

پرسشنامه کاغذی کوهورت جوانان ایران

(نسخه روانشناسی)

آغاز پرسشگری روانشناسان

[ابتدا به فرد خوشامد بگویید.]

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

برای انجام تحقیق کوهورت جوانان ایران از شما دعوت شده است تا به این مرکز تشریف بیاورید. همینطور که همکار من به شما توضیح داده است در این شهرستان، مناطقی و از هر منطقه، افرادی برای مطالعه انتخاب شده اند و شما نیز یکی از این افراد هستید که برای شرکت در این تحقیق انتخاب شده اید.

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 خواهد کشید. هر شش ماه یک بار، بصورت تلفنی با شما صحبت خواهیم کرد 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.

در صورتی که تمایل داشته باشید، در هر نوبت مصاحبه حضوری، به صورت رایگان مورد معاینه و آزمایش قرار می گیرید؛ از جمله، اندازه فشار خون، قد و وزن، آزمایش برای کم خونی، قند، چربی و اوره خون، آزمایش های کلیه و کبد انجام می شود و نتایج آن به اطلاع شما می رسد.

ضمناً نمونه خون شما برای آزمایشات احتمالی بعدی نگهداری می شود؛ ولی در صورتی که تمایل نداشته باشید می توانید بگویید تا نمونه خون شما نگهداری نشود.

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 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؟

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

پرسشنامه ارزیابی دیسترس روانشناختی (KE)

[پرسشگر گرامی 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 حالت‌هایی 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.

۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید بدون دلیل مشخصی خیلی خسته هستید و هیچ انرژی ندارید؟	(۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟	(۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید به شدتی مضطرب و عصبی هستید که هیچ چیز نمی تواند شما را آرام کند؟	(۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟	(۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟	(۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته به شدتی بی قرار بودید که نمی توانستید یک جا بنشینید؟	(۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۷- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟	(۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۸- چقدر در ۳۰ روز گذشته به شدتی افسرده و غمگین بودید که هیچ چیزی خوشحالتان نمی کرد؟	(۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۹- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	(۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۱۰- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟	(۱) همیشه ☐ (۲) بیشتر اوقات ☐ (۳) گاهی اوقات ☐ (۴) بندرت ☐ (۵) اصلاً ☐ (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐

پرسشنامه نگرش به یاری جویی (HS)

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

hs۱ - افراد مختلف نگاه‌های متفاوتی نسبت به مراجعه به پزشک و روانشناس یا مشاور دارند. اگر شما مشکل جدی اعصاب و روان داشتید، آیا از پزشک یا روانشناس یا مشاور کمک می‌گرفتید؟

(۱) قطعاً بله ☐ (۲) احتمالاً بله ☐ (۳) احتمالاً خیر ☐ (۴) قطعاً خیر ☐ (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

hs۲ - اگر به پزشک یا روانشناس یا مشاور مراجعه کنید، آیا راحت می‌توانید مشکلات اعصاب و روان خود را با وی در میان بگذارید؟

(۱) قطعاً بله ☐ (۲) احتمالاً بله ☐ (۳) احتمالاً خیر ☐ (۴) قطعاً خیر ☐ (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

hs۳ - اگر دوستان یا آشنایان شما بفهمند که برای مشکلات اعصاب و روان خود به پزشک یا روانشناس یا مشاور مراجعه کرده‌اید، آیا خجالت زده می‌شوید؟

(۱) قطعاً بله ☐ (۲) احتمالاً بله ☐ (۳) احتمالاً خیر ☐ (۴) قطعاً خیر ☐ (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

hs۴ - اگر شما اعتیاد داشتید، آیا از پزشک یا روانشناس یا مشاور کمک می‌گرفتید؟

(۱) قطعاً بله ☐ (۲) احتمالاً بله ☐ (۳) احتمالاً خیر ☐ (۴) قطعاً خیر ☐ (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد ☐

ارزیابی میزان استفاده از اینترنت (INT)

Int۱ در طول یک هفته گذشته، چند روز از اینترنت استفاده کردید؟ (اینترنت شامل ایمیل، شبکه‌های مجازی، وایبر و غیره می‌باشد.)

روز

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

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

PHAY 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 شبانه، آیا در طول روز (سه بار یا بیشتر در هفته) هم می خوابید؟ (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 شادکامی (HP)

[کارت KE۴ را به پاسخگو بدهید.] لطفاً به این کارت نگاه کنید.

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

(۱) بسیار زیاد ☐ (۲) زیاد ☐ (۳) نه زیاد/نه کم ☐ (۴) کم/بسیار کم ☐ (۵) اصلاً ☐ (۶) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐

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 عمر، 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 را یک به یک زیر 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 عمر]	
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 [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.]

HO۱ حال از شما در مورد بستری برای مشکلات اعصاب و روان می‌کنم. آیا در طول عمر خود برای مشکلات اعصاب و روان بستری شده اید؟

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 ۱
- بله ۵

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

HO۲ [نام و مشخصات کلیه مراکزی را که فرد 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 عمر به دلیل مشکل اعصاب و روان یا اعتیاد آخرین بار در آنها بستری شده اید، نام ببرید.

[جدول HO۲-مشخصات موارد بستری در طول عمر:]

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 ۱-اعصاب و روان ۲-اعتیاد	دلایل آخرین بستری در این مرکز به زبان بیمار	تعداد بارهای بستری در این مرکز	نوع مرکز درمانی (کارت HO) ۱. اورژانس بیمارستان ۲. بیمارستان عمومی یا تخصصی ۳. درمانگاه (کلینیک) عمومی، یا تخصصی اعصاب و روان ۴. مرکز 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 پرسید 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] تاکنون 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

۲) الکتروشوک درمانی (ECT)

۳) مشاوره و روان درمانی

۴) ترک اعتیاد یا سم زدایی برای اعتیاد

۵) سایر موارد

HO۳ بطور کلی، اولین بستری شما برای مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد در چه سالی بوده است؟ سال

HO۴ آیا آخرین بار بستری برای مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد مربوط به ۱۲ ماه گذشته بوده است؟

خیر ۱

بله ۵

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

OM۱ [کارت OM۱ 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 هریک 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.]

A [مراجعه در ۱۲ ماه گذشته]		B [علت مراجعه]	
خیر	بله	اعصاب و روان	اعتیاد
خیر	بله	خیر	بله
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) عطاری یا دکتر گیاهی یا علفی

(۲) روحانی

(۳) برای استفاده از حجامت یا بادکش یا زالو

(۴) دعانویس

(۵) سایر درمانگران سنتی

(نوع درمانگر را ذکر کنید _____)

OM۲ آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، برای **اعتیاد** به گروههای خودیاری (مانند گروههای اعتیاد NA یا خیر (به سؤال OM۵ بروید)..... ۱

معتادان گمنام، نارنان، تولدی دوباره، کنگره شصت) مراجعه کرده اید؟ بله ۵

OM۳ نام گروه خودیاری که به آن مراجعه کرده اید چیست؟

OM۴ در حال حاضر به چه ترتیبی در این گروه شرکت می کنید؟ منظم ۱

گاه ۲

اصلاً ۳

OM۵ آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، برای **اعتیاد**، به **دی آی سی** (مرکز گذری یا مرکز کاهش خیر ... (به سؤال OP۱ مراجعه کنید)..... ۱

آسیب) مراجعه کرده اید؟ بله ۵

[کارت OM۲ را به پاسخگو بدهید.]

در ۱۲ ماه گذشته، کدام یک از خدمات نوشته شده در این کارت را در دی آی سی دریافت کردید؟

OM۶ [موارد را یک به یک بخوانید. فرد می تواند چند مورد را انتخاب کند.]

(۱) آموزش و مشاوره ۱

(۲) دریافت سرنگ و سوزن ۲

(۳) دریافت متادون ۳

(۴) دریافت کاندوم ۴

OM۷

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

پرسشنامه خدمات سرپایی برای مشکلات اعصاب و روان (OP)

OP۱ [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 OP۱، 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 OP۲ 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 OP۱ - مراجعات سرپایی 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.]	آیا در حال حاضر تحت درمان این درمانگر [نام درمانگر] هستید؟	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) ویزیت (۲) تجویز دارو (۳) روان درمانی یا مشاوره (بیش از ۳۰ دقیقه)	(۱) خیر (۵) بله		(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.....)

OP۲ آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، برای مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد مستقیماً به یک
داروخانه برای "گرفتن دارو بدون تجویز پزشک و یا بیش از تجویز پزشک" مراجعه
کرده اید؟ [منظور از گرفتن دارو بدون تجویز پزشک، مراجعه به داروخانه برای تشخیص بیماری یا تجویز دارو است،
بدون اینکه قبلاً پزشک تجویز کرده باشد.]
[در صورتی که پاسخ به این سؤال خیر بود، به سؤال D۶۳ بروید.]

OP۳ 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.....

۱
۲

اختلالات اضطراب منتشر (D)

خیر (به سوال B رجوع کنید)..... ۱ بله ۵	الان می‌خواهم از شما در باره دوره‌های طولانی نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب بپرسم. آیا تاکنون در طول زندگی، به مدت یک ماه یا بیشتر بوده که اغلب اوقات درباره مسائل روزمره مثل کار یا خانواده، احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب کنید؟	D۶۳ GAD 10A GAD 4A
ماه _____	A: طولانی ترین دوره ای که شما احساس نگرانی، تنش یا اضطراب می‌کردید، چند ماه بوده است؟ [اگر پاسخ D۶۳A شش ماه یا بیشتر است، به سوال D۶۴ رجوع کنید]	
خیر (به سؤال E۱ رجوع کنید)..... ۱ بله ۵	B: افراد از نظر احساس نگرانی درباره امور زندگی با هم فرق دارند. آیا تاکنون زمان‌هایی در زندگی شما بوده است که خیلی بیشتر از افراد دیگر در همان موقعیت نگران شده باشید؟	
ماه _____	C: طولانی ترین دوره نگرانی شما چه مدت بوده است؟ [اگر پاسخ D۶۳C کمتر از شش ماه است، به سوال E۱ رجوع کنید]	
خیر ۱ بله ۵	D۶۴ حالا می‌خواهم درباره آن دوره شش ماهه یا بیشتر که احساس نگرانی، فشار عصبی و یا اضطراب، بیشتر از همیشه بود، سوال کنم. در این دوره: A: آیا شما فکر می‌کنید که نگرانی شما بیشتر از حد بوده است، یعنی خیلی بیشتر از افراد دیگر؟	GAD 4A
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؟ 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 سوال E۱ رجوع کنید.]	GAD10A GAD4D

D۶۵ [کارت D۵ را به پاسخگو بدهید.] الان به کارت D۵ 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 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
- ۱- آیا بی‌قرار بودید؟ ۱ ۵
 - ۲- دلواپس و عصبی بودید؟ ۱ ۵
 - ۳- زود خسته می‌شدید؟ ۱ ۵
 - ۴- در تمرکز (حین انجام کار) مشکل داشتید؟ ۱ ۵
 - ۵- تحریک‌پذیرتر از معمول بودید (زودتر از معمول عصبانی می‌شدید)؟ ۱ ۵
 - ۶- درد و انقباض عضلانی داشتید؟ ۱ ۵
 - ۷- در به خواب رفتن و یا خوابیدن مشکل داشتید؟ ۱ ۵
 - ۸- آیا قلبتان تند می‌زد؟ ۱ ۵
 - ۹- عرق می‌کردید؟ ۱ ۵
 - ۱۰- می‌لرزیدید؟ ۱ ۵
 - ۱۱- دهانتان خشک می‌شد؟ ۱ ۵

[اگر هیچ یک از سؤالات ۱ تا ۱۱، کد ۵ نرفت، به سؤال E۱ رجوع کنید. اگر در سؤالات ۱۱ تا ۱۴ چهار مورد یا بیشتر کد ۵ گرفتند، به سؤال D۶۶ رجوع کنید. در غیر این صورت از سؤال ۱۲ تا ۲۴ را بپرسید، اما بعد از این که از سؤالات ۱ تا ۲۴، چهار مورد کد ۵ گرفتند، به سؤال D۶۶ رجوع کنید. اگر از سؤال ۱ تا ۲۴ کمتر از ۴ مورد کد ۵ داشت به سؤال E۱ رجوع کنید.]

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

[اگر کمتر از ۴ مورد علامت زده شده، به سؤال E۱ رجوع کنید.]

PRB : ۲ ۳ ۴ ۵	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؟ [به سنجش ادامه دهید]. پزشک: _____ غیره: _____	D۶۶	GAD 10D GAD 4F
۱..... خیر ۵..... بله	آیا تاکنون، به خاطر احساس طولانی مدت نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب از دست خودتان خیلی ناراحت شده‌اید؟	D۶۷	GAD 4E
۱..... خیر (نه زیاد) ۵..... بله (زیاد)	آیا هیچ وقت، دوره‌های نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب در زندگی و فعالیت‌هایتان، اختلال ایجاد کرده بود؟	D۶۸	GAD 4E
اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ اولین بار در سن: _____	اولین بار که احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب [یا مواردی که در کارت D۵ انتخاب کرده‌است] به مدت شش ماه یا بیشتر طول کشید، چه زمانی شروع شد؟	D۶۹	GAD 10ON GAD 4ON
آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن: _____	آخرین بار که احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب [یا مواردی که در کارت D۵ انتخاب کرده‌است] به مدت شش ماه یا بیشتر طول کشید، چه زمانی تمام شد؟		GAD 10RE GAD 4RE

اختلالات افسردگی (E)

	I تاکنون در طول زندگی
	[سؤال E۱ تا E۴ را در ستون I کدگذاری کنید.] DEP10B1 DP4A1 E۱ اکنون می‌خواهم از شما درباره دوره‌هایی که احساس غم، پوچی یا افسردگی داشته‌اید، سؤال کنم. آیا تاکنون در طول زندگی، به مدت دو هفته یا بیشتر، برای بیشتر اوقات روز احساس غم، پوچی یا افسردگی داشته‌اید؟ پزشک: _____ غیره: _____ PRB : ۱ ۳ ۴ ۵
	E۲ آیا هیچ وقت در طول زندگیتان، 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 E۱ و E۲ کد ۱ گرفتند به سؤال E۳ رجوع کنید.] [سوالات بعد را به ترتیب در مورد طول عمر فرد بپرسید و پاسخ را در ستون I علامت بزنید.]
II در زمان بروز بیشترین علائم بله خیر	I تاکنون در طول زندگی کادر ۱: [کمبود انرژی] بله خیر E۳ آیا 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؟] DEP10B3 DP4A6 ۱ ۵
	کادر ۲: [تغییر اشتها]
بله خیر ۱ ۵	E۴ آیا 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؟] DEP10C7 DP4A3 DEP10S6 ۱ ۵
۱ ۵ [اگر کد ۵ داده شد، سؤال A را بپرسید، اگر کد ۱ گرفت، به کد ۵ بعدی در ستون I رجوع کنید.] کیلوگرم	E۵ آیا 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 E۵ کد ۱ گرفت، به سؤال E۶ رجوع کنید.] A: چه قدر وزن کم کردید؟ DEP10S7 کیلوگرم

II در زمان بروز بیشترین علائم	I تاکنون در طول زندگی
بله	بله
خیر	خیر
۱ ۵	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
۱ ۵ [اگر کد ۵ گرفت، سؤال A را بپرسید، در غیر این صورت، به کد ۵ بعدی در ستون I رجوع کنید.] _____ کیلوگرم	آیا در طول هیچ یک 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؟ _____ کیلوگرم
	کادر ۳: [مشکلات خواب]
۱ ۵	آیا 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
۱ ۵	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
۱ ۵	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 می‌خوابید؟ E۹ DEP10C6 DP4A4
	کادر ۴: [کندی/بی‌قراری (ناآرامی)]
۱ ۵	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
۱ ۵	A: [آیا کس دیگری متوجه کند شدن حرکات یا صحبت کردن شما شده بود؟ DEP10S5 DP4A5

II در زمان بروز بیشترین علائم		I تاکنون در طول زندگی		
بله	خیر	بله	خیر	
۵ ۱	۵ ۱	آیا 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 نشسته‌اید با دستهایتان بازی کنید؟] [اگر کد ۱ گرفت، به سؤال E۱۲ رجوع کنید.]		E۱۱ 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	آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها [تقریباً هر روز، احساس بی‌ارزشی داشته‌اید؟]		E۱۲ 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 نمایید:] _____ _____ _____ [اگر E۱۲B کد ۱ گرفت، به سؤال E۱۳ رجوع کنید.] [فقط در مورد ستون II: مثال را ذکر کنید] _____ _____ _____ _____		
۱ ۱ [اگر قسمت B کد ۵ گرفت، به قسمت C، در غیر این صورت به کد ۵ بعدی در ستون I رجوع کنید.]	۵ ۱	C: [آیا مصاحبه‌شونده فقط به این دلیل احساس بی‌ارزشی/تقصیر یا گناه می‌کند که فعالیت‌هایش به خاطر افسردگی، مختل شده است؟]		DP4A7
۱ ۱ ۵ ۵	۱ ۱ ۵ ۵			

II در زمان بروز بیشترین علائم		I ناکنون در طول زندگی	
بله	خیر	بله	خیر
کادر ۶: [پایین بودن اعتماد به نفس]			
۵ ۱	۵ ۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره ها [احساس کرده اید که پایبتر و کم ارزش تر از دیگران هستید؟	E۱۳ DEP10C1
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	آیا در طول هیچ یک از این دوره ها [بیش از حد معمول، مشکل در تمرکز داشته اید؟	E۱۵ DEP10C4
۵ ۱	۵ ۱	A: [آیا برایتان اتفاق افتاده بود که نتوانید چیزهای مورد علاقه تان را بخوانید یا فیلم ها یا برنامه های تلویزیونی مورد علاقه تان را تماشا کنید، به این دلیل که تمرکزتان مشکل داشته است؟	
۵ ۱	۵ ۱	[آیا احساس می کردید نسبت به همیشه فکرتان کندتر از حد معمول شده است یا دچار سردرگمی شده اید؟	E۱۶ DEP10C4 DP4A8
۵ ۱	۵ ۱	[آیا تصمیم گیری/ درباره چیزهایی که قبلاً مشکلی در تصمیم گیری درباره آنها نداشتید، مشکل شده بود؟	E۱۷ DEP10C4 DP4A8
کادر ۸: [افکار راجع به مرگ]			
۵ ۱	۵ ۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره ها، [زیاد به مرگ فکر می کردید؟	E۱۸ DEP10C3 DP4A9
۵ ۱	۵ ۱	[آیا خلقتان (روحیه تان) به حدی پایین بود که زیاد به خودکشی فکر کنید؟ [اگر کد ۱ گرفت، به سؤال E۲۱ رجوع کنید.]	E۱۹ DEP10C3 DP4A9
۵ ۱	۵ ۱	[آیا در مورد این که چگونه خودکشی کنید، نقشه کشیده بودید؟	DP4A9 DEP10C3
۵ ۱	۵ ۱	[آیا اقدام به خودکشی هم کردید؟	E۲۰ DEP10C3 DP4A9
۵ ۱	۵ ۱	[تعداد مواردی از سؤال E۱ و E۲ کد ۵ گرفته را با تعداد کادرهایی 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.]	E۲۱

II در زمان بروز بیشترین علائم		I تاکنون در طول زندگی			
بله	خیر	بله	خیر		
۵ ۱		۵ ۱		E۲۲	DEP10S4
				آیا در طول یک دوره دو هفته‌ای (که با احساس افسردگی/ بی‌رغبتی/ کمبود انرژی همراه بوده است) [آیا شده که بخصوص هنگام بیدارشدن از خواب، حالتان بد باشد اما به تدریج در طی روز بهتر شده باشید؟	
۵ ۱		۵ ۱		E۲۳	DEP10C8
				آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها، [میل جنسی‌تان نسبت به حد معمول کاهش پیدا کرده بود؟	
۵ ۱		۵ ۱		E۲۴	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؟	
				E۲۵	DEP10A DP4E DP4D
				آیا 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 سؤالات E۳ تا E۴۰ (علائمی که کد ۵ گرفته)] با پزشک صحبت کرده‌اید؟ [به سنجش ادامه دهید.] پزشک: _____ غیره: _____ [اگر کد PRB۵ داده نشده است، به سؤال E۳۴ رجوع کنید.]	
				E۲۶	DP4A DEP10A DP4E
				طولانی‌ترین دوره افسردگی که داشته‌اید، چقدر طول کشیده است؟ [اگر در تمام طول زندگی یا بیشتر از ۱۹ سال طول کشیده، ۹۹۶ را وارد کنید. (تعداد هفته = ۵۲ × تعداد سال، تعداد هفته = ۴ × تعداد ماه)] [به ۱۳ تا ۱۰ روز کد ا دهید] [اگر کد ا داده شد، به سؤال E۳۴ رجوع کنید.] آیا 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؟ A:	
				E۲۷	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 E۴ تا E۴۰ کد ۵ داده شده باشد] داشتید، چه زمانی بوده است؟ اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ اولین بار در سن: _____ آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین 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 E۴ تا E۴۰ کد ۵ داده شده باشد] داشتید، چه زمانی بوده است؟	

GA4F	E۲۸	[اگر پاسخ سؤال E۲۶ کمتر از ۲۶ هفته است به سؤال E۲۹ رجوع کنید.] [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:] شما قبلاً گفته بودید که در طول زندگی خود، 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؟	خیر ۱ بله ۵
DEP10RG1 MD4A	E۲۹	در طول زندگی تان، 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؟ [اگر ۹۶ دوره یا بیشتر بود، عدد ۹۶ را بنویسید] [اگر ۱۰۱ داده شده، به سؤال E۳۰ رجوع کنید]	تعداد دوره‌ها _____
	A:	آیا شده بود بین هیچ یک از این دوره‌های (احساس افسردگی/ نداشتن میل و رغبت/ کمبود انرژی) چند ماهی حالتان خوب باشد؟	خیر... (به E۳۰ رجوع کنید)..... ۱ حال خوب در بین دوره‌ها ۵
	B:	آیا در بین دوره‌های افسردگی، شما توان کار کردن داشته‌اید و یا از معاشرت با اطرافیان‌تان مانند گذشته لذت می‌بردید؟	خیر... (به E۳۰ رجوع کنید)..... ۱ بله ۵
	C:	آیا مدت زمانی که حالتان خوب بوده و از معاشرت با اطرافیان لذت می‌بردید، دو ماه یا بیشتر طول کشید؟	خیر... (به E۳۰ رجوع کنید)..... ۱ بله ۵
	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؟	تعداد دوره با فاصله ۲ ماه _____
	E:	اولین باری که دوره افسردگی تان تمام شد (یعنی پس از یک دوره افسردگی، به مدت حداقل ۲ ماه حالتان خوب بود)، چند ساله بودید؟	سن در پایان اولین دوره افسردگی: _____
DP4E	E۳۰	آیا 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؟ [اگر شروع علائم بیش از ۲ ماه پس از فوت بوده، کد ۱ را انتخاب کرده و به قسمت B رجوع کنید.]	خیر. (به قسمت C رجوع کنید)..... ۱ بله ۵
	A:	آیا 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؟	خیر فقط پس از فوت (به E۳۱ رجوع کنید)..... ۱ بله، در زمانهای دیگر ۵
	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 (ین دوره/ دوره‌ها) درست بعد از مرگ یکی از نزدیکان اتفاق افتاد؟	بله فقط پس از فوت (به E۳۱ رجوع کنید)..... ۲ خیر، نه فقط بعد از فوت ۵
	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؟	خیر ۱ بله ۵

E۳۱ خیر... (به سؤال E۳۴ رجوع کنید)..... ۱ بله ۵	آیا پاسخگو دو دوره یا بیشتر از دو دوره جداگانه افسردگی داشته است (سؤال E۳۹D کد ۲ یا بیشتر گرفته است؟) I
E۳۲ سن: _____ خیر..... ۱ بله ۵	اکنون می‌خواهم درباره دورانی 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، در آن زمان چند ساله بودید؟ [اگر نمی‌تواند انتخاب کند:] زمان یکی از دوره‌های ۲ هفته‌ای افسردگی شدید را که داشته‌اید، ذکر نمایید.
E۳۳ خیر..... ۱ بله ۵ A: خیر..... ۱ بله ۵	حالا می‌خواهم بپرسم در طی دو هفته‌ای، که بیشترین ناراحتی‌ها را داشتید، و --- ساله بودید، کدامیک از این مشکلات را داشتید: آیا در آن زمان احساس غم یا افسردگی می‌کردید؟ آیا میل و رغبت خودتان را تقریباً نسبت به همه چیز از دست داده بودید؟ [به ستون II در سؤال E۳ بر گردید، هر مواری که در ستون I، کد ۵ گرفته‌اند را بخوانید، از [شروع کنید و در ستون II کدگذاری کنید].]
E۳۴ خیر... (به سؤال K۱ رجوع کنید)..... ۱ بله ۵ A: خیر..... ۱ بله ۵ PRB: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	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) 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]. در طول دو سال یا بیشتری که احساس غم یا افسردگی داشته‌اید، با پزشک صحبت کرده‌اید؟ [نتیجه را ادامه دهید] پزشک: _____ غیره: _____
E۳۵ خیر..... ۱ بله ۵	آیا 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؟
E۳۶ خیر..... ۱ بله ۵	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر) آیا اغلب زیاد می‌خوابیدید؟
E۳۷ خیر..... ۱ بله ۵	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر)، آیا اغلب خیلی کم اشتها بودید؟

DY4A

DYS10A

DY4C

DY10C2
DY4B

DY4B2

DY4B1

۱.....خیر	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر) آیا	E۳۸	DY4B1
۵.....بله	<u>بیشتر از حد معمول می‌خوردید؟</u>		
۱.....خیر	در این دوره طولانی افسردگی، آیا بیشتر مواقع احساس <u>کمبود</u>	E۳۹	DYS10C1 DY4B3
۵.....بله	<u>انرژی یا خستگی</u> می‌کردید، حتی مواقعی که خیلی سخت کار نکرده بودید؟		
۱.....خیر	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر)، آیا اغلب	E۴۰	DYS10C3 DY4B4
۵.....بله	خودتان را پایبتر و کم ارزشتر از بقیه مردم می‌دانستید؟		
۱.....خیر	آیا در این دوره طولانی افسردگی، <u>اعتماد به نفس</u> شما به حدی کم	E۴۱	DYS10C3 DY4B4
۵.....بله	شده بود که دربارهٔ هیچ چیز نتوانید نظرتان را ابراز کنید؟		
۱.....خیر	آیا در این دوره طولانی افسردگی، در <u>تمرکز</u> خود بسیار زیاده‌تر از	E۴۲	DYS10C4 DY4B5
۵.....بله	معمول مشکل داشتید؟		
۱.....خیر	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر)، آیا شما	E۴۳	DY4B0
۵.....بله	<u>معمولاً عاجز از تصمیم‌گیری‌هایی</u> بودید که قبلاً در آن مشکلی نداشتید؟		
۱.....خیر	در این دوره طولانی افسردگی، آیا اغلب <u>گریه می‌کردید؟</u>	E۴۴	DYS10C5
۵.....بله			
۱.....خیر	آیا در این دوره طولانی افسردگی، احساس <u>ناامیدی</u> داشته‌اید، به	E۴۵	DYS10C7 DY4B6
۵.....بله	طوری که فکر کرده باشید هیچ راهی برای بهتر شدن اوضاع وجود ندارد؟		
۱.....خیر	آیا در این دوره طولانی افسردگی احساس می‌کردید که <u>نمی‌توانید</u>	E۴۶	DYS10C8
۵.....بله	<u>از پس زندگی و مسئولیت‌هایتان برآیید؟</u>		
۱.....خیر	آیا در این دوره طولانی افسردگی فکر می‌کردید که <u>همیشه زندگی</u>	E۴۷	DYS10C9
۵.....بله	<u>بدی داشته‌اید و راهی برای بهبود اوضاع وجود ندارد؟</u>		
۱.....خیر	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر)، آیا	E۴۸	DYS10C10
۵.....بله	<u>حوصله معاشرت با دوستان و اقوام خود را نداشتید؟</u>		
۱.....خیر	آیا در این دوره طولانی افسردگی، <u>کم حرف‌تر از معمول شده</u>	E۴۹	DYS10C11
۵.....بله	بودید؟		

۱.....خیر	آیا در این دوره طولانی نسبت به بیشتر چیزها مثل کار،	E۵۰	DYS10C6
۵.....بله	سرگرمی ها و چیزهای دیگر که قبلاً از آنها لذت می‌برید، <u>بی‌میل و رغبت</u> شده بودید؟		

۱.....خیر	آیا در این دوره طولانی افسردگی، <u>میل جنسی‌تان کمتر از حد</u>	E۵۱	DYS10C6
۵.....بله	<u>معمول</u> شده بود؟		

[اگر هیچ یک 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	E۵۲	DY4G
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.]		

اولین بار در سن: _____	E۵۳	DY4ON DYS10ON
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؟		

آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	آخرین دوره افسردگی چه زمانی به پایان رسید؟	
آخرین بار در سن: _____		
[اگر سن اولین بار در سؤال D۶۹ خالی بوده یا از سن شروع علائم در سؤال E۵۳ کمتر است، به سؤال K۱ رجوع کنید.]		

۱.....خیر	E۵۴	GA4F
۵.....بله	قبلاً گفته بودید که یک دوره طولانی اضطراب و نگرانی درباره موضوعات گوناگون داشته‌اید. این دوره اضطراب و نگرانی با دوره افسردگی تان همزمان بوده است؟	

اختلال وسواسی-جبری (K)

خیر..... ۱ بله..... ۵	K۱ می‌خواهم از شما سؤال کنم که آیا تاکنون، افکار ناخوشایند و مزاحمی داشته‌اید، که برخلاف میل‌تان به ذهنتان می‌آید؟ (مثلاً این که همیشه فکر کنید دستهایتان کثیف و پر از میکروب است). آیا تاکنون، 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 تا کنون، چنین افکار ناخوشایند و مداومی داشته‌اید؟	OCO10A OCO10B OBS4A1 OBS4A2 OBS4A4
خیر (به سؤال K۹ رجوع کنید)..... ۱ بله..... ۵	B: [آیا هیچ‌یک از سؤالات K۱ و K۱A کد ۵ گرفته است؟]	
کمتر از ۲ هفته (به سؤال K۹ رجوع کنید)..... ۱ ۲ هفته یا بیشتر 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
خیر..... ۱ بله..... ۵	K۳ آیا می‌توانید از این افکاری که شما را اذیت کرده، مثال‌هایی بزنید؟ مثال: _____ _____ [آیا این مثال‌ها، صرفاً توصیف‌کننده موارد زیر هستند؟]	OBS4D
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.]	
خیر..... ۱ بله..... ۵	K۴ آیا برخی از این افکار به نظر خودتان غیرمنطقی 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

PRB: ۱ ۳ ۴ ۵	K۵	OC010B3 OBS4A3 OBS4A1 OBS4E	آیا علی‌رغم تلاش زیاد برای دورکردن افکار مزاحم و خلاص‌شدن از دست آنها، این افکار دائماً به مغزتان هجوم می‌آورد؟
[اگر پاسخ منفی است، PRB۱ را انتخاب کنید و به سؤال K۹ رجوع نمایید و اگر جواب مثبت بود به سنجش ادامه دهید.]			
پزشک: _____ غیره: _____			
[اگر کد PRB۵ نگرفت، به سؤال K۹ رجوع کنید.]			
۱.....خیر	K۶	OBS4C	آیا وقتی این فکرها به سراغتان می‌آمد، به مدت بیشتر از ۱ ساعت ادامه داشت؟
۵.....بله			
۱.....خیر	K۷	OBS4C OCO10C	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؟
۵.....بله			
اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ اولین بار در سن : _____	K۸		اولین باری که نمی‌توانستید افکار مزاحم را از خودتان دور کنید، چه زمانی بود؟
آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن : _____			آخرین باری که نمی‌توانستید افکار مزاحم را از خودتان دور کنید، چه زمانی بود؟
۱.....خیر	K۹	OCC10A COM4A1	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 واریسی چندباره برای این که مطمئن شوند که آیا در را قفل کرده و یا اجاق‌گاز را خاموش کرده‌اند.
۵.....بله			آیا برای شما هم پیش آمده که کارهایی شبیه این را، بارها و بارها تکرار کنید؟ [اگر کد ۵ انتخاب شده، مثال آن را بیاورید.]
مثال: _____			
۱.....خیر	K۱۰	OCC10A COM4A1	آیا تاکنون 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؟
۵.....بله			[اگر کد ۵ انتخاب شده مثال آن را بیاورید:]
مثال: _____			
۱.....خیر	K۱۱	OCC10A COM4A1	آیا 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 شده، مثال آن را بیاورید:]
۵.....بله			مثال: _____

COM4A1 OCC4A	K۱۲	آیا تاکنون برای تکرار چندین باره کلمات چه به صورت بلند یا در ذهنتان، احساس اجبار کرده‌اید؟ [اگر کد ۵ انتخاب شد، مثال آن را بی‌سید:] مثال: _____	خیر..... ۱ بله..... ۵
[اگر موارد K۹ تا K۱۲ همگی، کد ۱ گرفته‌اند، به سؤال AGG رجوع کنید.]			
OCC1B2 COM4B	K۱۳	گفتید که شما [رفتارهایی که در سؤالات K۹ تا K۱۲ 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؟	خیر..... ۱ بله..... ۵
OCC10B3	K۱۴	آیا شما خیلی تلاش می‌کردید که این کارها را انجام ندهید، اما به هر حال آنها را انجام می‌دادید؟	خیر، می‌توانستم کنترل کنم ۱ سعی نمی‌کردم، پس نمی‌دانم ۳ بله سعی می‌کردم، ولی انجام می‌دادم... ۵
COM4A2	K۱۵	آیا در صورت انجام ندادن این کارها، احساس ناراحتی می‌کردید؟ A: آیا فکر می‌کردید که اگر این کارها را انجام ندهید، اتفاق بدی خواهد افتاد؟	خیر..... ۱ بله..... ۵ خیر..... ۱ بله..... ۵
OCC10B4	K۱۶	آیا از انجام این کارها لذت می‌بردید؟	خیر..... ۱ بله..... ۵
COM4E	K۱۷	آیا درباره احساس اجبار به انجام دادن [رفتارهایی که از K۹ تا K۱۲ کد ۵ گرفته] با پزشک صحبت کرده‌اید؟ [به سنجش ادامه دهید] پزشک: _____ غیره: _____	PRB: ۳ ۴ ۵
K۱۸	اولین باری که احساس اجبار برای انجام دادن این رفتارها داشتید، چه زمانی بوده است؟	اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ اولین بار در سن: _____	
K۱۹	آخرین باری که احساس اجبار برای انجام دادن این رفتارها داشتید، چه زمانی بوده است؟	آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن: _____	
OCC10C COM4C	K۱۹	آیا اجبار به انجام [رفتارهایی که از K۹ تا K۱۲ 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؟	خیر..... ۱ بله..... ۵
OCC10A	K۲۰	آیا پیش آمده که برای مدت حداقل دو هفته، در انجام این کارها اجبار نمایید؟	خیر..... ۱ بله..... ۵
COM4C	K۲۱	آیا در روز اغلب بیشتر از یک ساعت از وقتتان صرف این کارها می‌شد؟	خیر..... ۱ بله..... ۵

پرسشنامه پرخاشگری (AGG)

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

AGG۱	۱- آیا در ۱۲ ماه گذشته، به دلیل عصبانیت چیزی را شکسته یا تخریب کرده اید؟	خیر ۱ بله ۵
AGG۲	۲- آیا در ۱۲ ماه گذشته، عمداً به خودتان آسیب و صدمه رسانده و یا خودزنی کرده اید؟	خیر ۱ بله ۵
AGG۳	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
AGG۴	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 بپرسید. اگر پاسخ همه سؤالات فوق خیر بود به سوال ۱ SC رجوع کنید.]		
AGG۵	۵- آیا به خاطر این اعمال، با پلیس یا کلانتری سروکار پیدا کرده اید؟	خیر ۱ بله ۵
AGG۶	۶- اگر به فردی 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 می خواهیم در مورد این مسئله سوالاتی از شما داشته باشیم.

بله	خیر	
۵	۱	SC۱ آیا تاکنون شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟
۵	۱	SC۲ آیا تاکنون در طول عمرتان، به طور جدی به خودکشی فکر کرده اید؟
۵	۱	SC۳ آیا تاکنون در طول عمرتان، نقشه ای برای خودکشی داشته اید؟
۵	۱	SC۴ آیا تاکنون در طول عمرتان، اقدام به خودکشی کرده اید؟
۵	۱	خیر (به سؤال LE۱ رجوع کنید).....
۵	۱	بله.....
SC۵ در طول عمرتان چند بار اقدام به خودکشی کرده اید؟		
چند بار _____		
۵	۱	SC۶ آیا آخرین بار در ۱۲ ماه گذشته بوده است؟
۵	۱	
SC۷ تاکنون در طول عمرتان با چه روشهایی اقدام به خودکشی کردید؟ [آزمودنی ممکن است به چند روش اشاره کند]		
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 موارد اقدام به خودکشی شما <u>جداً</u> قصد مردن داشتید و فقط به علت خوش شانسی زنده مانده اید؟
۵	۱	SC۹ آیا هیچ یک از موارد اقدام به خودکشی، باعث شد که به بیمارستان یا اورژانس مراجعه کنید؟
۵	۱	

رویدادهای زندگی (LE)

حالا می‌خواهم از شما راجع به اتفاقات یا مشکلاتی که ممکن است در طول زندگی برایتان پیش آمده باشد، سؤال کنم. [کارت LE را به آزمودنی نشان دهید]

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

		تجربه در طول عمر			تجربه در ۱۲ ماه گذشته		
		خیر	بله	نمی‌داند/ پاسخی نمی‌دهد	خیر	بله	نمی‌داند/ پاسخی نمی‌دهد
LE۱	بیماری، جراحت یا آسیب دیدگی شدید خودتان	۱	۵	۹	۱	۵	۹
LE۲	بیماری، جراحت یا آسیب دیدگی شدید یکی از فامیل نزدیکان	۱	۵	۹	۱	۵	۹
LE۳	مرگ یکی از بستگان درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند، همسر)	۱	۵	۹	۱	۵	۹
LE۴	مرگ دوست یا فامیل نزدیکان (بغیر از بستگان درجه یک)	۱	۵	۹	۱	۵	۹
LE۵	جدایی یا طلاق از همسر یا نامزدتان	۱	۵	۹	۱	۵	۹
LE۶	مشکل جدی در روابط شما با همسران یا نامزدتان	۱	۵	۹	۱	۵	۹
LEV	مشکل جدی در روابط شما با دوست نزدیک، همسایه یا یکی از بستگان	۱	۵	۹	۱	۵	۹

[در صورتی که آزمودنی هر کدام از رویدادهای بالا را در طول عمر تجربه کرده بود، از وی پرسید:]

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

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

		تجربه در طول عمر	تجربه در ۱۲ ماه گذشته
		خیر بله نمی داند / پاسخ نمی دهد	خیر بله نمی داند / پاسخ نمی دهد
LE۸	از کار اخراج شدن یا بیکار شدن خود یا سرپرست خانواده	۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹
LE۹	دنبال کار گشتن بدون نتیجه بیش از ۱ ماه	۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹
LE۱۰	مشکل حاد مالی، مانند ورشکستگی، بدهکاری سنگین، از دست دادن سرمایه خود یا سرپرست خانواده	۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹
LE۱۱	مشکل قانونی، احضار به دادگاه، بازداشت یا زندانی شدن خود یا سرپرست خانواده	۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹
LE۱۲	گم کردن یک چیز بسیار با ارزش برای شما	۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹
LE۱۳	مشکل تحصیلی جدی (مانند مردود شدن، شکست در کنکور)	۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹
LE۱۴	نازایی یا عقیمی شما یا همسران	۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹
LE۱۵	آزار جسمی در دوران کودکی یا نوجوانی (تا سن ۱۸ سالگی)	۱ ۵ ۹	
LE۱۶	آزار جنسی در دوران کودکی یا نوجوانی (تا سن ۱۸ سالگی)	۱ ۵ ۹	
LE۱۷	آیا اتفاق یا مشکل مهم دیگری هم بوده که در این کارت ذکر نشده است؟ چه بوده؟ [یادداشت کنید]	۱ ۵ ۹	۱ ۵ ۹

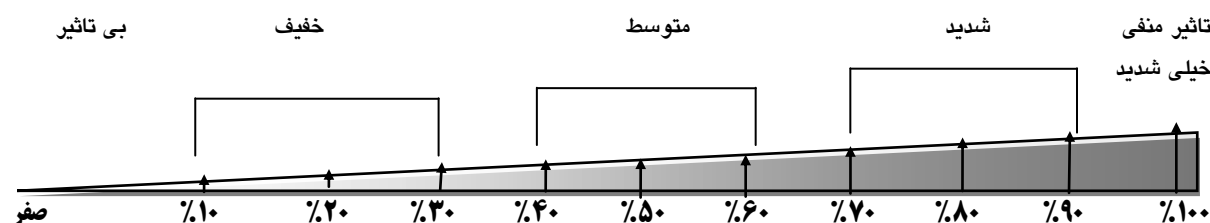
[در صورتی که آزمودنی هر کدام از رویدادهای بالا را در طول عمر تجربه کرده بود، از وی پرسید: هیچ کدام از اتفاقات یا مشکلاتی که گفتید، در ۱۲ ماه گذشته برایتان پیش آمده است؟] وقوع تک تک رویدادهای تجربه شده در طول عمر را برای ۱۲ ماه گذشته بررسی و در ستون "تجربه در ۱۲ ماه گذشته" کدگذاری کنید [

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

بله خیر ۱ ۵ ۱ ۵	(۱) پدر (۲) مادر	آیا تا سن ۱۵ سالگی، شده که بیش از یک سال با پدر یا مادر خود زیر یک سقف زندگی نکرده باشید؟ [در صورت پاسخ خیر به هر دو موارد، به سوال SH۱ رجوع شود.] [در هر مورد که پاسخ بله بود، سوال A و B را پر کنید و در ستون مربوطه علامت بزنید]	LE۱۹
مادر از سن تا سن	پدر از سن تا سن	A- از چه سنی تا چه سنی پدر/مادر حضور نداشتند؟ [اگر آزمودنی تا سن ۱۵ سالگی بیش از یک نوبت پدر یا مادرش بیش از یک سال در کنارش نبوده اند، سن کمتر را وارد کنید]	
(۱) فوت ☐ (۲) طلاق یا متارکه ☐ (۳) مسافرت ☐ (۴) اقامت در آسایشگاه ☐ (۵) زندانی شدن ☐ (۶) سایر ☐ نام ببرید	(۱) فوت ☐ (۲) طلاق یا متارکه ☐ (۳) مسافرت ☐ (۴) اقامت در آسایشگاه ☐ (۵) زندانی شدن ☐ (۶) سایر ☐ نام ببرید	B- علت عدم حضور آنها چه بود؟	

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 تاثیر 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 تاثیر منفی بسیار زیادی بر عملکردتان داشته و منظور از صفر درصد، این است که ناراحتی‌های شما اصلاً تاثیری منفی بر عملکردتان نداشته است یا احساس می‌کنید که ناراحتی اعصاب و روان اصلاً نداشته‌اید. 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	حال، زمانی را که بدترین شرایط عصبی روانی را در طول سال گذشته داشتید به یاد بیاورید و بگویید: مشکلات اعصاب و روان (یا اعتیاد) بر توانایی شما در رسیدگی به کارهای منزل چقدر تاثیر منفی گذاشته بود؟ (مانند نظافت منزل، خرید کردن، آشپزی، شستن ظروف یا لباس)	_____ ۹۹- برای من صدق نمی‌کند
SH۲	مشکلات اعصاب و روان (یا اعتیاد) بر توانایی شغلی و یا تحصیلی شما چقدر تاثیر منفی گذاشته بود؟	_____ ۹۹- برای من صدق نمی‌کند
SH۳	مشکلات اعصاب و روان (یا اعتیاد) بر توانایی شما در برقراری و حفظ ارتباط نزدیک با دیگران چقدر تاثیر 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 تاثیر منفی گذاشته بود؟ (مانند رفتن به مهمانی، شرکت در مراسم و هیئت های 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" تاکید کنید. آزمودنی می‌تواند هر عددی بین صفر تا ۳۶۵ را انتخاب کند. در صورتی که هیچ روزی ناتوانی کامل نداشته، عدد صفر "۰" را بنویسد]		
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 حیطه ها 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 پر کنید و در ستون مربوطه، پاسخ خیر یا بلی را انتخاب کنید.]

A آیا در طول عمرتان [نام دارو یا ماده] را مصرف کرده اید [یا کشیده اید]؟ [اگر پاسخ بلی بود، سوال B را پر کنید]

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 عمر			
بله	خیر	بله	خیر		
۵	۱	۵	۱	سیگار (حداقل یک نخ سیگار کامل)	DA ۱
۵	۱	۵	۱	به مدت یک ماه یا بیشتر هر روز سیگار	DA ۲
۵	۱	۵	۱	قلیان، پیپ یا چپق	DA ۳
۵	۱	۵	۱	به مدت یک ماه یا بیشتر هر روز قلیان، پیپ یا چپق	DA ۴
۵	۱	۵	۱	داروهای حاوی کدئین بدون تجویز پزشک و یا بیش از میزان تجویز پزشک (مانند استامینوفن کدئین، اکسپکتورانت کدئین)	DA ۵
۵	۱	۵	۱	ترامادول بدون تجویز پزشک و یا بیش از میزان تجویز پزشک	DA ۶
۵	۱	۵	۱	تریاک (یا سوخته)	DA ۷
۵	۱	۵	۱	شیره تریاک	DA ۸
۵	۱	۵	۱	هروئین یا کراک هروئین	DA ۹
۵	۱	۵	۱	متادون تحت نظر پزشک	DA ۱۰
۵	۱	۵	۱	بوپرنورفین تحت نظر پزشک	DA ۱۱
۵	۱	۵	۱	متادون یا بوپرنورفین (تمجیزک) بدون تجویز یا نظارت پزشک	DA ۱۲
۵	۱	۵	۱	حبشیش (مثل علف، سیگاری، بنگ، گراس، جوینت، ماری جوانا)	DA ۱۳
۵	۱	۵	۱	شیشه (مت، کریستال، آیس، متامفتامین)	DA ۱۴
۵	۱	۵	۱	قرص اکستازی (اکس)	DA ۱۵
۵	۱	۵	۱	ریتالین بدون تجویز پزشک	DA ۱۶
۵	۱	۵	۱	مشروبات الکلی	DA ۱۷
۵	۱	۵	۱	مواد استنشاقی / حلال ها (مانند چسب، بنزین، اتر، استن)	DA ۱۸
۵	۱	۵	۱	پان	DA ۱۹
۵	۱	۵	۱	ناس	DA ۲۰
۵	۱	۵	۱	مواد اعتیادآور دیگر (کوکائین، نورجیزک، تستوسترون، ناندرولون و یا سایر مواد) ذکر کنید (می توانید چند مورد را ذکر کنید): نام ببرید: نام ببرید:	DA ۲۱
۵	۱	۵	۱	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)	DA ۲۲
۵	۱	۵	۱	اگر هر یک از مواد فوق را در طول عمر بصورت تزریقی مصرف کرده است، نام آن ماده یا مواد را بنویسید: نام ببرید: نام ببرید:	DA ۲۳

پرسشنامه سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی (FH)

خیر بله

FH۱ به کارت FH نگاه کنید و بگوئید: آیا تا به حال، هیچ یک از بستگان درجه یک شما ۱ ۵

(پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند) دچار نوعی مشکل یا ناراحتی اعصاب و روان، مثل

آنچه در این کارت آمده، بوده اند؟

[اگر پاسخ به پرسش بالا بله بود، بپرسید:]

(A) چه کسانی بوده اند؟

(B) آیا تشخیص بیماری اعصاب و روان توسط پزشک یا درمانگر دیگر داده شده است؟

(C) تشخیص پزشک (یا درمانگر دیگر) کدامیک از موارد نوشته شده در کارت بوده است؟ [اگر چند تشخیص دارد، شدیدترین ذکر شود.]

ردیف	A. نسبت با آزمودنی	B. آیا تشخیص بیماری اعصاب و روان یا اعتیاد توسط پزشک یا درمانگر دیگر داده شده است؟	C. تشخیص پزشک یا درمانگر چه بوده است؟
		خیر	بله
FH۲ پدر	خیر..... ۱ بله ۵ نمی داند/پاسخ نمی دهد... ۹	۱ ۵	(۱) بیماری افسردگی (۲) بیماری اضطراب (۳) بیماری وسواس (۴) بیماری دوقطبی یا مانیا (شیدائی) (۵) بیماری شدید روانی همراه با توهم و هذیان (۶) اعتیاد (۷) سایر
FH۳ مادر	خیر..... ۱ بله ۵ نمی داند/پاسخ نمی دهد... ۹	۱ ۵	(۱) بیماری افسردگی (۲) بیماری اضطراب (۳) بیماری وسواس (۴) بیماری دوقطبی یا مانیا (شیدائی) (۵) بیماری شدید روانی همراه با توهم و هذیان (۶) اعتیاد (۷) سایر
FH۴ برادر	خیر..... ۱ بله ۵ ندارد ۸ نمی داند/پاسخ نمی دهد... ۹	۱ ۵	(۱) بیماری افسردگی (۲) بیماری اضطراب (۳) بیماری وسواس (۴) بیماری دوقطبی یا مانیا (شیدائی) (۵) بیماری شدید روانی همراه با توهم و هذیان (۶) اعتیاد (۷) سایر
FH۵ خواهر	خیر..... ۱ بله ۵ ندارد ۸ نمی داند/پاسخ نمی دهد... ۹	۱ ۵	(۱) بیماری افسردگی (۲) بیماری اضطراب (۳) بیماری وسواس (۴) بیماری دوقطبی یا مانیا (شیدائی) (۵) بیماری شدید روانی همراه با توهم و هذیان (۶) اعتیاد (۷) سایر
FH۶ پسر	خیر..... ۱ بله ۵ ندارد ۸ نمی داند/پاسخ نمی دهد... ۹	۱ ۵	(۱) بیماری افسردگی (۲) بیماری اضطراب (۳) بیماری وسواس (۴) بیماری دوقطبی یا مانیا (شیدائی) (۵) بیماری شدید روانی همراه با توهم و هذیان (۶) اعتیاد (۷) سایر
FH۷ دختر	خیر..... ۱ بله ۵ ندارد ۸ نمی داند/پاسخ نمی دهد... ۹	۱ ۵	(۱) بیماری افسردگی (۲) بیماری اضطراب (۳) بیماری وسواس (۴) بیماری دوقطبی یا مانیا (شیدائی) (۵) بیماری شدید روانی همراه با توهم و هذیان (۶) اعتیاد (۷) سایر

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 تاکنون هیچ یک از آنها را بیش از ۵ بار استفاده کرده‌اید؟ [تمام موارد را یک یک برای فرد بخوانید].
 خیر (به سؤال الرجوع 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، وریدی	بلی، زیرپوستی یا عضلانی	خیر	بلی	خیر	
۶	۵	۱	۵	۱	۲- محرک‌ها: شیشه □، آمفتامین □، ریتالین □ (بدون تجویز پزشک) □، اکستازی □، خات □
۶	۵	۱	۵	۱	۴- مشتقات تریاک: تریاک □، سوخته □، شیر □، کراک □، هروئین □، مرفین □ (بدون تجویز پزشک) □، نورجیزک □، تمجیزک □، متادون □ (بدون تجویز پزشک) □، بوپرنورفین □ (بدون تجویز پزشک) □

[اگر در ستون A، بلی وجود دارد، در کارت L۱ به ترتیب زیر عمل کنید: 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 خواهیم 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 تاکنون، از روش تزریق وریدی یا زیر پوستی یا عضلانی برای مصرف [ماده/گروه مواد] استفاده کرده‌اید؟

[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 L۴A 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 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]

(۲) محرک ها	(۴) مشتقات تریاک
۱	۱
۲	۲
۳	۳
۴	۴
۵	۵

(۱) تقریباً هر روز؟

(۲) ۳ یا ۴ روز در هفته؟

(۳) ۱ یا ۲ روز در هفته؟

(۴) ۱ تا ۳ روز در ماه؟

(۵) کمتر از یک بار در ماه؟

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

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

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

(۲) محرک ها (۴) مشتقات تریاک

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۱	۲	۳	۴	۵	۶	A: اولین بار:
												اولین بار در سن:
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۱	۲	۳	۴	۵	۶	B: آخرین بار:
												آخرین 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.]

L۸ در طول زندگی، آیا استفاده مکرر از این مواد در تحصیل، شغل و یا خیر .. (به سوال L۹ رجوع کنید) ۱
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؟"

DA ۴۱

(۴) مشتقات تریاک

(۲) محرک ها

A: خیر ۱

A: خیر ۱

بلی ۵#

بلی ۵#

- L۹ در طول زندگی، 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 زندگی، 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؟"

DA۴۲

[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؟

DA۴۴

(۴) مشتقات تریاک

(۲) محرک ها

- B: خیر ۱
بلی ۵#
- C: خیر ۱
بلی ۵#

- B: خیر ۱
بلی ۵#
- C: خیر ۱
بلی ۵#

- L۱۰ آیا تاکنون مواقعی بوده که شما در موقعیت هایی از این مواد
استفاده کرده باشید که ممکن بود آسیب ببینید؛ مثلاً، موقع
دوچرخه سواری، رانندگی، کار کردن با یک دستگاه، قایق
رانی و یا موارد دیگر؟
- خیر..... (به L۱۱ مراجعه کنید) ۱
بلی ۵*

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

DA۴۲

(۴) مشتقات تریاک

(۲) محرک ها

- A: خیر ۱
بلی ۵#

- A: خیر ۱
بلی ۵#

L۱۱

[به سؤال L۸ تا L۱۰ نگاه کنید و تعداد کدهای * ۵ را بشمارید. اگر هیچ کد * ۵ وجود ندارد به سؤال L۱۲ بروید. اگر کد * ۵ وجود دارد، سؤال زیر را بپرسید.]

شما گفتید که [ماده/گروه مواد] باعث ایجاد مشکلاتی برای شما شده است، مثل [مواردی که از سؤال L۸ تا L۱۰ پاسخ مثبت گرفته اند].

اولین بار: اولین بار چند سالتان بود که این مشکلات، بر اثر مصرف [ماده/گروه مواد دارای کد #۵] برای شما به وجود آمد؟

آخرین بار: آخرین بار چند سالتان بود؟

(۲) محرک ها						(۴) مشتقات تریاک					
A: اولین بار:						۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶					
اولین بار در سن:						--/--					
B: آخرین بار:						۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶					
اولین بار در سن:						--/--					

L۱۲ آیا 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؟"

DD۱۱
DD۱۰.A۱

(۲) محرک ها		(۴) مشتقات تریاک	
B: خیر..... ۱		B: خیر..... ۱	
بلی # ۵		بلی # ۵	

- L۱۳ آیا هیچ گاه 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 پراتر پیرسید) * 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؟"

- (۲) محرک ها (۴) مشتقات تریاک
- B: خیر ۱
 بلی # ۵
- B: خیر ۱
 بلی # ۵

- L۱۴ آیا تاکنون تمایل به قطع یا کاهش مصرف این مواد داشته اید؟
 خیر..... (به L۱۵ رجوع کنید) ۱
 بلی * ۵

A: "آیا خواسته اید که مصرف [ماده/گروه مواد] را کم یا قطع کنید؟"

DD۱۰A۲

[اگر جواب منفی بود، کد ۱ را در هر گروه انتخاب کرده و به ماده/گروه مواد مخدر بعدی که دورش خط کشیدید، رجوع کنید.
 اگر جواب مثبت بود، کد ۵ داده و سوال B را پیرسید.]

آیا توانستید قطع یا کاهش مصرف [ماده/گروه مواد] را حداقل به مدت یک ماه ادامه دهید؟

B:

DD۴۴

- (۲) محرک ها (۴) مشتقات تریاک
- A: خیر ۱
 بلی # ۵
- A: خیر ۱
 بلی # ۵
- B: خیر ۱
 بلی # ۵
- B: خیر ۱
 بلی # ۵

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

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

DD۴۵
DD۱۰A۵

- (۲) محرک ها (۴) مشتقات تریاک
- A: خیر ۱
 بلی # ۵
- A: خیر ۱
 بلی # ۵

L۱۶ آیا مکرراً دوره هایی بوده که این مواد را بیشتر از مقدار مورد نظرتان یا به مدتی طولانی تر از زمان دلخواه، مصرف کرده باشید؟

خیر..... ۱

بلی (به قسمت B مراجعه کنید)..... * ۵

A: آیا 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؟

خیر..... (به L۱۷ مراجعه کنید)..... ۱

بلی ... (B L۱۶ را بدون پرانتز بپرسید)..... * ۵

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؟"

DD۴۲
DD۱۰A۲

(۲) محرک ها

(۴) مشتقات تریاک

B: خیر ۱

B: خیر ۱

بلی # ۵

بلی # ۵

L۱۷ [کارت L۳ را به پاسخگو بدهید.]

- 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.]

- آیا برای جلوگیری از ایجاد مشکلات مشابه (که در این کارت نوشته شده است)، از این مواد و یا داروها و مواد دیگر استفاده کرده‌اید؟

خیر..... (به L۱۸ مراجعه کنید)..... ۱

بلی * ۵

[در صورتی که پاسخ به یکی یا هر دو سؤال بالا بلی است، کد ۵ را انتخاب کنید.]

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

DD۴۲A
DD۱۰A۲

[اگر جواب منفی بود، کد ۱ داده و سؤال B را بپرسید.]

[اگر جواب مثبت بود کد ۵ داده و به گروه مواد بعدی که دورش خط کشیده شده، رجوع کنید.]

B: "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؟"

DD۴۲A
DD۱۰A۲

(۲) محرک ها

(۴) مشتقات تریاک

A: خیر ۱

A: خیر ۱

بلی # ۵

بلی # ۵

B: خیر ۱

B: خیر ۱

بلی # ۵

بلی # ۵

L۱۸

آیا تاکنون در اثر مصرف این مواد، دچار ناراحتی‌ها و مشکلات

طبی مانند مسمومیت (overdose)، سرفه مقاوم، تشنج، عفونت،
 عفونت کبدی (زردی یا یرقان)، آبسه (تورم)، ایدز، مشکلات قلبی
 و یا جراحت شده‌اید؟

خیر.....(به L۱۹ مراجعه کنید)..... ۱
 بلی * ۵

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

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 مخدر بعدی که علامت زده شده‌است، رجوع کنید. اگر جواب مثبت است، کد ۵ داده و سؤال B را پرسید]

B:

DD۴۷

DD۱۰.A۶

DHM۱۰

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؟

(۲) محرک‌ها

(۴) مشتقات تریاک

A: خیر ۱
 بلی # ۵
 B: خیر ۱
 بلی # ۵

A: خیر ۱
 بلی # ۵
 B: خیر ۱
 بلی # ۵

L۱۹

آیا تاکنون 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 مخدر بعدی که علامت زده‌اید، رجوع کنید. و اگر پاسخ مثبت است، کد ۵ را انتخاب کرده، B را پرسید].

B:

DD۴۷

DD۱۰.D۶

DHM۱۰

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؟

(۲) محرک‌ها

(۴) مشتقات تریاک

A: خیر ۱
 بلی # ۵
 B: خیر ۱
 بلی # ۵

A: خیر ۱
 بلی # ۵
 B: خیر ۱
 بلی # ۵

L۲۰

آیا تاکنون 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
DD۱۰A۵

آیا 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؟

(۲) محرک ها

(۴) مشتقات تریاک

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

[اگر پاسخ منفی است، کد ۱ بدهید و به گروه مواد مخدر 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؟

(۲) محرک ها

(۴) مشتقات تریاک

خیر ۱

خیر ۱

بلی ۵

بلی ۵

سن در اولین بار:

--/--

--/--

سن در آخرین بار:

--/--

--/--

L۳۸

[به سؤال L۳۸ تا L۲۰ 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 [ماده/گروه مواد] باعث ایجاد مشکلاتی برای شما شده است مثل [مواردی که از سؤال L۳۸ تا L۲۰ پاسخ مثبت گرفته اند] آیا هیچ گاه در طول یک سال، دو مورد از این مشکلات را با هم داشته اید؟
[اگر پاسخ منفی است، کد ۱ بدهید و به گروه مواد مخدر بعدی که علامت زده اید، رجوع کنید. و اگر پاسخ مثبت بود، کد ۵ بدهید و به گروه مواد مخدر بعدی بروید].

(۲) محرک ها

(۴) مشتقات تریاک

خیر ۱
بلی ۵

خیر ۱
بلی ۵

L۳۹

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

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

L۴۰

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

خیر ۱
بلی ۵

L۴۱

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؟

خیر ۱
بلی ۵

پرسشنامه مصرف الکل (J)

خیر (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) ۱ بلی ۵	حالاً از شما چند سؤال درباره مصرف مشروبات الکلی می پرسیم، مثل [نوشیدنی هایی که در آن منطقه مورد استفاده قرار می گیرد - آبجو، شراب یا عرق]. آیا شما در طول زندگی خود، از هیچ نوع از مشروبات الکلی استفاده کرده اید؟	J۸ B:
	نام الکلی که اغلب مصرف می کردید چیست (مانند آبجو، شراب، عرق، ویسکی، یا هر چیز دیگر)؟ _____	C:
	در طول ۱۲ ماه گذشته، به اندازه چند [گیلاس کامل] از این مشروب الکلی (بدون مخلوط کردن) نوشیده اید؟ _____ [یک گیلای 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)] از واحد اندازه گیری مربوط به هر نوع مشروبی که فرد معمولاً مصرف می کند، 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): _____	D:
خیر ۱ بلی ۵	[به پاسخ سؤال J۸D نگاه کنید؛ آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، به اندازه ۱۲ گیلای کامل و بیشتر مشروب نوشیده است؟]	J۲
	در طول زندگی خود، به اندازه چند [گیلاس کامل] مشروب الکلی (بدون مخلوط کردن) نوشیده 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 طول عمر، 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): _____	J۱E:
خیر ... (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) ... ۱ بلی ۵	[به پاسخ سؤال J۱E نگاه کنید؛ آیا در طول زندگی، به اندازه ۱۲ گیلای کامل و بیشتر مشروب نوشیده است؟]	J۸ A:
خیر ... (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) ... ۱ بلی ۵	در هر یک از سالهای قبل از ۱۲ ماه گذشته، آیا در طول یک سال حداقل ۱۲ [گیلاس کامل] مشروب الکلی (بدون مخلوط کردن) نوشیده اید؟	J۲A:
تقریباً هر روز؟ ۱ ۳ یا ۴ روز در هفته؟ ۲ ۱ یا ۲ روز در هفته؟ ۳ ۱ تا ۳ روز در ماه؟ ۴ کمتر از یک بار در ماه؟ ۵	[کارت J۲ را به پاسخ گو بدهید.] به دوره ای از ۱۲ ماه گذشته فکر کنید که در آن بیشتر از همیشه مشروب می خوردید. در آن زمان تقریباً چند وقت یکبار مشروب خورده اید؟ [از روی کارت به ترتیب بخوانید، اولین جواب مثبت را کدگذاری کنید.]	J۳

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 حال به کل زندگیتان فکر کنید. آیا سالی بوده که بیشتر از ۱۲ ماه گذشته مشروب بخورید؟
A: [کارت J۲ را به پاسخ گو بدهید.]
تقریباً هر روز؟ ۱
۳ یا ۴ روز در هفته؟ ۲
۱ یا ۲ روز در هفته؟ ۳
۱ تا ۳ روز در ماه؟ ۴
کمتر از یک بار در ماه؟ ۵

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

J۶ آیا تاکنون 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؟
خیر ۱
بلی ۵ *

J۷ آیا تاکنون در زندگی شما مواقعی بوده است که در اثر خوردن مشروب، مکرراً با کسی درگیری بدنی داشته باشید؟
خیر ۱
بلی ۵
A: آیا مشروب خوردن، اغلب باعث مشکل بین شما با یکی از اعضای خانواده یا دوستانتان شده است؟
خیر ۱
بلی ۵

[اگر سؤال J۷ و J۷A، هر دو کد ۱ گرفتند، به سؤال J۸ رجوع کنید.]

خیر ۱	آیا هنگامی که متوجه شدید که خوردن مشروب باعث مشکلاتی بین شما	B	AA۴A۴
بلی ۵*	و دیگران می‌شود، به مشروب خوردن ادامه دادید؟		
خیر ۱	آیا تاکنون مواقعی که تحت تأثیر مشروب بوده‌اید، به دلیل به هم زدن نظم	J۸	AA۴A۲
بلی ۵	و آرامش یا تخلف رانندگی، دستگیر و یا جریمه شده‌اید؟		
خیر ۱	آیا تاکنون در موقعیت هایی بوده اید که در آن، تحت تأثیر مشروب،	J۹	AA۴A۲
بلی ۵*	امکان صدمه رسیدن به شما وجود داشته باشد (مانند دوچرخه سواری، رانندگی، کار با دستگاه فنی یا کار دیگر)؟		
اولین بار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ اولین بار در سن: --/--	J۱۰. [اگر در سوال J۶ تا J۹ کد ۵ وجود نداشت، به سوال J۱۱ بروید]. اولین بار چه موقعی بود که [علایمی که در سوال J۶ تا J۹ کد ۵ گرفته اند] ؟		
آخرین بار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن: --/--	آخرین بار چه موقعی بود که [علایمی که در سوال J۶ تا J۹ کد ۵ گرفته اند] ؟		
خیر ۱	آیا تاکنون زمانهایی بوده است که برای به دست آوردن تأثیر دلخواه،	J۱۱	AD۴۱A AD۱۰A۴
بلی ۵*	مجبور شده باشید بسیار بیشتر از گذشته مشروب بخورید؟		
خیر ۱	آیا تاکنون متوجه شده اید که مقدار ثابت مشروب، اثری کمتر از قبل روی	A	AD۴۱B AD۱۰A۴
بلی ۵*	شما داشته است؟		
خیر ۱	آیا تاکنون زمانهایی بوده است که آن چنان میل و هوس شدید برای	J۱۲	AD۱۰A۱
بلی ۵*	خوردن مشروب پیدا کرده باشید که نتوانید جلوی خودتان را بگیرید؟		
خیر ۱	آیا تاکنون آن قدر نیاز به خوردن مشروب پیدا کرده اید که نتوانید به چیز	A	AD۱۰A۱
بلی ۵*	دیگری فکر کنید؟		
خیر ۱	آیا تاکنون دوره هایی در زندگی شما وجود داشته است که اغلب بیشتر	J۱۳	AD۴۲ AD۱۰A۲
بلی ۵*	از آن چه قصد داشته اید، مشروب خورده باشید؟		
خیر ۱	آیا تاکنون دوره ای بوده است که شما اغلب در دوره‌ی زمانی طولانی تر از	A	AD ۴۲ AD۱۰A۲
بلی ۵*	آن چه قصد داشته‌اید، به مشروب خوردن ادامه داده باشید؟ [مثلاً قصد داشته یک هفته مشروب بخورده، ولی یک ماه ادامه داده است.]		
خیر ۱	آیا زمانهایی در زندگی شما بوده است که خواسته‌باشید مشروب خوردن	J۱۴	AD۴۴ AD۱۰A۵
بلی ۵*	را ترک کنید یا کاهش دهید؟		

AD۴۴
AD۱۰۲

A:

آیا بیش از یک بار، سعی در ترک یا کاهش مصرف مشروب کرده‌اید، ولی موفق نشده‌اید؟

خیر ۱
بلی ۵*

AD۴۵
AD۱۰۵

J۱۵

آیا دوره‌هایی در زندگی شما 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*

AD۴۶
AD۱۰۵

J۱۶

آیا تاکنون خوردن مشروب باعث شده که شما فعالیت های مهم خودتان را کنار بگذارید 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*

[کارت J۳ را به پاسخگو بدهید.]

J۱۷

AD۴۲A
AD۱۰A۳

می‌خواهم در مورد حالاتی از شما سؤال کنم که 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.]

خیر بلی هرگز ترک نکرده است

۶

۵

۱

(۱) به طور مثال، در روزهای اول آیا شما لرزش (لرزش دست ها) داشته‌اید؟

AW۱۰B۱/AW۴B۲

(۲) آیا خوابتان بدتر از معمول شده بود؟

AW۱۰B۷/AW۴B۲

(۳) آیا بیشتر از معمول عصبی بوده‌اید؟

AW۴B۷

(۴) آیا بیشتر از معمول بی‌قرار بوده‌اید؟

AW۱۰B۵/AW۴B۶

(۵) آیا عرق می‌کردید؟

AW۱۰B۲/AW۴B۱

(۶) آیا قلبتان تند می‌زد؟

AW۱۰B۴/AW۴B۱

(۷) آیا حالت تهوع یا استفراغ داشته‌اید؟

AW۱۰B۳/AW۴B۴

(۸) آیا سر درد داشته‌اید؟

AW۱۰B۱

(۹) آیا احساس ضعف می‌کردید؟

AW۱۰B۸

(۱۰) چیزهایی را می‌دیدید، می‌شنیدید یا احساس می‌کردید، که دیگران نمی‌توانستند ببینند یا بشنوند؟

AW۱۰B۹/AW۴B۵

(۱۱) آیا تشنج می‌کردید؟

AW۱۰B۱۰/AW۴B۸

A:

[آیا در سوالات ۱ تا ۱۱ دو یا بیشتر از دو مورد کد ۵ گرفته است؟]

خیر ۱
بلی ۵* (به سوال J۱۸ رجوع کنید)

AD۱-A۳ AD۴۲B	B:	آیا تاکنون برای پیشگیری از بروز این حالات، مشروب خورده‌اید؟	خیر ۱
			بلی ۵*

[کارت J۴ را به پاسخگو بدهید.]

J۱۸

AHM۱-AB

آیا تاکنون مشروب خوردن باعث ابتلا به هیچ یک از مشکلات طبی (مطرح شده در این کارت) شده است؟

خیر	بلی
۱	۵
۱	۵
۱	۵
۱	۵
۱	۵
۱	۵

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

AD۴۷ AD۱۰-A۶	A:	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 بیماری جسمی وخیم دیگری دارید که خوردن مشروب باعث وخیم‌تر شدن آن شود؟

[اگر پاسخ فرد خیر است، سوال زیر را نپرسید، پاسخ خیر را انتخاب کنید.]

AD۴۷

AD۱۰-A۶

AD۴۷ AD۱۰-A۶		اگر بلی، بپرسید:	خیر ۱
		آیا هنگامی که متوجه شدید این بیماری جسمی وخیم را دارید که خوردن مشروب باعث وخیم‌تر شدن آن می‌شود، به مصرف خود ادامه دادید؟	بلی ۵*

[کارت J۵ را به پاسخگو بدهید.]

J۲۰

AHM۱-AB

آیا تاکنون 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

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

A
AD٤٧
AD١٠A٦

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 ١
بلی ٥*

B:

[آیا در سؤالات J١١ تا J٢٠ سه یا بیشتر از سه مورد کد * ٥ وجود دارد؟]

خیر (به سوال J٣٠ رجوع کنید) ١
بلی ٥*

J٢١

شما گفتید که [در سؤالات J١١ تا J٢٠ مواردی را که کد * ٥ گرفته نام ببرید].
آیا در زندگی شما مواقعی وجود داشته که سه یا بیشتر از این حالات را در عرض یک سال با هم تجربه کرده باشید؟

خیر (به سوال J٣٠ رجوع کنید) ١
بلی ٥*

J٢٢

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

اولین بار: ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦
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: ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦
آخرین بار در سن: --/--

[حال به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید.]

J٣٠

[آیا در سؤالات J٦ تا J٢٠ دو کد * ٥ یا بیشتر وجود دارد؟]

خیر .. (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) .. ١
بلی ٥*

[اگر در سؤالات J٦ تا J٢٠ دو کد * ٥ یا بیشتر بود، سوال زیر را بپرسید.]

J٣١

شما گفتید که [در سؤالات J٦ تا J٢٠ مواردی را که کد * ٥ گرفته نام ببرید].
آیا در زندگی شما مواقعی وجود داشته که دو یا بیشتر از این حالات را در عرض یک سال با هم تجربه کرده باشید؟

خیر ١
بلی ٥*

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون - ۱۰ سوالی (CD-RISC 10)

[کارت CD را به آزمودنی بدهید.]

لطفاً به کارت CD نگاه کنید. بگویید هر یک از این جملات چقدر در مورد شما درست است. اگر موردی برایتان رخ نداده است، حدس بزنید اگر آن اتفاق می افتاد دارای چه احساسی بودید؟

ردیف	گویه های مقیاس تاب آوری	۱. کاملاً نادرست ۲. بندرت درست ۳. گاهی درست ۴. اغلب درست ۵. همیشه درست
CD۱	وقتی تغییر در زندگی ام رخ می دهد، می توانم با شرایط جدید کنار بیایم.	
CD۴	می توانم برای هر چیزی که سر راهم قرار می گیرد، چاره ای بیاندیشم.	
CD۶	وقتی با مشکلات مواجه می شوم سعی می کنم جنبه خنده دار آنها را هم ببینم.	
CD۷	کنار آمدن با استرس باعث می شود قوی تر و توانا تر شوم.	
CD۸	معمولاً پس از بیماری، صدمه و سایر سختی ها به حال اولم باز می گردم.	
CD۱۱	معتقدم که علی رغم وجود موانع، می توانم به اهدافم دست یابم.	
CD۱۴	وقتی که تحت فشار هستم تمرکزم را از دست نمی دهم و درست فکر می کنم.	
CD۱۶	اگر شکست بخورم به راحتی دلسرد نمی شوم.	
CD۱۷	وقتی با چالش ها و مشکلات زندگی دست و پنجه نرم می کنم، خود را فردی توانا می دانم.	
CD۱۹	می توانم احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل کنم.	

پرسشنامه سنجش سرمایه اجتماعی (SoC)

[کارت SoC۱ را به آزمودنی بدهید.]

3- SoC- 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	کم	تا حدودی	زیاد	کاملاً
۱	اعضای خانواده	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۲	فامیل و خویشاوندان	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۳	دوستان	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۴	همسایگان	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۵	همکاران (فقط برای شاغلین)	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵ شاغل نیست ۶
۶	اهالی محله	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۷	افراد هم قوم و هم مذهب	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۸	همشهری‌ها	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۹	مردم ایران	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵

5- SoC- به کارت SoC۱ 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	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۲	فامیل و خویشاوندان	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۳	دوستان	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۴	همسایگان	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۵	همکاران (فقط برای شاغلین)	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵ شاغل نیست ۶
۶	اهالی محله	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۷	افراد هم قوم و هم مذهب	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۸	همشهری‌ها	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۹	مردم ایران	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵

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	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۲	فامیل و خویشاوندان	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۳	دوستان	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۴	همسایگان	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۵	همکاران (فقط برای شاغلین)	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵ شاغل نیست ۶ ☐
۶	اهالی محله	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۷	افراد هم قوم و هم مذهب	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۸	همشهری‌ها	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ ۵
۹	مردم ایران	☐ ۱	☐ ۲	☐ ۳	☐ ۴	☐ 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 ☐

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

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.

1-inj- آیا در ۱۲ ماه گذشته برای شما مصدومیت در اثر حادثه رانندگی، 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 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 وسایط نقلیه، مانند پیاده‌رو، کوچه، خیابان و یا جاده اتفاق افتاده باشد. ۲) در ایجاد سانحه، حداقل یک وسیله نقلیه اعم از موتور (مانند خودرو یا موتور سیکلت) 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 سانحه‌ی 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					

عوامل رفتارهای پرخطر (ad)

[کارت AD۱ را به پاسخگو نشان دهید.]

ad۱ افراد مختلف نگرش مختلفی نسبت به کسانی که مواد مصرف می‌کنند دارند. نظر شما در مورد کسانی که موادی را که نام می‌برم مصرف می‌کنند چگونه است؟ [پاسخ‌ها را بخوانید.]

۲. کسانی که گاهی الکل مصرف می‌کنند ☐ ۱ این افراد را تأیید می‌کنم ☐ ۲ این افراد را نه تأیید می‌کنم، نه رد می‌کنم ☐ ۳ این افراد را رد می‌کنم
۳. کسانی که گاهی تریاک مصرف می‌کنند ☐ ۱ این افراد را تأیید می‌کنم ☐ ۲ این افراد را نه تأیید می‌کنم، نه رد می‌کنم ☐ ۳ این افراد را رد می‌کنم
۴. کسانی که گاهی هروئین مصرف می‌کنند ☐ ۱ این افراد را تأیید می‌کنم ☐ ۲ این افراد را نه تأیید می‌کنم، نه رد می‌کنم ☐ ۳ این افراد را رد می‌کنم
۵. کسانی که گاهی مواد محرک (مانند شیشه) مصرف می‌کنند ☐ ۱ این افراد را تأیید می‌کنم ☐ ۲ این افراد را نه تأیید می‌کنم، نه رد می‌کنم ☐ ۳ این افراد را رد می‌کنم

[کارت AD۲ را به پاسخگو نشان دهید.]

ad۲ آیا به نظر شما افرادی که مواد زیر را مصرف می‌کنند، خطر کرده و به خودشان صدمه می‌زنند (چه از نظر جسمی و چه از سایر جهات)؟ [پاسخ‌ها را بخوانید.]

۱. کسانی که گاهی الکل مصرف می‌کنند ☐ ۱ برای آنها هیچ خطری ندارد ☐ ۲ برای آنها تا اندازه‌ای خطر دارد ☐ ۳ برای آنها بسیار خطرناک است
۲. کسانی که گاهی تریاک مصرف می‌کنند ☐ ۱ برای آنها هیچ خطری ندارد ☐ ۲ برای آنها تا اندازه‌ای خطر دارد ☐ ۳ برای آنها بسیار خطرناک است
۳. کسانی که گاهی هروئین مصرف می‌کنند ☐ ۱ برای آنها هیچ خطری ندارد ☐ ۲ برای آنها تا اندازه‌ای خطر دارد ☐ ۳ برای آنها بسیار خطرناک است
۴. کسانی که گاهی مواد محرک (مانند شیشه) مصرف می‌کنند ☐ ۱ برای آنها هیچ خطری ندارد ☐ ۲ برای آنها تا اندازه‌ای خطر دارد ☐ ۳ برای آنها بسیار خطرناک است

ad۴ آیا کسی در افراد خانواده‌تان هست که در طول سال گذشته موادی را که نام می‌برم، استفاده کرده باشد؟ منظور از خانواده، بستگان درجه اول و هم‌چنین افرادی است که با آنها در طول شش ماه گذشته زیر یک سقف زندگی کردید و هم سفره بودید.

۲. مشروبات الکلی ☐ ۱ بلی ☐ ۲ خیر ☐ ۳ نمی‌داند ☐ ۴ پاسخ نمی‌دهد
۳. تریاک (یا سوخته یا شیره آن) ☐ ۱ بلی ☐ ۲ خیر ☐ ۳ نمی‌داند ☐ ۴ پاسخ نمی‌دهد
۴. هروئین یا کراک ☐ ۱ بلی ☐ ۲ خیر ☐ ۳ نمی‌داند ☐ ۴ پاسخ نمی‌دهد
۵. مواد محرک (مانند شیشه) ☐ ۱ بلی ☐ ۲ خیر ☐ ۳ نمی‌داند ☐ ۴ پاسخ نمی‌دهد

ad۵ آیا کسی در دوستان نزدیکتان هست که در طول سال گذشته موادی را که نام می برم، استفاده کرده باشد؟

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| ۲. مشروبات الکلی | ۱. بلی ☐ | ۲. خیر ☐ | ۳. نمی داند ☐ | ۴. پاسخ نمی دهد ☐ |
| ۳. تریاک (یا سوخته یا شیریه آن) | ۱. بلی ☐ | ۲. خیر ☐ | ۳. نمی داند ☐ | ۴. پاسخ نمی دهد ☐ |
| ۴. هروئین یا کراک | ۱. بلی ☐ | ۲. خیر ☐ | ۳. نمی داند ☐ | ۴. پاسخ نمی دهد ☐ |
| ۵. مواد محرک (مانند شیشه) | ۱. بلی ☐ | ۲. خیر ☐ | ۳. نمی داند ☐ | ۴. پاسخ نمی دهد ☐ |

[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.]

- | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| ۲. مشروبات الکلی | ۱. خیلی آسان ☐ | ۲. نسبتاً آسان ☐ | ۳. نسبتاً سخت ☐ | ۴. خیلی سخت ☐ |
| ۳. تریاک | ۱. خیلی آسان ☐ | ۲. نسبتاً آسان ☐ | ۳. نسبتاً سخت ☐ | ۴. خیلی سخت ☐ |
| ۴. هروئین یا کراک | ۱. خیلی آسان ☐ | ۲. نسبتاً آسان ☐ | ۳. نسبتاً سخت ☐ | ۴. خیلی سخت ☐ |
| ۵. مواد محرک (مانند شیشه) | ۱. خیلی آسان ☐ | ۲. نسبتاً آسان ☐ | ۳. نسبتاً سخت ☐ | ۴. خیلی سخت ☐ |

[کارت AD۷ را به پاسخگو نشان دهید.]

adv در طول عمرتان، 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. اصلاً ☐ | ۲. کم (یک تا ۵ بار) ☐ | ۳. زیاد (۶ تا ۱۰۰ بار) ☐ | ۴. خیلی زیاد (بیش از ۱۰۰ بار) ☐ |
| ۳. تریاک | ۱. اصلاً ☐ | ۲. کم (یک تا ۵ بار) ☐ | ۳. زیاد (۶ تا ۱۰۰ بار) ☐ | ۴. خیلی زیاد (بیش از ۱۰۰ بار) ☐ |
| ۴. هروئین یا کراک | ۱. اصلاً ☐ | ۲. کم (یک تا ۵ بار) ☐ | ۳. زیاد (۶ تا ۱۰۰ بار) ☐ | ۴. خیلی زیاد (بیش از ۱۰۰ بار) ☐ |
| ۵. مواد محرک (مانند شیشه) | ۱. اصلاً ☐ | ۲. کم (یک تا ۵ بار) ☐ | ۳. زیاد (۶ تا ۱۰۰ بار) ☐ | ۴. خیلی زیاد (بیش از ۱۰۰ بار) ☐ |

خاتمه پرسشگری

[در صورتی که آزمودنی در حین مصاحبه سوالی را مطرح کرده باشد که به انتهای پرسشگری موکول کرده اید، به سوالات 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 شش ماه 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 هر نوبت، به صورت رایگان مورد معاینه و آزمایش قرار می گیرید و نتایج آزمایشها به اطلاع شما می رسد.

[در پایان پرسشگری، از آزمودنی برای همکاری اش تشکر و قدر دانی کنید و او را تا درب اتاقان 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:]