

# 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 سال 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.

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 <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"/>
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"/>
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 <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"/>
۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته به شدتی بی قرار بودید که نمی توانستید یک جا بنشینید؟	(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"/>
۷- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی 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"/>

### 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 - افراد مختلف نگاه‌های متفاوتی نسبت به مراجعه به پزشک و روانشناس دارند. 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

(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 شبانه، 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 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  (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد

## پرسشنامه گذران اوقات (T)

T۱) به طور متوسط چند دقیقه در شبانه روز تلویزیون یا سی دی تماشا می کنید؟ ..... دقیقه در شبانه روز

T۲) در طول هفته گذشته، چند روز از بازیهای کامپیوتری یا ویدئویی یا اینترنتی یا بازیهای روی گوشی یا تبلت استفاده کردید؟  
روز .....

T۳) در طول هفته گذشته، روزهایی که از این بازیها استفاده کردید، به طور متوسط در یک روز چند دقیقه طول کشیده است؟ ..... دقیقه در روز

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

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

### ارزیابی ظاهر خود (Im)

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

Im<sup>۱</sup> 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<sup>۲</sup> 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

### تمایل به مهاجرت (Mi)

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

Mi<sup>۱</sup> 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 مایل  (۲) تا حدی مایل  (۳) تفاوتی برایم ندارد  (۴) تمایلی ندارم  (۵) اصلاً تمایلی ندارم

Mi<sup>۲</sup> اگر بتوانید شرایط کار یا زندگی بهتری داشته باشید، تا چه حد تمایل دارید که به یک کشور دیگر مهاجرت کنید؟

- (۱) خیلی مایل  (۲) تا حدی مایل  (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 **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 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 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 .....
- ۷) 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 بررسید 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 ۱ حال از شما در مورد بستری برای مشکلات اعصاب و روان سؤال 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 بررسی کنید.]

HO ۲ 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، پر سیده 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 (نکر 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 H تا B را برترتیب برای آخرین نوبت بستری در هر بیمارستان پر سید 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 به 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

۳HO بطور کلی، اولین بستری شما برای مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد در چه سالی بوده است؟ سال .....

۴HO آیا آخرین بار بستری برای مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد مربوط به ۱۲ ماه گذشته بوده است؟

۱ خیر .....

۵ بله .....



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

۱OM [کارت OM1 را به پاسخگو بدهید.]

A در این کارت، فهرستی از درمان‌های سنتی را می‌بینید که من یک یک موارد را برای شما می‌خوانم. آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، برای مشکلات اعصاب و روان و یا اعتیاد به هر یک از این موارد "مراجعه" کرده‌اید؟ 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 توصیه‌ها یا درمان تجویز شده استفاده کرده باشد.] [گزینه‌های 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 می‌تواند 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 _____)

۲OM آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، برای اعتیاد به گروه‌های خودیاری (مانند گروه‌های اعتیاد NA یا خیر ..... (به سؤال OM5 بروید)..... ۱  
بله ..... ۵

۳OM نام گروه خودیاری که به آن مراجعه کرده‌اید چیست؟

۴OM در حال حاضر به چه ترتیبی در این گروه شرکت می‌کنید؟  
۱) منظم .....  
۲) گه گاه .....  
۳) اصلاً .....  
۵) بله ..... ۵

۵OM آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، برای اعتیاد، به دی‌آی‌سی (مرکز گذری یا مرکز کاهش آسیب) مراجعه کرده‌اید؟  
خیر ... (به سؤال OP1 مراجعه کنید)..... ۱  
بله ..... ۵

[کارت OM2 را به پاسخگو بدهید.]

۶OM در ۱۲ ماه گذشته، کدام یک از خدمات نوشته شده در این کارت را در دی‌آی‌سی دریافت کردید؟  
[موارد را یک به یک بخوانید. فرد می‌تواند چند مورد را انتخاب کند.]

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

۷OM

در سه ماه گذشته، چند بار به دی‌آی‌سی مراجعه کردید؟  
بار \_\_\_\_\_

## پرسشنامه خدمات سرپایی برای مشکلات اعصاب و روان (OP)

۱ OP [ 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 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 OP1 - 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.] (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 ..... ۱  
بله ..... ۵

۲OP آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، برای مشکلات اعصاب و روان یا اعتیاد مستقیماً به یک داروخانه برای "گرفتن دارو بدون 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.]  
[در صورتی که پاسخ به این سؤال خیر بود، به سؤال D۶۳ بروید.]

۳OP 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)

<p>خیر (به سوال B رجوع کنید)..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>D۶۳ 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؟</p>	<p>GAD 10A GAD 4A</p>
<p>ماه _____</p>	<p>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]</p>	
<p>خیر (به سوال E۱ رجوع کنید)..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>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؟</p>	
<p>ماه _____</p>	<p>C: طولانی ترین دوره نگرانی شما چه مدت بوده است؟ [اگر پاسخ D۶۳C کمتر از شش ماه است، به سوال E۱ رجوع کنید]</p>	
<p>خیر ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>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؟</p>	<p>GAD 4A</p>
<p>خیر ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>B: آیا شما بیشتر روزها نگران بودید؟</p>	<p>GAD10A GAD4B</p>
<p>خیر ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>C: آیا برای شما مشکل بود که نگرانی خودتان را کنترل کنید؟</p>	<p>GAD10A GAD4D</p>
<p>علائم خود، اضافه وزن، دارو یا مواد..... ۱</p> <p>چیزهای دیگر..... ۵</p>	<p>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 داده و به سوال E۱ رجوع کنید.]</p>	<p>GAD10A GAD4D</p>

## [کارت D5 را به پاسخگو بدهید.]

D65

GAD 10B  
GAD 4C

[در سوالات ۱ تا ۲۴ هر مورد پا سخش بلی بود، در یک کاغذ برای ۱ ستفاده 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 می کنند 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 سوالات ۱ تا ۱۱، کد ۵ نگرفت، به سوال E1 رجوع کنید. اگر در سوالات ۱ تا ۱۱ چهار مورد یا بیشتر کد ۵ گرفتند، به سوال D66 رجوع کنید. در غیر این صورت از سوال ۱۲ تا ۲۴ را بپرسید، اما بعد از این که از سوالات ۱ تا ۲۴، چهار مورد کد ۵ گرفتند، به سوال D66 رجوع کنید. اگر از سوال ۱ تا ۲۴ کمتر از ۴ مورد کد ۵ داشت به سوال E1 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 خواب‌رنگی 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 سوال E1 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>۱..... خیر</p> <p>۵..... بله</p>	<p>آیا تاکنون، به خاطر احساس طولانی مدت نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب از دست خودتان خیلی ناراحت شده‌اید؟</p>	D۶۷	GAD 4E
<p>۱..... خیر (نه زیاد)</p> <p>۵..... بله (زیاد)</p>	<p>آیا هیچ وقت، 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 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 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

## اختلالات افسردگی (E)

<p>I ناکنون در طول زندگی</p>	
<p>[سؤال E1 تا E24 را در ستون I کدگذاری کنید.]</p> <p>E1 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: _____</p>	<p>PRB : ۱ ۳ ۴ ۵</p>
<p>E2 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: _____</p>	<p>PRB : ۱ ۳ ۴ ۵</p>
<p>[اگر هر دو مورد E1 و E2 کد ۱ گرفتند به سؤال E34 رجوع کنید.] [سوالات بعد را به ترتیب در مورد طول عمر فرد 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.]</p>	
<p>I ناکنون در طول زندگی</p>	<p>II در زمان بروز بیشترین علائم</p>
<p>خیر بله</p> <p>E3 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؟</p>	<p>خیر بله</p> <p>۱ ..... ۵</p>
<p>کادر ۲: [تغییر اشتها]</p>	
<p>E4 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؟</p>	<p>۱ ..... ۵</p>
<p>E5 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 E5 کد ۱ گرفت، به سؤال E6 رجوع کنید.]</p>	<p>۱ ..... ۵</p> <p>[اگر کد ۵ داده شد، سؤال A را بپرسید، اگر کد ۱ گرفت، به کد ۵ بعدی در ستون I رجوع کنید.]</p>
<p>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.]</p>	<p>_____ کیلوگرم</p> <p>_____ کیلوگرم</p>

II در زمان بروز بیشترین علائم		I ناکنون در طول زندگی			
بله	خیر	بله	خیر		
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	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 [اگر کد ۵ گرفت، سؤال A را بیر سید، در غیر این صورت، به کد ۵ بعدی در ستون I رجوع کنید.]	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	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
_____ کیلوگرم	_____ کیلوگرم	A: چقدر وزن زیاد کردید؟ [اگر یا سخ نمی دانم یا شد، یعنی اگر کاهش یا افزایش وزن داشته باشد ولی نداند که چند کیلو تغییر وزن داشته، کد ۹۸ را وارد کنید.]			
<b>کادر ۳: [مشکلات خواب]</b>					
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	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
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	A: آیا در طول این دوره‌ها [پیش آمده 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	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	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
<b>کادر ۴: [کندی/بی‌قراری (ناآرامی)]</b>					
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	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	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 ناکنون در طول زندگی			
بله	خیر	بله	خیر		
۵..... ۱		۵..... ۱		E11 آیا در طول هیچ یک از این دوره ها [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 E12 رجوع کنید.]	DEP10C5 DP4A5 ML4B4
۵..... ۱		۵..... ۱		A: [آیا کس دیگری هم متوجه بی‌قراری و افزایش تحرک شما شده بود؟]	DEP10S5 DP4A5
<b>کادر ۵: [احساس بی‌ارزشی یا گناه]</b>					
۵..... ۱		۵..... ۱		E12 آیا در طول هیچ یک از این دوره ها [تقریباً هر روز، احساس بی‌ارزشی داشته‌اید؟]	DEP10C2 DP4A7 DP4E
۵..... ۱		۵..... ۱		A: [آیا احساس تقصیر یا گناه می‌کردید؟  [اگر هر دو مورد E12 و E12A کد ۱ گرفتند، به سؤال E13 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 نما ید:] _____ _____ _____ _____ [اگر E12B، کد ۱ گرفت، به سؤال E13 رجوع کنید.] [فقط در مورد ستون II: مثال را ذکر کنید] _____ _____ _____	
۱..... بله	۱..... خیر	۱..... بله	۱..... خیر	C: [آیا ملاحظه 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 ناکنون در طول زندگی	
بله	خیر	بله	خیر
<b>کادر ۶: [پایین بودن اعتماد به نفس]</b>			
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها [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			
<b>کادر ۷: [مشکل در تفکر]</b>			
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها [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
<b>کادر ۸: [افکار راجع به مرگ]</b>			
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها، [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 [اگر کد ۱ گرفت، به سؤال E۲۱ رجوع کنید.]
DEP10C3			DP4A9
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	[آیا در مورد این که چگونه خودکشی کنید، نقشه کشیده بودید؟ E۲۰
DEP10C3			DP4A9
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	E۲۱ [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.]
		خیر ..... ۱	
		بلی ..... ۵	

II در زمان بروز بیشترین علائم		I ناکنون در طول زندگی			
بله	خیر	بله	خیر		
۵ ..... ۱		۵ ..... ۱		E22	DEP10S4
آیا 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 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؟					
PRB: ۲ ۳ ۴ ۵				E25	DEP10A DP4E DP4D
آیا در طول هیچ یک 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 E23 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].					
_____ هفته				E26	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 E24 رجوع کنید]. A: 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؟					
خیر ..... ۱				E27	DP4ON DEP10ON DP4RE DEP10RE
بله ..... ۵					
اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ _____ اولین بار در سن: _____					
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 E4 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: _____					
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 E4 تا E20 کد ۵ داده شده باشد] داشتید، چه زمانی بوده است؟					

<p>خیر ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p><b>[اگر پاسخ سؤال E۲۶ کمتر از ۲۶ هفته است به سؤال E۲۹ رجوع کنید.]</b></p> <p><b>[اگر سن اولین بار در سوال D۶۹ خالی بوده یا کمتر از سن اولین بار در سوال E۲۷ است، به سؤال E۲۹ رجوع کنید، در غیر این صورت بپرسید:]</b></p> <p>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؟</p>	<p>E۲۸</p> <p>GA4F</p>
<p>تعداد دوره‌ها _____</p> <p>خیر... (به E۳۰ رجوع کنید)..... ۱</p> <p>حال خوب در بین دوره‌ها ..... ۵</p> <p>خیر... (به E۳۰ رجوع کنید)..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p> <p>خیر... (به E۳۰ رجوع کنید)..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p> <p>تعداد دوره با فاصله ۲ ماه _____</p> <p>سن در پایان اولین دوره افسردگی: _____</p>	<p>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؟</p> <p><b>[اگر ۹۶ دوره یا بیشتر بود، عدد ۹۶ بنویسید]</b></p> <p><b>[اگر کمتر از ۹۶ دوره بود، به سؤال E۳۰ رجوع کنید]</b></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 اطرافیانمان مانند گذشته لذت می‌بردید؟</p> <p>C: آیا 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>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؟</p>	<p>E۲۹</p> <p>DEP10RG1 MD4A</p>
<p>خیر (به قسمت C رجوع کنید)..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p> <p>خیر فقط پس از فوت (به E۳۱ رجوع کنید)..... ۱</p> <p>بله، در زمانهای دیگر..... ۵</p> <p>بله فقط پس از فوت (به E۳۱ رجوع کنید)..... ۲</p> <p>خیر، نه فقط بعد از فوت ..... ۵</p> <p>خیر ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>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؟</p> <p><b>[اگر شروع علائم بیش از ۲ ماه پس از فوت بوده، کد ۱ را انتخاب کرده و به قسمت B رجوع کنید.]</b></p> <p>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؟</p> <p>B: <b>[اگر در طول سال گذشته افسرده بوده (کد ۱ تا ۵ به سؤال E۲۷ داده‌اید) بپرسید:]</b> دوره یا دوره‌های افسردگی در سال گذشته چگونه بود؟ آیا (بین دوره/دوره‌ها) درست بعد از مرگ یکی از نزدیکان اتفاق افتاد؟</p> <p>C: <b>[اگر مصاحبه‌شونده مرد است یا زنی که بچه ندارد به E۳۱ رجوع کنید]</b> آیا (این دوره/ دوره‌ها) ظرف یک ماه اول پس از زایمان پیش آمد؟</p>	<p>E۳۰</p> <p>DP4E</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؟)]	
سن: _____	E۳۲ 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.	
خیر ..... ۱ بله ..... ۵  خیر ..... ۱ بله ..... ۵	E۳۳ 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؟  A: آیا میل و رغبت خودتان را تقریباً نسبت به همه چیز از دست داده بودید؟ [به ستون II در سؤال E۳ 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 سوال 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..... ۱ بله ..... ۵	[در سوالات E35 تا E51 هر مورد پاسخ بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوال E52 و E53 یادداشت کنید.] E۳۵ 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؟	DY10C2 DY4B
خیر..... ۱ بله ..... ۵	E۳۶ در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر) آیا اغلب زیاد می‌خوابیدید؟	DY4B2

خیر..... بله.....	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر)، آیا اغلب خیلی کم اشتهای بودید؟	E۳۷	DY4B1
خیر..... بله.....	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر) آیا بیشتر از حد معمول می‌خوردید؟	E۳۸	DY4B1
خیر..... بله.....	در این دوره طولانی افسردگی، آیا بیشتر مواقع احساس کمبود انرژی یا خستگی می‌کردید، حتی مواقعی که خیلی سخت کار نکرده بودید؟	E۳۹	DYS10C1 DY4B3
خیر..... بله.....	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر)، آیا اغلب خودتان را پایینتر و کم ارزشتر از بقیه مردم می‌دانستید؟	E۴۰	DYS10C3 DY4B4
خیر..... بله.....	آیا در این دوره طولانی افسردگی، اعتماد به نفس شما به حدی کم شده بود که درباره هیچ چیز نتوانید نظرتان را ابراز کنید؟	E۴۱	DYS10C3 DY4B4
خیر..... بله.....	آیا در این دوره طولانی افسردگی، در تمرکز خود بسیار زیادتیر از معمول مشکل داشتید؟	E۴۲	DYS10C4 DY4B5
خیر..... بله.....	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر)، آیا شما معمولاً عاجز از تصمیم‌گیری‌هایی بودید که قبلاً در آن مشکلی نداشتید؟	E۴۳	DY4B0
خیر..... بله.....	در این دوره طولانی افسردگی، آیا اغلب گریه می‌کردید؟	E۴۴	DYS10C5
خیر..... بله.....	آیا در این دوره طولانی افسردگی، احساس ناامیدی داشته‌اید، به طوری که فکر کرده باشید هیچ راهی برای بهتر شدن اوضاع وجود ندارد؟	E۴۵	DYS10C7 DY4B6
خیر..... بله.....	آیا در این دوره طولانی افسردگی احساس می‌کردید که نمی‌توانید از پس زندگی و مسئولیت‌هایتان برآیید؟	E۴۶	DYS10C8
خیر..... بله.....	آیا در این دوره طولانی افسردگی فکر می‌کردید که همیشه زندگی بدی داشته‌اید و راهی برای بهبود اوضاع وجود ندارد؟	E۴۷	DYS10C9
خیر..... بله.....	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر)، آیا حوصله معاشرت با دوستان و اقوام خود را نداشتید؟	E۴۸	DYS10C10

خیر..... ۱	آیا در این دوره طولانی افسردگی، کم حرف‌تر از معمول شده	E۴۹	DYS10C11
بله ..... ۵	بودید؟		
خیر..... ۱	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
بله ..... ۵			
خیر..... ۱	آیا در این دوره طولانی افسردگی، میل جنسی‌تان کمتر از حد معمول شده بود؟	E۵۱	DYS10C6
بله ..... ۵			

[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؟	E۵۲	DY4G
	[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: _____	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	DY4ON DYS10ON
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 سوال D۶۹ خالی بوده یا از سن شروع علائم در سوال E۵۳ کمتر است، به سؤال K۱ رجوع کنید.]		

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

## اختلال وسواسی-جبری (K)

<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>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؟</p>	<p>OCO10A OCO10B OBS4A4 OBS4A1 OBS4A2</p>
<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>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؟</p>	<p>OCO10A OCO10B OBS4A1 OBS4A2 OBS4A4</p>
<p>خیر (به سؤال K۹ رجوع کنید)..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>B: [آیا هیچ‌یک از سؤالات K۱ و K۱A کد ۵ گرفته است؟]</p>	
<p>کمتر از ۲ هفته (به سؤال K۹ رجوع کنید)..... ۱</p> <p>۲ هفته یا بیشتر..... ۵</p>	<p>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؟</p>	<p>OCO10A</p>
<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p> <p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p> <p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p> <p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p> <p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p> <p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>K۳ آیا می‌توانید از این افکاری که شما را اذیت کرده، مثال‌هایی بزنید؟ مثال: _____ _____</p> <p>[آیا این مثال‌ها، صرفاً توصیف‌کننده موارد زیر هستند؟]</p> <p>۱- احساس گناه ناشی از افسردگی.....</p> <p>۲- نگرانی درباره ظاهر بدن، وزن یا خوردن.....</p> <p>۳- نگرانی درباره به دست آوردن و مصرف مواد مخدر و یا مواد دیگر.....</p> <p>۴- نگرانی درباره کردن مو.....</p> <p>۵- نگرانی درباره یک بیماری جدی.....</p> <p>۶- ترکیبی از موارد ۱ تا ۵.....</p> <p>[اگر هر یک از موارد فوق کد ۵ گرفت، به سؤال K۹ رجوع کنید.]</p>	<p>OBS4D</p>
<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>K۴ آیا برخی از این افکار به نظر خودتان غیرمنطقی بوده است؟</p>	<p>OCO10B2 OBS4B</p>
<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>A: آیا بیش از حد معمول فکرتان مشغول این‌گونه مسائل بوده است؟</p>	
<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>B: آیا از فکر کردن به این‌گونه مسائل، لذت می‌بردید؟</p>	<p>OCO10B4</p>



PRB: ۱ ۳ ۴ ۵	آیا علی‌رغم تلاش زیاد برای دورکردن افکار مزاحم و خلاص‌شدن از دست آنها، این افکار دائماً به مغزتان هجوم می‌آورد؟	K۵	OCO10B3 OBS4A3 OBS4A1 OBS4E
<p>[اگر پاسخ منفی است، PRB۱ را انتخاب کنید و به سؤال K۹ رجوع نمایید و اگر جواب مثبت بود به سنجش ادامه دهید.]</p> <p>پزشک: _____ غیره: _____</p>			
[اگر کد PRB۵ نگرفت، به سؤال K۹ رجوع کنید.]			
<p>خیر.....۱</p> <p>بله.....۵</p>	<p>آیا وقتی این فکرها به سراغتان می‌آید، به مدت بیشتر از ۱ ساعت ادامه داشت؟</p>	K۶	OBS4C
<p>خیر.....۱</p> <p>بله.....۵</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>اولین باری که نمی‌توانستید افکار مزاحم را از خودتان دور کنید، چه زمانی بود؟</p>	K۸	
<p>آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن: _____</p>	<p>آخرین باری که نمی‌توانستید افکار مزاحم را از خودتان دور کنید، چه زمانی بود؟</p>		
<p>[سوالات K۹ تا K۱۲ هر کدام پاسخش بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سؤال K۱۳، K۱۷ و K۱۹ یادداشت کنید.]</p>			
<p>خیر.....۱</p> <p>بله.....۵</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 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>خیر.....۱</p> <p>بله.....۵</p>	<p>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؟</p> <p>[اگر کد ۵ انتخاب شده مثال آن را بپرسید:]</p> <p>مثال: _____</p>	K۱۰	OCC10A COM4A1
<p>خیر.....۱</p> <p>بله.....۵</p>	<p>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 شد، مثال آن را بپرسید:]</p> <p>مثال: _____</p>	K۱۱	OCC10A COM4A1

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 بپرسید]: مثال: _____	خیر..... ۱ بله..... ۵
OCC1B2 COM4B	K۱۳	[اگر موارد K۹ تا K۱۲ همگی، کد گرفته‌اند، به سؤال AGG رجوع کنید]. 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؟ آخرین 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: _____ 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 احساس 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 پر خاشگری (AGG)

حالا می‌خواهم 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 آن‌ها آسیب رسانده اید؟	خیر ..... ۱ بله ..... ۵
AGG۳	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 می‌خواهم در مورد این مسئله سوالاتی از شما داشته باشم.

بله	خیر	
۱	۵	SC۱ آیا تاکنون شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟
۱	۵	SC۲ آیا تاکنون در طول عمرتان، به طور جدی به خودکشی فکر کرده‌اید؟
۱	۵	SC۳ آیا تاکنون در طول عمرتان، نقشه‌ای برای خودکشی داشته‌اید؟
خیر (به سؤال LE۱ رجوع کنید)..... ۱	بله..... ۵	SC۴ آیا تاکنون در طول عمرتان، اقدام به خودکشی کرده‌اید؟
چند بار _____		SC۵ در طول عمرتان چند بار اقدام به خودکشی کرده‌اید؟
۱	۵	SC۶ آیا آخرین بار در ۱۲ ماه گذشته بوده است؟
بله	خیر	SC۷ تاکنون در طول عمرتان با چه روش‌هایی اقدام به خودکشی کردید؟ [آزمودنی ممکن است به چند روش اشاره کند]
۱	۵	۱. مصرف دارو یا سم .....
۱	۵	۲. رگ زدن.....
۱	۵	۳. دار زدن یا حلق آویز کردن.....
۱	۵	۴. سقوط از ارتفاع.....
۱	۵	۵. خودسوزی.....
۱	۵	۶. سایر (نام ببرید) (_____)
۱	۵	SC۸ آیا در هیچ یک از موارد اقدام به خودکشی شما <u>جداً</u> قصد مردن داشتید و فقط به علت خوش شانسی زنده مانده‌اید؟
۱	بله	SC۹ آیا هیچ یک از موارد اقدام به خودکشی، 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 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 طول عمر		
خیر بله نمی داند/ پاسخ نمی دهد	خیر بله نمی داند/ پاسخ نمی دهد		
۱ ..... ۵ ..... ۹	۱ ..... ۵ ..... ۹	بیماری، جراحت یا آسیب دیدگی شدید خودتان	LE۱
۱ ..... ۵ ..... ۹	۱ ..... ۵ ..... ۹	بیماری، جراحت یا آسیب دیدگی شدید یکی از فامیلهای نزدیکتان	LE۲
۱ ..... ۵ ..... ۹	۱ ..... ۵ ..... ۹	مرگ یکی از بستگان درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند، همسر)	LE۳
۱ ..... ۵ ..... ۹	۱ ..... ۵ ..... ۹	مرگ دوست یا فامیل نزدیکتان (بغیر از بستگان درجه یک)	LE۴
۱ ..... ۵ ..... ۹	۱ ..... ۵ ..... ۹	جدایی یا طلاق از همسر یا نامزدتان	LE۵
۱ ..... ۵ ..... ۹	۱ ..... ۵ ..... ۹	مشکل جدی در روابط شما با همسرتان یا نامزدتان	LE۶
۱ ..... ۵ ..... ۹	۱ ..... ۵ ..... ۹	مشکل جدی در روابط شما با دوست نزدیک، همسایه یا یکی از فامیلهایتان	LE۷

[در صورتی که آزمودنی هر کدام از رویدادهای بالا را در طول عمر 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 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 گذاری کنید]

تجربه در طول عمر	تجربه در ۱۲ ماه گذشته	
خیر بله نمی داند/ پاسخ نمی دهد	خیر بله نمی داند/ پاسخ نمی دهد	
۱ ..... ۵ ..... ۹	۱ ..... ۵ ..... ۹	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	۱ ..... ۵ ..... ۹	LE۱۶ آزار جنسی در دوران کودکی یا نوجوانی (تا سن ۱۸ سالگی)
۱ ..... ۵ ..... ۹	۱ ..... ۵ ..... ۹	LE۱۷ آیا اتفاق یا مشکل مهم دیگری هم بوده که در این کارت ذکر نشده است؟ چه بوده؟ [یادداشت کنید]----- -----

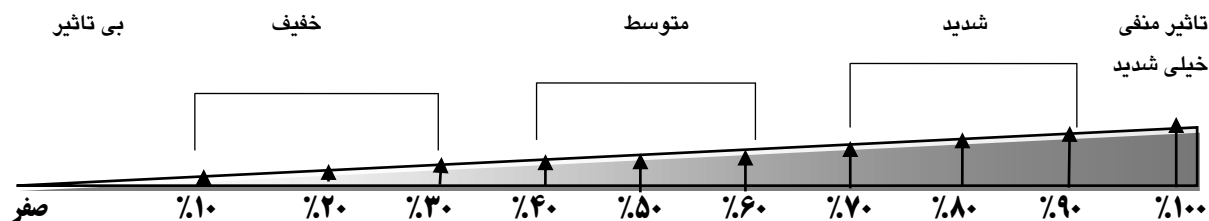
[در صورتی که آزمودنی هر کدام از رویدادهای بالا را در طول عمر تجربه کرده بود، از وی پرسید: هیچ کدام از اتفاقات یا مشکلاتی که گفتید، در ۱۲ ماه گذشته برایتان پیش آمده است؟] وقوع تک تک رویدادهای تجربه شده در طول عمر را برای ۱۲ ماه گذشته بررسی و در ستون "تجربه در ۱۲ ماه گذشته" گذاری کنید [

<p>LE۱۸ در طول شش ماه گذشته با چه کسانی زیر یک سقف زندگی می کردید؟ [می توانید بیش از یک مورد را انتخاب کنید]</p> <p>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: .....</p>	
--	--

<p>بله خیر</p> <p>۱ ..... ۵</p> <p>۱ ..... ۵</p>	<p>(۱) پدر .....</p> <p>(۲) مادر .....</p>	<p>آیا تا سن ۱۵ سالگی، شده که بیش از یک سال با پدر یا مادر خود زیر یک سقف زندگی نکرده باشید؟</p> <p>LE۱۹</p> <p>[در صورت پاسخ خیر به هر دو موارد، به سوال SH۱ رجوع شود.]</p> <p>[در هر مورد که پاسخ بله بود، سوال A و B را بپرسید و در ستون مربوطه علامت بزنید]</p>	
<p>مادر</p> <p>از سن .....</p> <p>تا سن .....</p>	<p>پدر</p> <p>از سن .....</p> <p>تا سن .....</p>	<p>A- از چه سنی تا چه سنی پدر/مادر حضور نداشتند؟</p> <p>[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]</p>	
<p>(۱) فوت <input type="checkbox"/></p> <p>(۲) طلاق یا متارکه <input type="checkbox"/></p> <p>(۳) مسافرت <input type="checkbox"/></p> <p>(۴) اقامت در آسایشگاه <input type="checkbox"/></p> <p>(۵) زندانی شدن <input type="checkbox"/></p> <p>(۶) سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید .....</p>	<p>(۱) فوت <input type="checkbox"/></p> <p>(۲) طلاق یا متارکه <input type="checkbox"/></p> <p>(۳) مسافرت <input type="checkbox"/></p> <p>(۴) اقامت در آسایشگاه <input type="checkbox"/></p> <p>(۵) زندانی شدن <input type="checkbox"/></p> <p>(۶) سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید .....</p>	<p>B- علت عدم حضور آنها چه بود؟</p>	

## 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 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" 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 حیطه ها کاملاً ناتوان بوده است، محاسبه کند.]	_____



## پرسشنامه غربالگری سیگار، داروها و مواد اعتیادآور (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 اعتیادآور 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 عمرتان [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 عمر		
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 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 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 ۱۳ حبشیش (مثل علف، سیگاری، بنگ، گراس، جوینت، ماری جوانا، گل)
۵	۱	۵	۱	DA ۱۴ شیشه (مت، کریستال، آیس، متامفتامین)
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
۵	۱	۵	۱	DA ۱۸ مواد استنشاقی / حلال ها (مانند چسب، بنزین، اتر، استن)
۵	۱	۵	۱	DA ۱۹ پان
۵	۱	۵	۱	DA ۲۰ ناس
۵	۱	۵	۱	DA ۲۱ مواد اعتیادآور دیگر (کوکائین، نورجیزک، تستوسترون، ناندرولون و یا سایر مواد) ذکر کنید (می توانید چند مورد را ذکر کنید): نام ببرید:..... 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)
۵	۱	۵	۱	DA ۲۳ 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:.....

## پرسشنامه سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی (FH)

FH۱ به کارت FH نگاه کنید و بگوئید: آیا تا به حال، هیچ یک از بستگان درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند) دچار نوعی مشکل یا ناراحتی اعصاب و روان، مثل آنچه در این کارت آمده، بوده اند؟

بله خیر

۱ ..... ۵

[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؟	
			بله	خیر
FH۲ پدر	خیر..... ۱	۱ ..... ۵	(۱) بیماری افسردگی	(۵) بیماری شدید روانی
	بله ..... ۵		(۲) بیماری اضطراب	همراه با توهم و هذیان
FH۳ مادر	خیر..... ۱	۱ ..... ۵	(۳) بیماری وسواس	(۶) اعتیاد
	بله ..... ۵		(۴) بیماری دوقطبی یا مانیا (شیدائی)	(۷) سایر
FH۴ برادر	خیر..... ۱	۱ ..... ۵	(۱) بیماری افسردگی	(۵) بیماری شدید روانی
	بله ..... ۵		(۲) بیماری اضطراب	همراه با توهم و هذیان
FH۵ خواهر	خیر..... ۱	۱ ..... ۵	(۳) بیماری وسواس	(۶) اعتیاد
	بله ..... ۵		(۴) بیماری دوقطبی یا مانیا (شیدائی)	(۷) سایر
FH۶ پسر	خیر..... ۱	۱ ..... ۵	(۱) بیماری افسردگی	(۵) بیماری شدید روانی
	بله ..... ۵		(۲) بیماری اضطراب	همراه با توهم و هذیان
FH۷ دختر	خیر..... ۱	۱ ..... ۵	(۳) بیماری وسواس	(۶) اعتیاد
	بله ..... ۵		(۴) بیماری دوقطبی یا مانیا (شیدائی)	(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 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، وریدی	بلی، زیرپوستی یا عضلانی	خیر	بلی	خیر
۶	۵	۱	۵	۱
۲- محرک‌ها: شیشه □، آمفتامین □، ریتالین (بدون تجویز پزشک) □، اکستازی □، خات □				
۴- مشتقات تریاک: تریاک □، سوخته □، شیره □، کراک □، هروئین □، مرفین (بدون تجویز پزشک) □، نورجیزک □، تمجیزک □، متادون (بدون تجویز پزشک) □، بوپرنورفین (بدون تجویز پزشک) □				
۶	۵	۱	۵	۱

[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 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 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 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؟

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

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

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

(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. [سوالات L8 تا L10 هر کدام بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوال L11 یادداشت کنید.]

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

A "آیا استفاده مکرر از [ماده/گروه مواد]، در تحصیل، شغل و یا در رسیدگی به امور خانه اختلالی ایجاد کرد؟" DA ۲۱

(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 کارتتان 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

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| (۲) محرک ها                     | (۴) مشتقات تریاک                |
| B: خیر ..... ۱<br>بلی ..... ۵ # | B: خیر ..... ۱<br>بلی ..... ۵ # |
| C: خیر ..... ۱<br>بلی ..... ۵ # | C: خیر ..... ۱<br>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؟"

DA۳۲

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| (۲) محرک ها                     | (۴) مشتقات تریاک                |
| A: خیر ..... ۱<br>بلی ..... ۵ # | A: خیر ..... ۱<br>بلی ..... ۵ # |

L۱۱

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

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؟

۴) مشتقات تریاک						۲) محرک ها						
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:

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

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

DD۲۱  
DD۱۰-A۴

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

- (۲) محرک ها  
 B: خیر ..... ۱  
 بلی ..... # ۵
- (۴) مشتقات تریاک  
 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؟" DD۱-۸۲

[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 بپرسید.]

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

B: DD۲۴

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

- 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؟" DD۲۵ DD۱-۸۵

- (۲) محرک ها  
 A: خیر ..... ۱  
 بلی ..... # ۵
- (۴) مشتقات تریاک  
 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 ... (L۱۶ B 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؟"

DD۲۲  
DD۱۰A۲

(۲) محرک ها (۴) مشتقات تریاک

B: خیر ..... ۱  
 بلی ..... # ۵

B: خیر ..... ۱  
 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.]

[اگر پاسخ سوال L17 بلی بود، جمله زیر که جلوی آن \* گذاشته شده را نپرسید. پاسخ "بلی" را انتخاب کنید و به سوال A بروید.]

\* 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؟"

DD۲۲A  
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؟"

DD۲۲A  
DD۱۰A۲

(۲) محرک ها (۴) مشتقات تریاک

A: خیر ..... ۱  
 بلی ..... # ۵

B: خیر ..... ۱  
 بلی ..... # ۵

A: خیر ..... ۱  
 بلی ..... # ۵

B: خیر ..... ۱  
 بلی ..... # ۵



L18

آیا تاکنون در اثر مصرف این مواد، دچار ناراحتی‌ها و مشکلات  
 طبی مانند مسمومیت (overdose)، سرفه مقاوم، تشنج، عفونت،  
 خیر.....(به L19 مراجعه کنید)..... ۱  
 عفونت کبدی (زردی یا یرقان)، آبسه (تورم)، ایدز، مشکلات قلبی  
 بلی ..... \* ۵  
 و یا جراحت شده‌اید؟

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

:A DHM10

"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 شده است، رجوع کنید. اگر جواب مثبت است، کد ۵ داده و سؤال  
 B را بپرسید]

:B DD47  
DD10-A6  
DHM10

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  
 Bلی ..... ۵  
 B: خیر ..... ۱  
 Bلی # ..... ۵  
 A: خیر ..... ۱  
 Bلی ..... ۵  
 B: خیر ..... ۱  
 Bلی # ..... ۵

L19

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 L20 مراجعه کنید)..... ۱  
 بلی ..... \* ۵

:A DHM10

"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  
 بپرسید.]

:B DD47  
DD10-D6  
DHM10

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  
 Bلی ..... ۵  
 B: خیر ..... ۱  
 Bلی # ..... ۵  
 A: خیر ..... ۱  
 Bلی ..... ۵  
 B: خیر ..... ۱  
 Bلی # ..... 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  
DD۱۰.۸۵

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؟

(۴) مشتقات تریاک

(۲) محرک ها

A: خیر ..... ۱  
بلی ..... # ۵

A: خیر ..... ۱  
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 ببینید.]

شما گفتید که [ماده/گروه مواد] باعث ایجاد مشکلاتی برای شما شده است مثل [مواردی که از سؤال L۱۲ تا L۲۰ پاسخ مثبت گرفته اند]، 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 ببینید.]

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

(۲) محرک ها

خیر ..... ۱  
بلی ..... ۵

خیر ..... ۱  
بلی ..... ۵

--/--

--/--

سن در اولین بار:

--/--

--/--

سن در آخرین بار:

L۳۸

[به سؤال L۲۰ تا L۲۸ 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 L۲۸ 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].

(۴) مشتقات تریاک

خیر ..... ۱  
بلی ..... ۵

(۲) محرک ها

خیر ..... ۱  
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 این 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 درباره مصرف مشروبات الکلی می پرسیم، مثل نوشیدنی هایی که در آن منطقه مورد استفاده قرار می گیرد - آجیو، شراب یا عرق. آیا شما در طول زندگی خود، از هیچ نوع از مشروبات الکلی استفاده کرده اید؟</p>	<p>J۱</p> <p>B:</p>
	<p>نام الکی که اغلب مصرف می کردید چیست (مانند آجیو، شراب، عرق، ویسکی، یا هر چیز دیگر)؟ _____</p>	<p>C:</p>
	<p>در طول ۱۲ ماه گذشته، به اندازه چند [گیلاس کامل] از این مشروب الکلی (بدون مخلوط کردن) نوشیده اید؟ _____</p> <p>[یک گیلای کامل یعنی - مشروبات قوی: یک استکان کوچک، (۴۰ میلی لیتر) - شراب: یک لیوان (۲۰۰ میلی لیتر) - آجیو: 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 می کند، استفاده کنید و کل میزان مصرفی او را در ۱۲ ماه گذشته، کلمه به کلمه بنویسید. (مثال: آجیو ۱۲ لیوان بزرگ؛ و یا عرق ۵ استکان کوچک؛ و یا هر هفته به طور منظم نیم لیوان شراب): _____</p>	<p>D:</p>
<p>خیر ..... ۱</p> <p>بلی ..... ۵</p>	<p>[به پاسخ سؤال J۱D نگاه کنید؛ آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، به اندازه ۱۲ گیلای کامل و بیشتر مشروب نوشیده است؟]</p>	<p>J۲</p>
	<p>در طول زندگی خود، به اندازه چند [گیلاس کامل] مشروب الکلی (بدون مخلوط کردن) نوشیده اید؟ _____</p> <p>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: آجیو ۱۲ لیوان بزرگ؛ و یا عرق ۵ استکان کوچک؛ و یا هر هفته به طور منظم نیم لیوان شراب): _____</p>	<p>J۱E</p>
<p>خیر ... (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) ... ۱</p> <p>بلی ..... ۵</p>	<p>[به پاسخ سؤال J۱E نگاه کنید؛ آیا در طول زندگی، به اندازه ۱۲ گیلای کامل و بیشتر مشروب نوشیده است؟]</p>	<p>J۱</p> <p>A</p>
<p>خیر ... (به مصاحبه با این پرسشنامه خاتمه دهید) ... ۱</p> <p>بلی ..... ۵</p>	<p>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؟</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 می خوردید. در آن زمان تقریباً چند وقت یکبار مشروب خورده اید؟ [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 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.]  
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.]
- خیر ..... (به سوال C بروید) ..... ۱  
بلی ..... ۵
- 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؟
- 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؟
- اولین بار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶  
اولین بار در سن: --/--
- آخرین بار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶  
آخرین بار در سن: --/--

- [سوالات J6 تا J9 هر کدام پاسخش بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوال J10 یادداشت کنید.]
- 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؟
- J۷ آیا تاکنون در زندگی شما مواقعی بوده است که در اثر خوردن مشروب، مکرراً با کسی درگیری بدنی داشته باشید؟
- A: آیا 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.]
- B: آیا هنگامی که متوجه شدید که خوردن مشروب باعث مشکلاتی بین شما و دیگران می شود، به مشروب خوردن ادامه دادید؟
- خیر ..... ۱  
بلی ..... ۵
- خیر ..... ۱  
بلی ..... ۵
- خیر ..... ۱  
بلی ..... ۵

AA۴A۱

AA۴A۲

۱ ..... خیر	آیا تاکنون مواقعی که تحت تأثیر مشروب بوده‌اید، به دلیل به هم زدن نظم و آرامش یا تخلف رانندگی، دستگیر و یا جریمه شده‌اید؟	J۸	AA۴A۲
۵ ..... بلی			
۱ ..... خیر	آیا تاکنون در موقعیت هایی بوده اید که در آن، تحت تأثیر مشروب، امکان صدمه رسیدن به شما وجود داشته باشد (مانند دوچرخه سواری، رانندگی، کار با دستگاه فنی یا کار دیگر)؟	J۹	AA۴A۲
۵ ..... بلی*			
اولین بار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	[اگر در سوال J۶ تا J۹ کد ۵ وجود نداشت، به سوال J۱۱ بروید].	J۱۰	
اولین بار در سن: --/--	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 چه موقعی بود که [علایمی که در سوال J۶ تا J۹ کد ۵ گرفته اند]؟		
آخرین بار در سن: --/--			
۱ ..... خیر	[سوالات J11 تا J20 هر کدام پاسخش بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوال J21 یادداشت کنید.]	J۱۱	AD۲۱A AD۱۰A۴
۵* ..... بلی	آیا تاکنون زمانهایی بوده است که برای به دست آوردن تأثیر دلخواه، مجبور شده باشید بسیار بیشتر از گذشته مشروب بخورید؟		
۱ ..... خیر	آیا تاکنون متوجه شده اید که مقدار ثابت مشروب، اثری کمتر از قبل روی شما داشته است؟	A:	AD۲۱B AD۱۰A۴
۵* ..... بلی			
۱ ..... خیر	آیا تاکنون زمانهایی بوده است که آن چنان میل و هوس شدید برای خوردن مشروب پیدا کرده باشید که نتوانید جلوی خودتان را بگیرید؟	J۱۲	AD۱۰A۱
۵* ..... بلی			
۱ ..... خیر	آیا تاکنون آن قدر نیاز به خوردن مشروب پیدا کرده اید که نتوانید به چیز دیگری فکر کنید؟	A:	AD۱۰A۱
۵* ..... بلی			
۱ ..... خیر	آیا تاکنون دوره هایی در زندگی شما وجود داشته است که اغلب بیشتر از آن چه قصد داشته اید، مشروب خورده باشید؟	J۱۳	AD۲۳ AD۱۰A۲
۵* ..... بلی			
۱ ..... خیر	آیا تاکنون دوره ای بوده است که شما اغلب در دوره‌ی 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 ۲۳ AD۱۰A۲
۵* ..... بلی			
۱ ..... خیر	آیا زمانهایی در زندگی شما بوده است که خواسته‌باشید مشروب خوردن را ترک کنید یا کاهش دهید؟	J۱۴	AD۲۴ AD۱۰A۵
۵* ..... بلی			
۱ ..... خیر	آیا بیش از یک بار، سعی در ترک یا کاهش مصرف مشروب کرده‌اید، ولی موفق نشده‌اید؟	A:	AD۲۴ AD۱۰۲
۵* ..... بلی			

**J۱۵** AD۲۵  
AD۱۰-A۵

آیا دوره هایی 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\*

**J۱۶** AD۲۶  
AD۱۰-A۵

آیا تاکنون 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\*

**J۱۷** [کارت J۳ را به پاسخگو بدهید.]

AD۲۲A  
AD۱۰-A۲

می خواهم 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	
۱	۵	۶	AW۱۰-B۱/AW۴B۲ (۱) به طور مثال، در روزهای اول آیا شما لرزش (لرزش دست ها) داشته‌اید؟
۱	۵		AW۱۰-B۱/AW۴B۲ (۲) آیا خوابتان بدتر از معمول شده بود؟
۱	۵		AW۴B۷ (۳) آیا بیشتر از معمول عصبی بوده‌اید؟
۱	۵		AW۱۰-B۵/AW۴B۶ (۴) آیا بیشتر از معمول بی قرار بوده‌اید؟
۱	۵		AW۱۰-B۲/AW۴B۱ (۵) آیا عرق می کردید؟
۱	۵		AW۱۰-B۴/AW۴B۱ (۶) آیا قلبتان تند می زد؟
۱	۵		AW۱۰-B۲/AW۴B۴ (۷) آیا حالت تهوع یا استفراغ داشته‌اید؟
۱	۵		AW۱۰-B۶ (۸) آیا سر درد داشته‌اید؟
۱	۵		AW۱۰-B۸ (۹) آیا احساس ضعف می کردید؟
۱	۵		AW۱۰-B۱/AW۴B۵ (۱۰) چیزهایی را می دیدید، می شنیدید یا احساس می کردید، که دیگران نمی توانستند ببینند یا بشنوند؟
۱	۵		AW۱۰-B۱-/AW۴B۸ (۱۱) آیا تشنج می کردید؟

**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)

**B:** آیا تاکنون برای پیشگیری از بروز این حالات، مشروب خورده‌اید؟  
خیر ..... ۱  
بلی ..... ۵\*

AD۱۰-A۲  
AD۲۲B

[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؟

بلی	خیر	
۵	۱	(۱) بیماری کبدی یا هیپاتیت (زردی یا یرقان)؟
۵	۱	(۲) بیماری معده یا استفراغ خونی؟
۵	۱	(۳) 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 سؤالات ۱ تا ۶، حداقل یک مورد کد ۵ وجود دارد، سؤال A را بپرسید. در غیر این صورت، به J۱۹ بروید.]

AD۲۷	A:	آیا بعد از این که متوجه شدید مشروب باعث این مشکلات طبی شده است، به مصرف خود ادامه دادید؟	خیر ..... ۱
AD۱۰-A۶			بلی ..... ۵*

J۱۹ آیا بیماری جسمی وخیم دیگری دارید که خوردن مشروب باعث وخیم تر شدن آن شود؟

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

AD۲۷	J۱۹	آیا هنگامی که متوجه شدید این بیماری جسمی وخیم را دارید که خوردن مشروب باعث <u>وخیم تر شدن آن می شود</u> ، به مصرف خود ادامه دادید؟	خیر ..... ۱
AD۱۰-A۶			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؟

بلی	خیر	
۵	۱	(۱) بی رغبتی در فعالیت های معمولتان؟
۵	۱	(۲) افسرده بودن؟
۵	۱	(۳) بدبین و به دیگران بی اعتماد بودن؟
۵	۱	(۴) افکار عجیب و غریب داشتن؟

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

AD۲۷	A:	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
AD۱۰-A۶			بلی ..... ۵*

	B:	[آیا در سؤالات J۱۱ تا J۲۰ سه یا بیشتر از سه مورد کد ۵ وجود دارد؟]	خیر ..... (به سؤال J۳۰ رجوع کنید) ..... ۱
			بلی ..... ۵*



J۲۱	شما گفتید که [ در سؤالات J۱۱ تا J۲۰ مواردی را که کد * ۵ 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 J۳۰ رجوع کنید) ..... ۱ بلی ..... ۵*
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 برسید. ]	
J۳۱	شما گفتید که [ در سؤالات J۶ تا J۲۰ مواردی را که کد * ۵ 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 ..... ۱ بلی ..... ۵*

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

[کارت CD را به آزمودنی بدهید.]

لطفاً به کارت CD نگاه کنید. هر یک از جملاتی که برایتان می‌خوانم، بگویید چقدر درمورد شما درست است. اگر موردی برایتان رخ نداده است، حدس بزنید اگر آن اتفاق می‌افتاد 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 تغییری در زندگی ام رخ می‌دهد، می‌توانم با شرایط جدید کنار بیایم.	
CD۴	می‌توانم برای هر چیزی که سر راهم قرار می‌گیرد، چاره ای بیاندیشم.	
CD۶	وقتی با مشکلات مواجه می‌شوم سعی می‌کنم جنبه خنده دار آنها را هم ببینم.	
CD۷	کنار آمدن با استرس باعث می‌شود قوی تر و توانا تر شوم.	
CD۸	معمولاً پس از بیماری، صدمه و سایر سختی ها به حال اولم باز می‌گردم.	
CD۱۱	معتقدم که علی‌رغم وجود موانع، می‌توانم به اهدافم دست یابم.	
CD۱۴	وقتی که تحت فشار هستم تمرکزم را از دست نمی‌دهم و درست فکر می‌کنم.	
CD۱۶	اگر شکست بخورم به راحتی دلسرد نمی‌شوم.	
CD۱۷	وقتی با چالش ها و مشکلات زندگی دست و پنجه نرم می‌کنم، خود را فردی توانا می‌دانم.	
CD۱۹	می‌توانم احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل کنم.	

## پرسشنامه سنجش سرمایه اجتماعی (SoC)

[کارت SoC۱ 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	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 5- 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	<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"/>	<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"/>
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 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 ..... ۱

بلی ..... ۵

[در صورتی که نوع حادثه، حادثه ترافیکی است، ستون C و D تکمیل می‌شود.]

[منظور از سوانح رانندگی هر گونه سانحه‌ای است که دارای مشخصات زیر باشد: (۱) در محل تردد عابر و یا وسایط نقلیه، مانند پیاده رو، 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 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
Inj1_1	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)، عابریاده (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_2					
Inj1_3					
Inj1_4					
Inj1_5					
Inj1_6					
Inj1_7					

### عوامل رفتارهای پرخطر (ad)

[کارت AD1 را به پاسخگو نشان دهید.]

ad1 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 AD2 را به پاسخگو نشان دهید.]

ad2 آیا به نظر شما افرادی که موادی را که نام می‌برم 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

ad4 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.

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

ad5 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 شیره 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.]

ad6 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.]

ad7 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.

[اگر تاکنون مصرف نکرده است، در طول عمر چند بار این فرصت را داشته است؟]

اگر این ماده را مصرف کرده است، قبل از اینکه اولین بار مصرف کند چند بار این فرصت برایش پیش آمده است؟]

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 موقوف 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 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 قدردانی 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:]**