است که خواسته باشید مشروب خوردن را ترک کنید یا کاهش دهید؟	خیر ۱ بلی ۵*
AD۲۴ AD۱۰۲	A:	آیا بیش از یک بار، سعی در ترک یا کاهش مصرف مشروب کرده‌اید، ولی موفق نشده‌اید؟	خیر ۱ بلی ۵*
AD۲۵ AD۱۰A۵	J۱۵	آیا دوره‌هایی در طول دو سال گذشته بوده است که وقت زیادی را صرف تهیه کردن و خوردن مشروب کرده باشید یا مدت زمان زیادی طول کشیده باشد تا اثر الکل از بین برود؟	خیر ۱ بلی ۵*
AD۲۶ AD۱۰A۵	J۱۶	آیا در طول دو سال گذشته، خوردن مشروب باعث شده که شما فعالیت های مهم خودتان را کنار بگذارید و یا آنها را شدیداً کاهش دهید؛ مثل کار کردن در منزل، مدرسه یا سرکار رفتن، ارتباط با دوستان و فامیل یا ورزش کردن؟	خیر ۱ بلی ۵*
AD۲۸A AD۱۰A۲	J۱۷	[کارت J۳ را به پاسخگو بدهید.] می‌خواهم در مورد حالاتی از شما سؤال کنم که در طول دو سال گذشته، احتمالاً در چند روز اول پس از ترک یا کاهش مصرف مشروب داشته‌اید. [اگر پاسخگو، ترک یا کاهش مصرف مشروب نداشته است، برای ۱- J۱۷ کد ۶ را انتخاب کرده و به سؤال B بروید. در غیر این صورت موارد ۱ تا ۱۱ را بخوانید و کدگذاری کنید].	
AW۱۰B۱/AW۲B۲		۱) به طور مثال، در روزهای اول آیا شما لرزش (لرزش دست‌ها) داشته‌اید؟	خیر ۱ بلی ۵
AW۱۰B۷/AW۲B۲		۲) آیا خوابتان بدتر از معمول شده بود؟	خیر ۱ بلی ۵
AW۲B۷		۳) آیا بیشتر از معمول عصبی بوده‌اید؟	خیر ۱ بلی ۵
AW۱۰B۵/AW۲B۶		۴) آیا بیشتر از معمول بی‌قرار بوده‌اید؟	خیر ۱ بلی ۵
AW۱۰B۲/AW۲B۱		۵) آیا عرق می‌کردید؟	خیر ۱ بلی ۵
AW۱۰B۴/AW۲B۱		۶) آیا قلبتان تند می‌زد؟	خیر ۱ بلی ۵
AW۱۰B۳/AW۲B۴		۷) آیا حالت تهوع یا استفراغ داشته‌اید؟	خیر ۱ بلی ۵
AW۱۰B۶		۸) آیا سر درد داشته‌اید؟	خیر ۱ بلی ۵
AW۱۰B۸		۹) آیا احساس ضعف می‌کردید؟	خیر ۱ بلی ۵
AW۱۰B۹/AW۲B۵		۱۰) چیزهایی را می‌دیدید، می‌شنیدید یا احساس می‌کردید، که دیگران نمی‌توانستند ببینند یا بشنوند؟	خیر ۱ بلی ۵
AW۱۰B۱۰/AW۲B۸		۱۱) آیا تشنج می‌کردید؟	خیر ۱ بلی ۵

A: [آیا در سوالات ۱ تا ۱۱ دو یا بیشتر از دو مورد کد ۵ گرفته است؟] خیر ۱
 بلی ۵*

B: AD۱۰-۸۲
AD۲۲B آیا در طول دو سال گذشته، برای پیشگیری از بروز این حالات،
 مشروب خورده‌اید؟ خیر ۱
 بلی ۵*

J۱۸ [کارت ۴ را به پاسخگو بدهید].

AHM۱۰-AB

آیا در طول دو سال گذشته، مشروب خوردن باعث ابتلا به هیچ یک از مشکلات طبی (مطرح شده در این کارت) شده است؟

بلی	خیر	
۵	۱	۱) بیماری کبدی یا هپاتیت (زردی یا یرقان)؟
۵	۱	۲) بیماری معده یا استفراغ خونی؟
۵	۱	۳) مور مور شدن یا بی حسی؟
۵	۱	۴) اختلال حافظه حتی موقع نخوردن مشروب؟
۵	۱	۵) ورم لوزالمعده (پانکراتیت)؟
۵	۱	۶) بیماری های دیگر؟ چه بیماری هایی؟ _____

[اگر در سوالات ۱ تا ۶، حداقل یک مورد کد ۵ وجود دارد، سؤال A را بپرسید. در غیر این صورت، به J۱۹ بروید.]

A: AD۲۷
AD۱۰-۸۶ آیا بعد از این که متوجه شدید مشروب باعث این مشکلات طبی
 شده است، به مصرف خود ادامه دادید؟ خیر ۱
 بلی ۵*

J۱۹ آیا در طول دو سال گذشته، بیماری جسمی وخیم دیگری داشته
 اید که خوردن مشروب باعث وخیم تر شدن آن شود؟

AD۲۷

[اگر پاسخ فرد خیر است، سؤال زیر را بپرسید، پاسخ خیر را انتخاب کنید.
 اگر بلی، بپرسید:]

AD۱۰-۸۶

آیا هنگامی که متوجه شدید این بیماری جسمی وخیم را دارید که
 خوردن مشروب باعث وخیم تر شدن آن می شود، به مصرف
 خود ادامه دادید؟ خیر ۱
 بلی ۵*

[کارت J۵ را به پاسخگو بدهید].

J۲۰

AHM۱۰AB

آیا در طول دو سال گذشته، خوردن مشروب باعث شده است که شما مشکلات و ناراحتی اعصاب (ذکر شده در کارت) را تجربه کنید؟

خیر	بلی
۱	۵
۱	۵
۱	۵
۱	۵

(۱) بی رغبتی در فعالیت های معمولتان؟

(۲) افسرده بودن؟

(۳) بدبین و به دیگران بی اعتماد بودن؟

(۴) افکار عجیب و غریب داشتن؟

[اگر در سؤالات ۱ تا ۴، کد ۵ وجود دارد، سؤال A را بررسید، در غیر این صورت به سوال B بروید].

A:

AD۲۷
AD۱۰A۶

آیا وقتی که متوجه شدید که خوردن مشروب باعث مشکلات و ناراحتی اعصاب یا روان برای شما شده است، به مصرف مشروب ادامه دادید؟

خیر ۱

بلی ۵*

B:

[آیا در سؤالات ۱ تا J۱۱ تا J۲۰ سه یا بیشتر از سه مورد کد * ۵ وجود دارد؟]

خیر ۱ (به سوال J۳۰ رجوع کنید).

بلی ۵*

J۲۱

شما گفتید که [در سؤالات J۱۱ تا J۲۰ مواردی را که کد * ۵ گرفته نام ببرید].

خیر ۱ (به سوال J۳۰ رجوع کنید).

بلی ۵*

آیا در طول دو سال گذشته، مواقعی وجود داشته که سه یا بیشتر از این حالات را در عرض یک سال با هم تجربه کرده باشید؟

J۲۲

اولین باری که شما سه یا بیشتر از این حالات را در عرض یک سال تجربه کردید، چه موقع بود؟

اولین بار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
اولین بار در سن: --/--

آخرین باری که شما سه یا بیشتر از این حالات را در عرض یک سال تجربه کردید، چه موقع بود؟

آخرین بار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
آخرین بار در سن: --/--

[حال به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید].

J۳۰

[آیا در سؤالات J۶ تا J۲۰ دو کد * ۵ یا بیشتر وجود دارد؟]

خیر .. (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) .. ۱

بلی ۵*

[اگر در سؤالات J۶ تا J۲۰ دو کد * ۵ یا بیشتر بود، سوال زیر را بررسید].

J۳۱

شما گفتید که [در سؤالات J۶ تا J۲۰ مواردی را که کد * ۵ گرفته نام ببرید]. آیا

خیر ۱

بلی ۵*

در طول دو سال گذشته، مواقعی وجود داشته که دو یا بیشتر از این حالات را در عرض یک سال با هم تجربه کرده باشید؟

پرسشنامه سنجش سرمایه اجتماعی (SoC)

[کارت SoC1 را به آزمودنی بدهید.]

SoC 3- اگر برای هر یک از افراد و گروههایی که نام می‌برم مشکل حادی (مثل نیاز شدید مالی، تصادف، وقوع زلزله، سیل و ...) پیش آید و شما بتوانید آن مشکل را برطرف کنید تا چه حد داوطلبانه برای حل آن مشکل همکاری و مشارکت می‌کنید؟

شماره	گزینه‌ها	اصلاً	کمی	تا حدودی	زیاد	کاملاً
۱	اعضای خانواده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	فامیل و خویشاوندان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	دوستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	همسایگان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	همکاران (فقط برای شاغلین)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شاغل نیست ۶
۶	اهالی محله	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	افراد هم قوم و هم مذهب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	همشهری‌ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	مردم ایران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SoC 5- به کارت SoC1 نگاه کنید و بگوئید، شما تا چه حد نسبت به افرادی که نام می‌برم احساس دوستی، تعلق و یکی بودن می‌کنید؟

شماره	گزینه‌ها	اصلاً	کم	تا حدودی	زیاد	کاملاً
۱	اعضای خانواده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	فامیل و خویشاوندان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	دوستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	همسایگان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	همکاران (فقط برای شاغلین)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شاغل نیست ۶
۶	اهالی محله	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	افراد هم قوم و هم مذهب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	همشهری‌ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	مردم ایران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SoC 6- همچنان به کارت SoC۱ نگاه کنید و بگوئید، تا چه حد به افراد و گروههایی که نام می‌برم، اعتماد دارید؟

شماره	گزینه‌ها	اصلاً	کم	تا حدودی	زیاد	کاملاً
۱	اعضای خانواده	<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۵
۲	فامیل و خویشاوندان	<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۵
۳	دوستان	<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۵
۴	همسایگان	<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۵
۵	همکاران (فقط برای شاغلین)	<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۵
	شاغل نیست ۶					
۶	اهالی محله	<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۵
۷	افراد هم قوم و هم مذهب	<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۵
۸	همشهری‌ها	<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۵
۹	مردم ایران	<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۵

SoC 7- اگر در زندگی با مشکلی مانند نیاز به اتومبیل، مراقبت از بچه، بیکاری و نیاز ضروری به پول یا مشکلاتی شبیه به این، روبرو شوید، آیا فرد یا افرادی خارج از محیط خانواده هستند که برای رفع مشکل خود یا اعضای خانواده بتوانید روی او حساب کنید و از او کمک بگیرید؟

۱- بلی ۲- خیر ۳- مطمئن نیستم

۱-۷- [در صورت پاسخ مثبت به سؤال بالا]، چه کسی یا چه کسانی؟ ۱- آشنا ۲- غریبه ۳- هر دو

سوانح و حوادث (Inj)

لطفاً به کارت INJ نگاه کنید. در این قسمت می‌خواهم در مورد مصدومیت‌ها و حوادثی که در ۱۲ ماه گذشته برای شما اتفاق افتاده است، سؤال کنم.

Inj1- آیا در ۱۲ ماه گذشته برای شما مصدومیت در اثر حادثه رانندگی، بریدگی، شکستگی، سقوط، سوختگی، غرق شدگی، مسمومیت، برق گرفتگی، گلوله یا تیر خوردگی، ضربه خوردن به دلیل درگیری یا برخورد با اشیاء، اصابت اجسام تیز، خفگی، مار، عقرب یا حیوان گزیدگی و موارد مشابه اتفاق افتاده است؟ (منظور مصدومیت‌هایی است که نیاز به مداخله درمانی در بیمارستان یا مرکز درمانی دیگر داشته یا اینکه در زندگی معمول شما بمدت یک روز یا بیشتر اختلال قابل ملاحظه ایجاد کرده باشد بطوریکه نتوانید فعالیتهای معمول خود را انجام دهید) [در صورت انتخاب "سایر موارد" در خانه مربوطه مورد را بنویسید.]

خیر (به پرسشنامه PSQI بروید) ۱

بلی ۵

[در صورتی که نوع حادثه، حادثه ترافیکی است، ستون C و D خالی می‌ماند.]

[منظور از سوانح رانندگی هر گونه سانحه‌ای است که دارای مشخصات زیر باشد: (۱) در محل تردد عابر و یا وسایل نقلیه، مانند پیاده رو، کوچه، خیابان و یا جاده اتفاق افتاده باشد. (۲) در ایجاد سانحه، حداقل یک وسیله نقلیه اعم از موتورسیکلت (مانند خودرو یا موتورسیکلت) و یا غیر موتوری (مانند دوچرخه) نقش داشته باشد. به عنوان مثال برخورد بین دو وسیله نقلیه، و یا یک وسیله نقلیه و یک عابر پیاده، و یا یک وسیله نقلیه با یک شیء بی حرکت (مانند درخت یا دیوار) و یا واژگونی یک وسیله نقلیه، یک سانحه رانندگی به شمار می‌رود ولی زمین خوردن عابر در خیابان به عنوان سانحه رانندگی در نظر گرفته نمی‌شود]

اگر بلی، مصدومیت‌های ۱۲ ماه گذشته تان را یک به یک برای من توضیح دهید. به ترتیب از آخرین مصدومیتی که در ۱۲ ماه گذشته برای شما اتفاق افتاد، شروع نمایید.

A- ماه حادثه (از جدید به قدیم: برای حادثه ماه جاری عدد ۱ و به همین ترتیب تا ۱۲ درج شود)	B- نوع حادثه	C- وضعیت فرد آسیب دیده در حادثه ترافیکی	D- وسیله نقلیه مقابل در حادثه ترافیکی	F- علت حادثه	G- نتیجه حادثه
	حادثه ترافیکی (۱)، سقوط (۲)، سوختگی (۳)، غرق شدگی (۴)، مسمومیت (۵)، برق گرفتگی (۶)، گلوله یا تیر خوردگی (۷)، ضربه خوردن به دلیل درگیری یا برخورد با اشیاء (۸)، اصابت اجسام تیز (۹)، خفگی (۱۰)، مار، عقرب یا حیوان گزیدگی (۱۱)، سایر موارد- نام ببرید (۱۲)	موتورسوار یا ترک آن (۱)، عابر پیاده (۲)، راننده سواری (۳)، سرنشین سواری (۴)، راننده اتوبوس، مینی بوس یا کامیون (۵)، سرنشین اتوبوس، مینی بوس یا کامیون (۶)، دوچرخه سوار (۷)، سایر - نام ببرید (۸)	سواری یا وانت (۱)، موتورسیکلت (۲)، اتوبوس، مینی بوس کامیون (۳)، دوچرخه (۴)، اشیای ثابت (۵)، بدون برخورد مانند واژگونی (۶)، سایر - نام ببرید (۷)	عمدی، آسیب به خود (۱)، عمدی، آسیب توسط دیگران (۲)، غیر عمدی بدلیل حادثه ناشی از کار (۳) غیر عمدی سایر دلایل (۴)	بهبود (۱)، تحت درمان (۲)، معلولیت (۳) سایر- نام ببرید (۴)
Inj1_1					
Inj1_2					
Inj1_3					
Inj1_4					
Inj1_5					
Inj1_6					
Inj1_7					

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبرگ (PSQI)

سؤالات زیر در ارتباط با عادات خواب شما در طول یک ماه گذشته است. در مورد بیشتر شبها در طی یک ماه گذشته با دقت پاسخ دهید :

PS1- در طول ماه گذشته معمولاً چه ساعتی به رختخواب رفته اید؟ [از یک تا ۲۴ ساعت]		
PS2- هر شب چند دقیقه طول کشیده تا خوابتان ببرد؟ دقیقه		
PS3- معمولاً صبح چه ساعتی از خواب بیدار می شوید؟ [از یک تا ۲۴ ساعت]		
PS4- خواب واقعی شما در طول شب چند ساعت است؟ ساعت		
PS5- <u>در طول یک ماه گذشته</u> ، چند بار به علل زیر مشکل خواب داشته اید؟		
a.	در مدت ۳۰ دقیقه پس از رفتن به رختخواب، خوابتان نبرده باشد؟	در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده کمتر از یک بار در هفته یک یا دو بار در هفته سه بار یا بیشتر در هفته
b.	در اواسط شب یا صبح خیلی زود از خواب بیدار شوید؟	در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده کمتر از یک بار در هفته یک یا دو بار در هفته سه بار یا بیشتر در هفته
c.	برای خوابیدن نیاز به دوش گرفتن داشته باشید؟	در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده کمتر از یک بار در هفته یک یا دو بار در هفته سه بار یا بیشتر در هفته
d.	به راحتی قادر به نفس کشیدن نباشید؟	در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده کمتر از یک بار در هفته یک یا دو بار در هفته سه بار یا بیشتر در هفته
e.	با صدای بلند خروپف یا سرفه کرده باشید؟	در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده کمتر از یک بار در هفته یک یا دو بار در هفته سه بار یا بیشتر در هفته

<p>۰ در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده ۱ کمتر از یک بار در هفته ۲ یک یا دو بار در هفته ۳ سه بار یا بیشتر در هفته</p>	<p>احساس سرما کرده باشید؟</p>	<p>f.</p>
<p>۰ در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده ۱ کمتر از یک بار در هفته ۲ یک یا دو بار در هفته ۳ سه بار یا بیشتر در هفته</p>	<p>احساس گرما کرده باشید؟</p>	<p>g.</p>
<p>۰ در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده ۱ کمتر از یک بار در هفته ۲ یک یا دو بار در هفته ۳ سه بار یا بیشتر در هفته</p>	<p>خواب بد دیده باشید؟</p>	<p>h.</p>
<p>۰ در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده ۱ کمتر از یک بار در هفته ۲ یک یا دو بار در هفته ۳ سه بار یا بیشتر در هفته</p>	<p>احساس درد داشته باشید؟</p>	<p>i.</p>
<p>۰ در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده ۱ کمتر از یک بار در هفته ۲ یک یا دو بار در هفته ۳ سه بار یا بیشتر در هفته</p>	<p>اگر موارد دیگری وجود داشته است، لطفاً توضیح دهید: </p>	<p>j.</p>
<p>۰ در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده ۱ کمتر از یک بار در هفته ۲ یک یا دو بار در هفته ۳ سه بار یا بیشتر در هفته</p>	<p>در طول ماه گذشته چند بار برای خوابیدن از دارو استفاده کرده اید؟ (چه با داروهای تجویز شده توسط پزشک یا چه بدون تجویز پزشک)</p>	<p>-PS6</p>
<p>۰ در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده ۱ کمتر از یک بار در هفته ۲ یک یا دو بار در هفته ۳ سه بار یا بیشتر در هفته</p>	<p>در طول ماه گذشته چند بار هنگام رانندگی، غذا خوردن و یا انجام فعالیت های اجتماعی به سختی بیدار مانده اید؟</p>	<p>-PS7</p>
<p>۰ در طول ماه گذشته اصلاً این اتفاق نیفتاده ۱ کمتر از یک بار در هفته ۲ یک یا دو بار در هفته ۳ سه بار یا بیشتر در هفته</p>	<p>در طول ماه گذشته چه مقدار مشکل برای با اشتیاق انجام دادن کارها داشته اید؟</p>	<p>-PS8</p>
<p>۰ خیلی خوب ۱ نسبتاً خوب ۲ نسبتاً بد ۳ خیلی بد</p>	<p>در طول ماه گذشته به طور کلی، کیفیت خواب خود را چگونه ارزیابی می کنید؟</p>	<p>-PS9</p>

عوامل رفتارهای پرخطر (ad)

[کارت AD۶ را به پاسخگو نشان دهید.]

AD۶ فکر می کنید اگر بخواهید موادی را که نام می برم تهیه کنید، چقدر آسان گیرتان می آید؟ [پاسخ ها را بخوانید. منظور میزان سهولت دسترسی فرد است.]

- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ۱. مشروبات الکلی | <input type="checkbox"/> ۱ خیلی آسان | <input type="checkbox"/> ۲ نسبتاً آسان | <input type="checkbox"/> ۳ نسبتاً سخت | <input type="checkbox"/> ۴ خیلی سخت |
| 1.1 حشیش یا گل | <input type="checkbox"/> ۱ خیلی آسان | <input type="checkbox"/> ۲ نسبتاً آسان | <input type="checkbox"/> ۳ نسبتاً سخت | <input type="checkbox"/> ۴ خیلی سخت |
| ۲. تریاک | <input type="checkbox"/> ۱ خیلی آسان | <input type="checkbox"/> ۲ نسبتاً آسان | <input type="checkbox"/> ۳ نسبتاً سخت | <input type="checkbox"/> ۴ خیلی سخت |
| ۳. هروئین یا کراک | <input type="checkbox"/> ۱ خیلی آسان | <input type="checkbox"/> ۲ نسبتاً آسان | <input type="checkbox"/> ۳ نسبتاً سخت | <input type="checkbox"/> ۴ خیلی سخت |
| ۴. مواد محرک (مانند شیشه) | <input type="checkbox"/> ۱ خیلی آسان | <input type="checkbox"/> ۲ نسبتاً آسان | <input type="checkbox"/> ۳ نسبتاً سخت | <input type="checkbox"/> ۴ خیلی سخت |

مصاحبه تلفنی

تاریخ مصاحبه اولیه:	شماره تلفن ثابت فرد:
نام و نام خانوادگی:	شماره تلفن همراه فرد:
تاریخ تولد:	شماره تلفن ثابت آشنایان:
آدرس منزل:	شماره تلفن همراه آشنایان:

دستورالعمل تماس تلفنی:

[هر بار تماس باید شامل تلاش در برقراری ارتباط توسط تمام شماره تلفنهای خود فرد باشد. اگر با تماس در دو نوبت مختلف در دو روز مختلف، امکان تماس از طریق شماره تلفنهای ثابت و همراه فرد ممکن نشد، در تماسهای بعدی، شماره تلفنهای آشنایان مورد استفاده قرار گیرد. اولین تلاش برای تماس باید در تاریخ ۲۳ ماه بعد از مصاحبه حضوری اول انجام شود. در صورت عدم موفقیت، تماسهای بعدی هر روز انجام شود تا مصاحبه تلفنی انجام گیرد. حداکثر مهلت مصاحبه، تا ۲۵ ماه بعد از مصاحبه حضوری اول خواهد بود.

تنها کسانی مصاحبه تلفنی می شوند که از این شهرستان رفته و فاصله محل سکونت فعلی با مرکز بیش از یک ساعت باشد و به این علت قادر به آمدن به مرکز نباشند.]

معرفی خود:

[ابتدا خود را معرفی کنید و بگویید که روانشناس هستید و در دانشگاه علوم پزشکی مسئولیت پریشی در مورد "سلامت جوانان" و مسائل مرتبط با آن را به عهده داشته اید و آنگاه متن زیر را برای وی بخوانید]

برای انجام تحقیق کوهورت جوانان ایران [ماه ... دو سال پیش] از شما دعوت شده بود و به مرکز آمده بودید. اکنون بعد از دو سال می خواهم چند سوال کوتاه در مورد وضعیت سلامتیتان از شما بپرسم. سوالات من حداکثر ده دقیقه طول می کشد. اجازه می دهید؟

[کنترل مشخصات هویتی: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد]

[در صورتی که مشخصات هم خوانی ندارد، موضوع بررسی و دلیل آن و نتیجه به دست آمده در زیر ثبت گردد:]

[مشاهده آدرس قبلی و کنترل تغییرات آن:]

آدرس جدید:

[اضافه شدن شماره تماسهای جدید:]

تلفن جدید: تلفن جدید:

G14- مشخصات یکی از اعضای خانواده یا دوستان و همکاران

(۱) نام:

(۲) نام خانوادگی:

(۲) نسبت آشنایی:

(۳) تلفن ثابت:

(۴) تلفن همراه:

G10- تعداد سالهای کامل تحصیل که با موفقیت طی کرده اید:

G15- وضعیت فعلی تأهل:

- (۱) مجرد (هرگز ازدواج نکرده) (۲) متأهل (ازدواج رسمی) (۳) همسر مرده، بیوه
 (۴) مطلقه (طلاق رسمی) (۵) جدا شده (۶) سایر

SE4- تعداد اعضای خانوار شما (با احتساب خودتان):

O1- در حال حاضر وضعیت شغلی شما کدامیک از این موارد است؟

[زمانی گزینه "خانه دار" و "بیکار" را انتخاب کنید که هیچ گزینه دیگری برای فرد صادق نباشد.]

[گزینه های "شاغل" و "بیکار جویای کار" را با هم انتخاب نکنید. در سایر موارد، می توانید چند گزینه را انتخاب کنید.]

- (۱) شاغل (۲) بیکار جویای کار (۳) محصل یا دانشجو (۴) سرباز (۵) بازنشسته
 (۶) از کار افتاده (۷) خانه دار (۸) بیکار

آیا شما سرپرست خانوارتان هستید؟ (۱) بله (۲) خیر

HO 1 آیا در یک سال گذشته از تاریخ مصاحبه تلفنی قبلی [ماه ... پارسال] تا کنون، در بیمارستان یا یک مرکز درمانی بستری شده اید؟

منظور از بستری، تحت نظر بودن بیش از شش ساعت در یک بیمارستان یا یک مرکز می باشد.

خیر ۱

بله ۵

[در صورت پاسخ بلی، سؤال HO ۲ را بررسیید.]

HO 2 A نام کامل بیمارستان یا مراکز درمانی را که در یک سال گذشته در آنها بستری شده اید، نام ببرید.

B نام شهری که بیمارستان در آن واقع شده چیست؟

C علت بستری شما در این بیمارستان/مرکز چه بود؟ [به زبان بیمار نوشته شود.]

D [علت بستری به دلیل کدامیک از موارد زیر بوده است: حوادث و سوانح/سایر مشکلات جسمی/مشکلات اعصاب و روان/ مصرف مواد یا الکل، اعتیاد؟]

C	B	B	A
علت بستری در این مرکز ۱- حوادث و سوانح ۲- سایر مشکلات جسمی ۳- مشکلات اعصاب و روان ۴- مصرف مواد یا الکل، اعتیاد	دلیل بستری در این مرکز به زبان بیمار	نام شهر	نام بیمارستان یا مرکز درمانی

[پرسشگر گرامی بر روی کلماتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده اند، تأکید کنید.]

حال در مورد حالتهایی که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید، سوالاتی از شما می پرسیم. در پاسخ به هر سوال می توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.

۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>
۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>
۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>
۸- چقدر در ۳۰ روز گذشته به شدتی افسرده و غمگین بودید که هیچ چیزی خوشحالتان نمی کرد؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>
۹- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>
۱۰- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟	(۱) همیشه <input type="checkbox"/>	(۲) بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	(۳) گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	(۴) بندرت <input type="checkbox"/>	(۵) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>

۱ SU من فهرستی از **مشکلات اعصاب و روان** را یک یک برای شما می خوانم. آیا در یک سال گذشته از تاریخ مصاحبه تلفنی قبلی

[ماه ... پارسال] تا کنون، به دلیل این مشکلات، به یک درمانگر برای مشاوره و یا درمان **مراجعه** کرده و یا برای این مشکلات،

درمانی دریافت کرده اید؟

[منظور از درمانگر، پزشک، مشاور، روانشناس، پرستار یا بهورز است. منظور خدمات بهداشتی درمانی است و عطاری و NA و موارد مشابه را شامل نمی شود. موارد زیر را

یک به یک برای فرد بخوانید و پاسخ بلی یا خیر را برای هر یک انتخاب کنید.]

بله	خیر	
۵	۱	(۱) افسردگی، اضطراب و استرس، وسواس، عصبانیت یا مشکلات خواب
۵	۱	(۲) مصرف مواد و الکل، اعتیاد
۵	۱	(۳) سردرد یا سایر دردهای بدنی ناشی از مشکلات اعصاب و روان
۵	۱	(۴) مشکلات زناشویی یا مشکلات با همسر
۵	۱	(۹) سایر مشکلات اعصاب و روان (ذکر کنید: _____)

خیر.....۱

بله.....۵

SC۲ آیا در یک سال گذشته از تاریخ مصاحبه تلفنی قبلی [ماه ... پارسال] تا کنون، به طور جدی به خودکشی فکر کرده اید؟

خیر.....۱

بله.....۵

SC۴ آیا در یک سال گذشته از تاریخ مصاحبه تلفنی قبلی [ماه ... پارسال] تا کنون، اقدام به خودکشی کرده اید؟

خاتمه پرسشگری

[حال پرسشنامه ارتباط با والدین را به فرد بدهید و توضیحات زیر را بخوانید. در صورتی که فرد قادر به خواندن پرسشنامه نبود، برایش سوالات را بخوانید.]

در این پرسشنامه فهرستی از طرز برخورد و رفتارهای گوناگون مادر و پدرتان آورده شده است. این پرسشنامه را باید خودتان تکمیل کنید. اگر سوالی داشتید از من بپرسید. لطفاً با توجه به خاطراتی که از آنها در کودکی و نوجوانی و در قبل از ۱۶ سالگی دارید، هر عبارت را با دقت خوانده و با علامت (x) پاسخ مناسب را انتخاب کنید. صفحه اول مربوط به مادر و صفحه دوم مربوط به پدر است.

PBI-A مادر

از مادر چیزی به یاد ندارد و فرد دیگری هم نقش مادر را برای او ایفا نکرده است.

مادرم تا سن ۱۶ سالگی من:	کاملاً این طور بود	تقریباً این طور بود	خیلی این طور نبود	اصلاً این طور نبود	نمی داند/ پاسخ نمی دهد
۱ با من با لحن گرم و دوستانه صحبت می کرد.					
۲ از لحاظ عاطفی، نسبت به من سرد به نظر می رسید.					
۳ به نظر می رسید که مشکلات و نگرانی های مرا درک می کند.					
۴ دوست داشت خودم درباره مسائل تصمیم بگیرم.					
۵ نمی خواست من بزرگ شوم.					
۶ سعی می کرد همه کارهای مرا کنترل کند.					
۷ از بحث و مذاکره با من در مورد مسائل لذت می برد.					
۸ اغلب به من لبخند می زد.					
۹ تمایل داشت که مثل یک بچه با من رفتار کند.					
۱۰ اجازه می داد که خودم در مورد مسائل برای خودم تصمیم بگیرم.					
۱۱ زمانی که ناراحت بودم، می توانست حال مرا بهتر کند.					
۱۲ زیاد با من صحبت نمی کرد.					
۱۳ تلاش می کرد حس کنم که به او وابسته هستم.					
۱۴ به اندازه ای که می خواستم به من آزادی می داد.					
۱۵ بیش از حد مواظب من بود.					
۱۶ به من اجازه می داد که به دلخواه خودم لباس بپوشم.					

PBI-B پدر

□ از پدر چیزی به یاد ندارد و فرد دیگری هم نقش پدر را برای او ایفا نکرده است.

پدرم تا سن ۱۶ سالگی من:	کاملاً این طور بود	تقریباً این طور بود	خیلی این طور نبود	اصلاً این طور نبود	نمی داند/ پاسخ نمی دهد
۱ با من با لحن گرم و دوستانه صحبت می کرد.					
۲ از لحاظ عاطفی، نسبت به من سرد به نظر می رسید.					
۳ به نظر می رسید که مشکلات و نگرانی های مرا درک می کند.					
۴ دوست داشت خودم درباره مسائل تصمیم بگیرم.					
۵ نمی خواست من بزرگ شوم.					
۶ سعی می کرد همه کارهای مرا کنترل کند.					
۷ از بحث و مذاکره با من در مورد مسائل لذت می برد.					
۸ اغلب به من لبخند می زد.					
۹ تمایل داشت که مثل یک بچه با من رفتار کند.					
۱۰ اجازه می داد که خودم در مورد مسائل برای خودم تصمیم بگیرم.					
۱۱ زمانی که ناراحت بودم، می توانست حال مرا بهتر کند.					
۱۲ زیاد با من صحبت نمی کرد.					
۱۳ تلاش می کرد حس کنم که به او وابسته هستم.					
۱۴ به اندازه ای که می خواستم به من آزادی می داد.					
۱۵ بیش از حد مواظب من بود.					
۱۶ به من اجازه می داد که به دلخواه خودم لباس بپوشم.					

نتایج آزمون SDMT

SDMT-1: تعداد کل پاسخها: ---

SDMT-2: تعداد پاسخهای درست: ---

نتیجه نهایی پیگیری یا مصاحبه:

- ۱- مرگ
- ۲- عدم همکاری قطعی
- ۳- عدم امکان تماس به دلیل مهاجرت از ایران
- ۴- عدم امکان تماس به سایر دلایل ذکر کنید:
- ۵- انجام مصاحبه حضوری در مرکز
- ۸- انجام مصاحبه حضوری در منزل
- ۶- انجام مصاحبه تلفنی
- ۷- عدم انجام مصاحبه به دلیل گذشت مهلت (چهار ماه پس از مهلت مصاحبه)

دستورالعمل خاتمه مصاحبه حضوری یا تلفنی:

در صورتی که آزمودنی در حین مصاحبه سوالی را مطرح کرده باشد که به انتهای پرسشگری موکول کرده اید، به سولات وی در حد امکان پاسخ دهید.

[در پایان، به او بگویید:]

احتمال دارد پس از ارزیابی پرسشنامه، نیاز باشد برای تکمیل یا کنترل اطلاعات، به صورت تلفنی با شما تماس گرفته شود. ممکن است خود من یا ناظری از دانشگاه این کار را انجام دهند.

همان طور که در اول مصاحبه توضیح دادم، این مطالعه چند سال طول خواهد کشید. هر سال یک بار، بصورت تلفنی با شما صحبت خواهیم کرد و هر ۲ سال از شما خواسته می شود برای انجام مصاحبه به این مرکز تشریف بیاورید.

[در پایان پرسشگری، از آزمودنی برای همکاری اش تشکر و قدردانی کنید و او را تا درب اتاقتان بدرقه نمایید.]

تاریخ:

ساعت:

[پرسشگر گرامی، لطفا کلیه مشکلات در پرسشگری از این فرد، مانند موارد لازم برای پرسش مجدد یا اشکالات مربوط به ثبت داده ها را در این محل یادداشت فرمایید:]