



## بررسی عوامل خطر بیماری‌های عملکردی

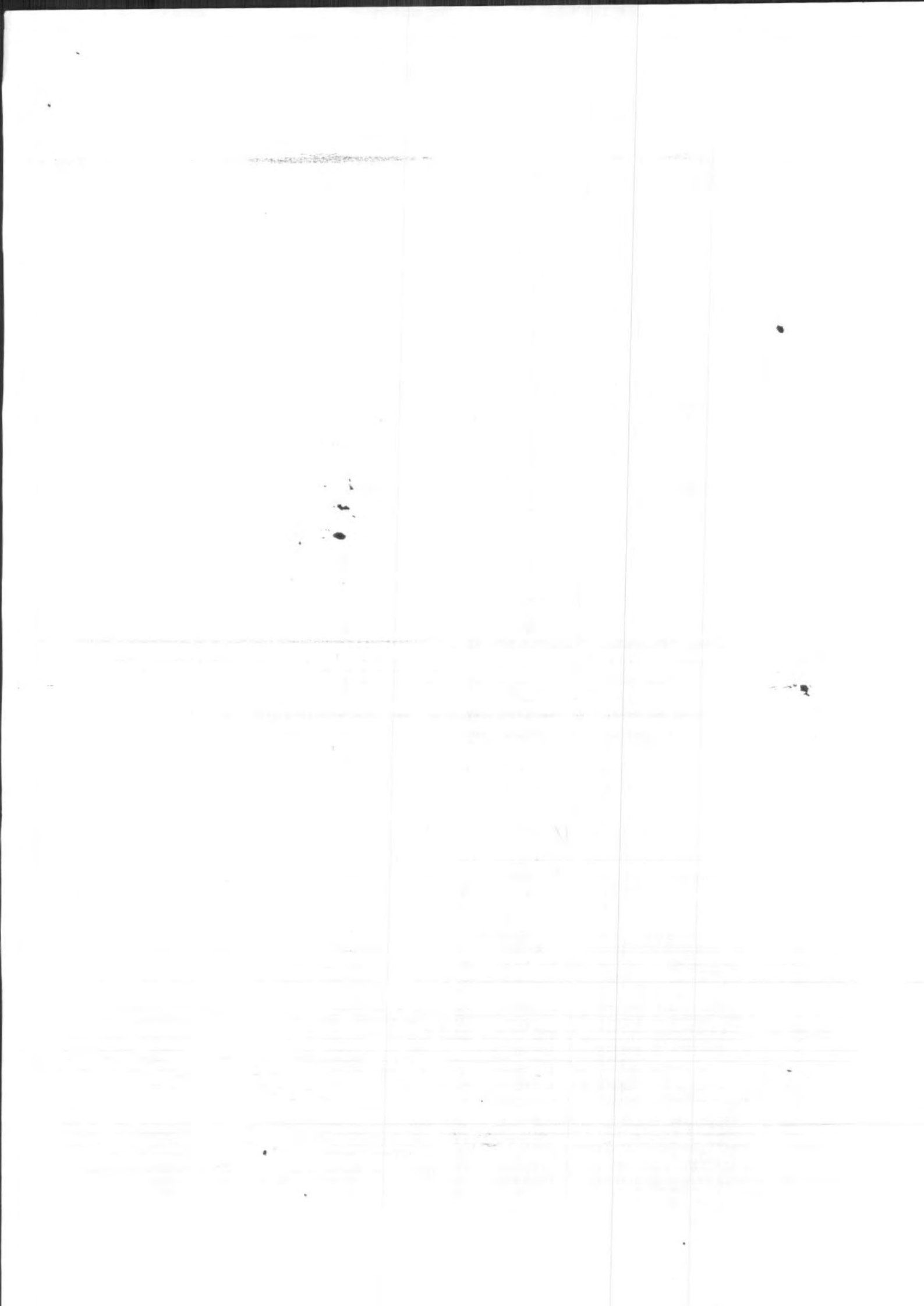
### در شهر اصفهان

Age				PIRI			
		سن		شروع درد راست ۱			دور گردن (cm)
		وزن (Kg)	We	عدم تحمل درد راست ۱	PTRI		دور سینه (cm)
		درصد چربی	FP	شروع درد راست ۲			دور کمر (cm)
		درصد آب	WP	عدم تحمل درد راست ۲			دور باسن (cm)
		حجم عضلانی	MV	شروع درد راست ۳			قد (cm)
		توان فیزیکی	PV	عدم تحمل درد راست ۳			پشت بازو (mm)
		BMR	BMR	شروع درد چپ ۱	PLLI		زیرکتفی (mm)
		سن متابولیکی	MAG	عدم تحمل درد چپ ۱	PTLI		فشار سیستول اول
		استخوان بندی	SK	شروع درد چپ ۲			فشار دیاستول اول
		چربی احشایی	VF	عدم تحمل درد چپ ۲			فشار سیستول دوم
				شروع درد چپ ۳			فشار دیاستول دوم
				عدم تحمل درد چپ ۳			

NC  
CC  
WC  
HC  
He  
TF  
SC  
SBP  
DBP  
SBP  
DBP

تاریخ پرسشگری: ۹۶ /  /

AP  
K.



## فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی

عنوان طرح: بررسی عوامل موثر در بیماریهای عملکردی دستگاه گوارش با هدف ارتقای سلامت فرد و جامعه

### مقدمه

بیماریهای عملکردی دستگاه گوارش شامل مجموعه‌ای از علایم گوارشی می‌باشد که مشکلات آزاردهنده برای فرد ایجاد می‌کند. به نحوی که حتی فعالیتهای روزمره وی مختل می‌شود ولی نهایتاً باعث صدمه جسمی نخواهد شد. این دسته از علایم بسیار شایع است و برخی افراد جامعه ممکن است در بازه‌ای از زندگی دچار این علایم شوند. نتایج تحقیقات مشخص کرده است که عادات غذایی، نحوه تغذیه، عوامل و اختلالات روحی می‌تواند در بروز و شدت علایم گوارشی در افراد تاثیر مستقیم داشته باشد. بر این اساس طرحی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پایه‌ریزی شد تا این دسته از بیماریها را بررسی و عوامل خطر آنها را شناسایی کنیم. نتایج این مطالعه به افزایش کیفیت زندگی و تقویت سلامتی افراد کمک می‌کند.

### روش کار

شما مجبور به تصمیم‌گیری فوری نیستید و برای تصمیم‌گیری در این باره می‌توانید سوالات خود را از تیم اجرایی بپرسید و یا با هر فردی که مایل باشید مشورت نمایید. قبل از امضای این رضایت نامه مطمئن شوید که متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده‌اید و به تمام سوالات شما پاسخ داده شده است.

درابتدا، مراقبین سلامت حاضر در مرکز سلامت جامعه شهری کردآباد پرسشنامه ای در اختیار شما خواهند گذاشت که شامل سوالاتی در مورد علایم و سوابق بیماریهای گوناگون خصوصاً اختلالات گوارشی، عادات غذایی، نحوه تغذیه و نیز عوامل و اختلالات روحی خواهد بود. شما می‌توانید این پرسشنامه را در منزل و در فرصت مناسب پاسخ دهید و پس از تکمیل آن و تهیه نمونه ادرار و نمونه مدفوع در ظروف مخصوصی که در اختیار شما گذاشته شده است، به مرکز سلامت جامعه شهری کردآباد مراجعه نمایید. هنگام مراجعه به مرکز بهداشت، کادر مجرب و مستقر در مرکز با شما مصاحبه و شما را معاینه خواهند نمود که ممکن است حدود دو ساعت از وقت گرانبهای شما را بگیرد. سپس با رعایت اصول بهداشتی و فنی، مقداری از خون وریدی گرفته می‌شود که کمتر از ۱ درصد از حجم خون بدن است و حداکثر طی چند ساعت جبران می‌شود. معاینات بالینی در صورت لزوم به صورت سالیانه تکرار و تغییر در علایم و شدت آن بررسی خواهد شد.

### تعهدات پژوهشگران

هویت، اطلاعات شخصی و نتایج آزمایش شما بصورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و فقط در اختیار خودتان و تیم پژوهش قرار می‌گیرد. همچنین، کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با هدف نظارت بر رعایت حقوق شما و با رعایت ضوابط حقوقی می‌تواند به این اطلاعات دسترسی داشته باشد. اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندرکاران یا نحوه اجرای این طرح داشتید می‌توانید با کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به آدرس اصفهان، خیابان هزارجریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ساختمان شماره ۴، طبقه دوم، اتاق ۲۰۹ دبیرخانه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه، تلفن ۳۷۹۲۳۰۵۴ تماس گرفته و مشکل خود را به صورت شفاهی یا کتبی مطرح نمایید.

## مزایای شرکت در طرح

کلیه آزمایشات جهت شرکت کنندگان در این طرح بصورت رایگان انجام می‌گردد. نمونه خون گرفته شده از شما صرف انجام آزمایشات رایج خون، مانند بررسی عملکرد کبد، کلیه، چربی، قند و اسکن ژنتیک خواهد شد. فلور میکروبی دستگاه گوارش و میزان متابولیت‌های مختلف نیز با انجام آزمایش مدفوع و ادرار مشخص می‌گردد. جواب این آزمایشات که بیانگر وضعیت کلی سلامت شما است در پایان مطالعه به شما تحویل داده خواهد شد. همچنین خدمات اختصاصی در زمینه سلامت نظیر ویزیت تخصصی و فوق تخصصی و آزمایشات تکمیلی (در صورت تامین بودجه) به شما ارائه خواهد شد که می‌تواند در درمان برخی علایم شما کمک کننده باشد و منجر به دریافت خدمات درمانی بهتری گردد. در صورت هرگونه سوال می‌توانید با شماره تلفن ۳۵۲۹۱۵۰۰ یا آدرس پست الکترونیک [support@isfun.info](mailto:support@isfun.info) یا آدرس تلگرام [@IsfunProjectAdmin](https://t.me/IsfunProjectAdmin) تماس بگیرید.

---

اینجانب ..... فرزند ..... با شماره شناسنامه ..... ساکن  
شهرستان ..... شهر/روستای ..... با مطالعه و آگاهی از مندرجات این برگه و با رضایت آگاهانه، به  
مجریان این طرح اجازه می‌دهم پس از تکمیل پرسشنامه، نمونه‌گیری‌های لازم را از اینجانب انجام داده و از داده و نمونه‌های  
جمع‌آوری شده در این طرح تحقیقاتی مربوط به سلامت استفاده نمایند.

کد شرکت کننده:

تاریخ و امضا

FU

### مشخصات پیگیری

ISFUN										شماره پرسشنامه									
منطقه					خوشه					شماره									
					شماره خانوار										نام و نام خانوادگی:				
					تلفن:										کد ملی:				
					تلفن همراه:					شهر:					آدرس محل سکونت: شهرستان:				
					تلفن / تلفن همراه جایگزین:					خیابان:					روستا				
										پلاک:					کوچه:				
															کد پستی:				

1

2

3

4

بخش ۱

SOMS

در زیر فهرستی از ناراحتی‌های جسمانی را می‌بینید. لطفاً مشخص نمایید که آیا در طول ۶ ماه گذشته تا چه میزان از این علائم رنج برده‌اید. لطفاً فقط علائم و ناراحتی‌های جسمانی را علامت بزنید که به گفته پزشکان بیماری خطرناک و جدی عامل آن نبوده یا دلیل نگران‌کننده‌ای برای آنها یافت نشده است ولی وضعیت سلامتی شما را تحت تاثیر خود قرار داده‌اند.

وضعیت سلامتی بدین مقدار تحت تاثیر قرار گرفته است

اصلاً	مختصر	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱ سر درد و درد صورت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲ درد شکم و یا معده درد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳ کمر درد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴ درد مفاصل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵ درد در دست و پا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶ درد عضلانی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷ دردی که در بدنم جابجا می‌شود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸ درد قفسه سینه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹ درد در ناحیه مقعد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰ درد در هنگام مقاربت جنسی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱ درد هنگام ادرار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲ حالت تهوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳ نفخ و باد شکم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴ بیقراری و نا آرامی، احساس فشار و گزگز در ناحیه شکم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۵ استفراغ ( نه در زمان حاملگی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۶ آروغ و باد گلو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷ سسکه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸ احساس سوزش در قفسه سینه و معده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۹ عدم تحمل و حساسیت غذایی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۰ بی‌اشتهایی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۱ طعم بد دهان و یا بار و جرم زبان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۲ خشکی دهان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۳ یبوست
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۴ اسهال در اکثر مواقع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۵ مدفوع شل مکرر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۶ خروج مایعات و رطوبت در ناحیه مقعد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۷ تکرر ادرار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۸ احساس نیاز به دفع فوری مدفوع در غالب اوقات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۹ تپش قلب و یا احساس ریختن قلب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۰ احساس فشار در قسمت قلب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۱ عرق کردن ( عرق گرم یا سرد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۲ احساس گر گرفتن یا قرمز شدن

اصلاً	مختصر	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۳ تنگی نفس (بجز مواقعی که به خودتان فشار می‌آورید)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۴ تنفس سریع (دم و بازدم بیش از حد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۵ خستگی زودرس غیرمعمول، حتی در فعالیت های محدود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۶ لک یا تغییر رنگ پوست
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۷ مشکل خواب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۸ بی میلی جنسی (سردی مزاج)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۹ حساسیت و احساس ناخوشایند در دستگاه و ناحیه تناسلی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۰ اختلال هماهنگی و یا نقصان تعادل حرکتی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۱ ضعف عضلانی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۲ مشکل بلع و یا احساس بغض و گرفتگی در گلو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۳ گرفتگی صدا و یا از دست دادن آن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۴ بند آمدن ادرار و مشکل در تخلیه ادرار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۵ توهم (دیدن یا شنیدن موارد غیرواقعی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۶ از دست دادن حس لمس و یا درد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۷ احساس ناخوشایند گزگز (مور مور)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۸ دو بینی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۹ کوری
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۰ کاهش یا از دست دادن شنوایی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۱ حمله تشنجی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۲ از دست دادن حافظه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۳ بی هوش شدن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۴ از دست دادن تمرکز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۵ سرگیجه
** فقط برای خانمها					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۶ خونریزی دردناک عادت ماهیانه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۷ عادت ماهیانه نامنظم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۸ حجم خونریزی بیش از حد در عادت ماهیانه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۹ استفراغ در تمام مدت زمان حاملگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶۰ ترشح و خروج مایعات به صورت غیرعادی از واژن (مهبل)
** فقط برای آقایان					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶۱ اختلال در انزال یا ناتوانی جنسی

SSD

## بخش ۲

لطفاً مشخص نمایید که در طول ۶ ماه گذشته تا چه میزان هر یک از عبارتهای زیر در مورد علائم جسمانی بالا که شما علامت زده اید، درست بوده است.

هرگز	به ندرت	گاهگاه	اغلب	بیشتر اوقات	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱ فکر می‌کنم علائم جسمی من، نشانه‌هایی از یک بیماری جدی می‌باشند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲ خیلی نگران سلامتی‌ام هستم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳ درگیری با مسأله بیماری‌ام، مرا از زندگی روزمره عقب انداخته است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴ من معتقدم که علائمم جدی هستند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵ علائمم مرا می‌ترسانند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶ شکایتهای جسمی‌ام، اکثراً در طول روز ذهنم را مشغول می‌کنند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷ دیگران به من می‌گویند که مشکلات جسمی‌ام جدی نیستند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸ من نگرانم که شکایتهای جسمی‌ام هرگز تمام نشود.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹ نگرانی‌هایم در مورد سلامتیم، توانم را می‌گیرد.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰ فکر می‌کنم پزشکان شکایتهای جسمی‌ام را جدی نمی‌گیرند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱ به دلیل ناراحتی‌های جسمی‌ام، کمتر می‌توانم به مسائل دیگر زندگی توجه کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲ نگرانم که علائم جسمی‌ام در آینده ادامه یابند.



FGI

بخش ۳

علائم مکرر یا مداوم خود در در طی شش ماه گذشته را در نظر بگیرید و به موارد زیر پاسخ دهید.

۱- هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید توده ای یا چیزی در گلوئی شما گیر کرده است؟ (اگر پاسخ شما "هرگز" است به سوال ۴ بروید)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هرگز	کمتر از یک روز در ماه	ماهی یک روز	ماهی دو سه روز	هفته‌ای یک بار	دو تا سه روز در هفته	بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)	هر روز	چندین بار در روز	یا همیشه	

۲- در بین وعده های غذایی یعنی زمانی که در حال غذا خوردن نیستید، هر چند وقت یک بار احساس می‌کردید توده ای یا چیزی در گلویتان گیر کرده است؟ (درصد مواقعی که این احساس را داشته اید)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰٪ هرگز	۱۰٪	۲۰٪	۳۰٪	۴۰٪	۵۰٪	۶۰٪	۷۰٪	۸۰٪	۹۰٪	۱۰۰٪ همیشه

۳- در زمانهایی که این حس گیر کردن توده یا چیزی در گلو را داشتید چند درصد مواقع هنگام بلع غذا احساس درد هم داشتید؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰٪ هرگز	۱۰٪	۲۰٪	۳۰٪	۴۰٪	۵۰٪	۶۰٪	۷۰٪	۸۰٪	۹۰٪	۱۰۰٪ همیشه

۴- هر چند وقت یکبار در وسط قفسه سینه خود احساس درد داشته اید (که مربوط به مشکلات قلبی نبود)؟ اگر پاسخ شما "هرگز" است به سوال ۷ بروید

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هرگز	کمتر از یک روز در ماه	ماهی یک روز	ماهی دو سه روز	هفته‌ای یک بار	دو تا سه روز در هفته	بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)	هر روز	چندین بار در روز	یا همیشه	

۵- درصد مواقعی که هنگام چپین دردی در قفسه سینه، حالت سوزش و داغ شدن هم حس می‌کردید؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰٪ هرگز	۱۰٪	۲۰٪	۳۰٪	۴۰٪	۵۰٪	۶۰٪	۷۰٪	۸۰٪	۹۰٪	۱۰۰٪ همیشه

۶- درصد مواقعی که همزمان با داشتن نشانه های این درد در قفسه سینه، حس گیر کردن غذا در سینه هم داشتید؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰٪ هرگز	۱۰٪	۲۰٪	۳۰٪	۴۰٪	۵۰٪	۶۰٪	۷۰٪	۸۰٪	۹۰٪	۱۰۰٪ همیشه

۷- هر چند وقت یکبار حس سوزش پشت جناغ سینه داشتید؟ (حس ناخوشایند سوزش یا درد سوزشی در ناحیه قفسه سینه)؟ اگر پاسخ شما "هرگز" است به سوال ۱۱ بروید

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هرگز	کمتر از یک روز در ماه	ماهی یک روز	ماهی دو سه روز	هفته‌ای یک بار	دو تا سه روز در هفته	بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)	هر روز	چندین بار در روز	یا همیشه	

۸- آیا برای سوزش ذکر شده در بالا دارو مصرف می‌کنید؟ اگر پاسخ شما "خیر" است به سوال ۱۱ بروید.

خیر  بله

۹- آیا دارو در کنترل علائم موثر بوده است؟

خیر  بله

۱۰- آیا پس از مصرف دو برابر دوز داروی پیشنهاد شده برای درمان رفلاکس، باز هم سوزش پشت جناغ سینه (حس ناخوشایند سوزش یا درد سوزشی در ناحیه قفسه سینه) شما ادامه پیدا کرده است؟

خیر  بله  نمی‌دانم، چون تا به حال دوز دو برابر مصرف نکرده‌ام

۱۱- هر چند وقت یکبار، بعد از قورت دادن، غذا یا نوشیدنی در قفسه سینه شما گیر می‌کند یا به آرامی از قفسه سینه شما پایین می‌رود؟

اگر پاسخ شما "هرگز" است به سوال ۱۴ بروید.

هرگز  کمتر از یک روز در ماه  ماهی یک روز  ماهی دو سه روز  هفته‌ای یک بار  دو تا سه روز در هفته  بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)  هر روز  چندین بار در روز یا همیشه

۱۲- هر چند وقت یکبار بعد از صرف یک وعده غذا با حجم معمول، احساس سیری شدید داشته‌اید (میزانی که معمولاً می‌خورید) در حدی که این حالت باعث ایجاد خلل در امور روزمره شما شده است؟

هرگز  کمتر از یک روز در ماه  ماهی یک روز  ماهی دو سه روز  هفته‌ای یک بار  دو تا سه روز در هفته  بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)  هر روز  چندین بار در روز یا همیشه

۱۳- هر چند وقت یکبار به دلیل احساس سیری شدید، نتوانسته‌اید غذایی با حجم معمولی را به طور کامل میل کنید؟

هرگز  کمتر از یک روز در ماه  ماهی یک روز  ماهی دو سه روز  هفته‌ای یک بار  دو تا سه روز در هفته  بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)  هر روز  چندین بار در روز یا همیشه

۱۴- هر چند وقت یکبار احساس درد یا سوزش در وسط ناحیه بالایی شکم (بالای ناف اما نه در ناحیه قفسه سینه) داشته‌اید، که شدت آن به حدی باشد که شما را از انجام امور روزمره باز دارد؟ اگر پاسخ شما "هرگز" است به سوال ۱۶ بروید.

هرگز  کمتر از یک روز در ماه  ماهی یک روز  ماهی دو سه روز  هفته‌ای یک بار  دو تا سه روز در هفته  بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)  هر روز  چندین بار در روز یا همیشه

۱۵- از زمانی که شما در وسط ناحیه بالایی شکم خود درد و یا سوزش داشته‌اید؛ در چند درصد موارد بعد از عمل دفع یا تخلیه گاز روده این حالت متوقف شده است و یا بهبود یافته است؟

۰٪ هرگز  ۱۰٪  ۲۰٪  ۳۰٪  ۴۰٪  ۵۰٪  ۶۰٪  ۷۰٪  ۸۰٪  ۹۰٪  ۱۰۰٪ همیشه

۱۶- هر چند وقت یکبار حالت تهوع شدیدی داشته‌اید که موجب اختلال در امور روزمره شما بشود؟

هرگز  کمتر از یک روز در ماه  ماهی یک روز  ماهی دو سه روز  هفته‌ای یک بار  دو تا سه روز در هفته  بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)  هر روز  چندین بار در روز یا همیشه

۱۷- هر چند وقت یکبار استفراغ کردید؟

هرگز  کمتر از یک روز در ماه  ماهی یک روز  ماهی دو سه روز  هفته‌ای یک بار  دو تا سه روز در هفته  بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)  هر روز  چندین بار در روز یا همیشه

۱۸- هر چند وقت یکبار آروغ‌های آنچنان شدیدی را تجربه کردید که باعث خلل در امور روزمره شما شده است؟

هرگز  کمتر از یک روز در ماه  ماهی یک روز  ماهی دو سه روز  هفته‌ای یک بار  دو تا سه روز در هفته  بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)  هر روز  چندین بار در روز یا همیشه

۱۹- هر چند وقت یکبار در هر قسمتی از شکم خود احساس درد داشته‌اید؟ اگر پاسخ شما "هرگز" است به سوال ۲۹ بروید.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هرگز	کمتر از یک روز در ماه	ماهی یک روز	ماهی دو سه روز	هفته‌ای یک بار	دو تا سه روز در هفته	بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)	هر روز	چندین بار در روز	یا همیشه	

۲۰- هر چند وقت یکبار درد در ناحیه شکم، درست اندکی قبل، در حین یا بلافاصله بعد از عمل دفع اتفاق افتاده است؟ (درصد مواقعی که همراه با درد بوده است)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
%۰ هرگز	%۱۰	%۲۰	%۳۰	%۴۰	%۵۰	%۶۰	%۷۰	%۸۰	%۹۰	%۱۰۰ همیشه

۲۱- هر چند وقت یکبار حین این درد مدفوع شما از حالت معمولی نرم تر یا سفت تر می‌شود؟ (درصد مواقعی که همراه با درد بوده است)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
%۰ هرگز	%۱۰	%۲۰	%۳۰	%۴۰	%۵۰	%۶۰	%۷۰	%۸۰	%۹۰	%۱۰۰ همیشه

۲۲- هر چند وقت یکبار وقتی که این درد را دارید دفعات دفع مدفوع شما از حالت معمولی بیشتر یا کمتر می‌شود؟ (درصد مواقعی که همراه با درد بوده است)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
%۰ هرگز	%۱۰	%۲۰	%۳۰	%۴۰	%۵۰	%۶۰	%۷۰	%۸۰	%۹۰	%۱۰۰ همیشه

۲۳- هر چند وقت یکبار درد شما بعد از خوردن غذا شروع می‌شود و یا درد شدیدتر می‌شود؟ (درصد مواقعی که همراه با درد بوده است)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
%۰ هرگز	%۱۰	%۲۰	%۳۰	%۴۰	%۵۰	%۶۰	%۷۰	%۸۰	%۹۰	%۱۰۰ همیشه

۲۴- زمانی که این درد را داشتید، هر چند وقت یکبار امور روزمره خود را محدود یا متوقف کرده اید (برای مثال، سرکار رفتن، کارهای خانه، و رویداد های اجتماعی)؟ (درصد مواقعی که همراه با درد بوده است)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
%۰ هرگز	%۱۰	%۲۰	%۳۰	%۴۰	%۵۰	%۶۰	%۷۰	%۸۰	%۹۰	%۱۰۰ همیشه

۲۵- برای زنان: هر چند وقت یکبار درد شما با خونریزی دوران قاعدگی شدیدتر می‌شود؟ (درصد مواقعی که همراه با درد بوده است)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
%۰ هرگز	%۱۰	%۲۰	%۳۰	%۴۰	%۵۰	%۶۰	%۷۰	%۸۰	%۹۰	%۱۰۰ همیشه

۲۶- آیا این درد در شکم مداوم یا تقریباً مداوم بوده است؟ (مداوم به معنای آن است که در ساعت های بیداری اصلاً از بین نرود)

خیر  بله

۲۷- آیا برای درد ذکر شده در بالا دارو مصرف می‌کنید؟ اگر پاسخ شما "خیر" است به سوال ۲۹ بروید.

خیر  بله

۲۸- آیا دارو در کنترل علائم موثر بوده است؟

خیر  بله

F6A

در مورد پنج سوال زیر، ده روز گذشته را به خاطر بیاورید

الف) شدت درد شکمی (یا معده) شما در این ۱۰ روز چقدر بوده است؟ (لطفاً از ۰ تا ۱۰۰ نمره دهید، ۰ به معنای "هیچ دردی" و ۱۰۰ به معنای "درد بسیار شدید" می‌باشد)

۱۰۰ درد بسیار شدید  
 ۹۰  
 ۸۰  
 ۷۰  
 ۶۰  
 ۵۰  
 ۴۰  
 ۳۰  
 ۲۰  
 ۱۰  
 هیچ دردی ۰

ب) لطفاً تعداد روزهایی را که در ۱۰ روز گذشته، شکم درد داشته اید را وارد کنید (برای مثال، اگر شما عدد ۴ را وارد کنید بدان معنا است شما که ۴ روز از ۱۰ روز درد داشته اید. اگر هر روز درد داشته اید عدد ۱۰ را وارد کنید).

۱۰ روز  
 ۹  
 ۸  
 ۷  
 ۶  
 ۵  
 ۴  
 ۳  
 ۲  
 ۱  
 ۰

ج) نفخ شکم/سفت شدگی شکم در ۱۰ روز گذشته چقدر شدید بود؟ (لطفاً از ۰ تا ۱۰۰ نمره دهید، ۰ به معنای "نداشتن نفخ" و ۱۰۰ به معنای "نفخ بسیار شدید" می‌باشد)

۱۰۰ نفخ بسیار شدید  
 ۹۰  
 ۸۰  
 ۷۰  
 ۶۰  
 ۵۰  
 ۴۰  
 ۳۰  
 ۲۰  
 ۱۰  
 نداشتن نفخ ۰

د) در طی ۱۰ روز اخیر چقدر از کارکردن روده های خود ناراضی بوده اید؟ (لطفاً از ۰ تا ۱۰۰ نمره دهید، ۰ به معنای "ناراضی نیستم" و ۱۰۰ به معنای "بسیار ناراضی هستم" می‌باشد)

۱۰۰ بسیار ناراضی ام  
 ۹۰  
 ۸۰  
 ۷۰  
 ۶۰  
 ۵۰  
 ۴۰  
 ۳۰  
 ۲۰  
 ۱۰  
 ناراضی نیستم ۰

ه) چه میزان درد یا ناراحتی شکم یا تغییر کار روده، در این ۱۰ روز گذشته بطور کلی بر زندگی شما اثر داشته یا در روند آن خللی وارد کرده است؟ (لطفاً از ۰ تا ۱۰۰ نمره دهید، ۰ به معنای "هرگز" و ۱۰۰ به معنای "کاملاً" می‌باشد)

۱۰۰ کاملاً  
 ۹۰  
 ۸۰  
 ۷۰  
 ۶۰  
 ۵۰  
 ۴۰  
 ۳۰  
 ۲۰  
 ۱۰  
 هرگز ۰

علائم مکرر یا مداوم خود در در طی شش ماه گذشته را در نظر بگیرید و به موارد زیر پاسخ دهید.

نوع ۱		تکه های سفت جدا از هم - شبیه تنقلات (دفع آن سخت است)
نوع ۲		شکل سوسیس ولی تکه تکه
نوع ۳		شبیه سوسیس ولی هم از توک بر روی سطح مدفوع
نوع ۴		شبیه سوسیس یا مار، نرم و صاف
نوع ۵		تکه های صاف یا تکه های صاف (به راحتی دفع می گردد)
نوع ۶		تکه های پدکی یا تکه های مدفوع
نوع ۷		تکه جامد و خود ندارد کاملاً مانع

۲۹- چند درصد از موارد دفع مدفوع های شما سفت یا قلنبه-قلنبه مانند نوع ۱ و نوع ۲ در تصاویر بالا بود؟

%۰ هرگز  %۱۰  %۲۰  %۳۰  %۴۰  %۵۰  %۶۰  %۷۰  %۸۰  %۹۰  %۱۰۰ همیشه

۳۰- آیا درحالی که از داروی ضداسهال استفاده نکرده بودید، مدفوع های شما سفت یا قلنبه-قلنبه (مانند نوع ۱ یا ۲) بود؟

نه به ندرت  بله

۳۱- چند درصد مواقع در صورت مصرف نکردن داروی ضدیبوست یا تنقیه، کمتر از سه بار در هفته عمل دفع داشتید؟

%۰ هرگز  %۱۰  %۲۰  %۳۰  %۴۰  %۵۰  %۶۰  %۷۰  %۸۰  %۹۰  %۱۰۰ همیشه

۳۲- چند درصد موارد برای دفع باید خیلی زور می زدید؟

%۰ هرگز  %۱۰  %۲۰  %۳۰  %۴۰  %۵۰  %۶۰  %۷۰  %۸۰  %۹۰  %۱۰۰ همیشه

۳۳- چند درصد مواقع احساس کردید که بعد از عمل دفع، مدفوع به طور کامل دفع نشده است؟

%۰ هرگز  %۱۰  %۲۰  %۳۰  %۴۰  %۵۰  %۶۰  %۷۰  %۸۰  %۹۰  %۱۰۰ همیشه

۳۴- چند درصد مواقع در هنگام عمل دفع دارای این احساس بودید که مدفوع نمی تواند دفع شود (گیر کرده)؟

%۰ هرگز  %۱۰  %۲۰  %۳۰  %۴۰  %۵۰  %۶۰  %۷۰  %۸۰  %۹۰  %۱۰۰ همیشه

۳۵- چند درصد مواقع بر روی یا اطراف مقعد خود را فشار داده اید، یا مدفوع را با انگشتان خود خارج کردید، تا بتوانید بطور کامل عمل دفع را

انجام دهید؟

%۰ هرگز  %۱۰  %۲۰  %۳۰  %۴۰  %۵۰  %۶۰  %۷۰  %۸۰  %۹۰  %۱۰۰ همیشه

۳۶- آیا برای درد ذکر شده در بالا دارو مصرف می کنید؟ اگر پاسخ شما "خیر" است به سوال ۳۸ بروید.  
 خیر  بله

۳۷- آیا دارو در کنترل علائم موثر بوده است؟  
 خیر  بله

۳۸- در زمانی که شما دارو یا روش درمانی ضد یبوست (مسهل) مصرف نمی کردید چند درصد موارد مدفوع شما خمیرمانند یا آبکی مانند تصاویر نوع ۶ یا ۷ که در بالا نشان داده شده است، بود؟  
 %۱۰۰ همیشه  %۹۰  %۸۰  %۷۰  %۶۰  %۵۰  %۴۰  %۳۰  %۲۰  %۱۰  هرگز

۳۹- آیا زمانی که برای درمان یبوست دارویی مصرف نمی کنید یا روش درمانی دیگری را اعمال نمی کنید، مدفوع شما خمیر مانند یا آبکی (مثل نوع ۶ یا ۷) وده است؟  
 نه به ندرت  بله

۴۰- چند درصد مواقع علائم مدفوع خمیر مانند یا آبکی بعد از صرف غذا ایجاد شده است؟ (درصد موارد این مدفوع آبکی و شل)  
 %۱۰۰ همیشه  %۹۰  %۸۰  %۷۰  %۶۰  %۵۰  %۴۰  %۳۰  %۲۰  %۱۰  هرگز

۴۱- چند درصد مواقع هنگام دفع مجبور شدید برای انجام عمل دفع سریع به سوی توالت بروید؟  
 %۱۰۰ همیشه  %۹۰  %۸۰  %۷۰  %۶۰  %۵۰  %۴۰  %۳۰  %۲۰  %۱۰  هرگز

عمل دفع از نوع ۱ و ۲ و همچنین از نوع ۶ یا ۷ که در تصاویر بالا نشان داده شده اند، را می توان به عنوان غیر عادی در نظر گرفت. نوع ۱ یا ۲ به معنای این است که شما یبوست دارید، و نوع ۶ یا ۷ به معنای این است که شما اسهال دارید.

۴۲- زمانی که شما مدفوع های غیرطبیعی داشتید، معمولاً آنها چه شکلی هستند؟

معمولاً یبوست  معمولاً اسهال  هر دو اسهال و یبوست یعنی که بیش از یک  در مورد من صدق نمی کند، چون (مانند نوع ۱ یا ۲ در تصویر) (مانند نوع ۶ یا ۷) چهارم موارد دفع غیرطبیعی شکل یبوست و بیش از یک چهارم آن شکل اسهالی بود  هرگز یا به ندرت عمل دفع غیر طبیعی داشتم

۴۳- هر چند وقت یکبار احساس نفخ کردن داشته اید یا متوجه شده اید که شکم شما به طرز غیر معمولی بزرگ شده است؟  
 هرگز  کمتر از یک ماهی یک  ماهی دو  هفته ای  دو تا سه روز  بیشتر روزها (چهار تا شش روز در هفته)  هر روز  چندین بار در روز یا همیشه

۴۴- کدام یک از موارد زیر، در ۳ ماه گذشته از آزار دهنده ترین علائم بوده است؟  
 شکم درد  مدفوع های شل یا آبکی، یا زیادی  چند روز بدون عمل دفع  نفخ کردن یا بزرگتر از حد معمول به نظر آمدن شکم  هیچ کدام از علائم ذکر شده

۴۵- آیا برای درد ذکر شده در بالا دارو مصرف می کنید؟ اگر پاسخ شما "خیر" است به قسمت بعد بروید.  
 خیر  بله

۴۶- آیا دارو در کنترل علائم موثر بوده است؟  
 خیر  بله

FM

بخش ۴

برخی افراد از دردهای طولانی و مکرر در نقاط مختلف بدن رنج می‌برند، به تعداد مناطقی که شما بیش از شش ماه است که درد داشته‌اید توجه کنید. در چه تعداد از این مناطق درد داشته‌اید؟

مناطق

۱- ناحیه‌ای که درد دارد را × بزنید.

<input type="checkbox"/> بازو سمت چپ	<input type="checkbox"/> شانه سمت چپ	<input type="checkbox"/> گردن
<input type="checkbox"/> بازو سمت راست	<input type="checkbox"/> شانه سمت راست	<input type="checkbox"/> فک (آرواره) سمت چپ
		<input type="checkbox"/> فک (آرواره) سمت راست
<input type="checkbox"/> پایین کمر	<input type="checkbox"/> قفسه سینه	<input type="checkbox"/> ساعد سمت چپ
<input type="checkbox"/> بالای کمر	<input type="checkbox"/> شکم	<input type="checkbox"/> ساعد سمت راست
<input type="checkbox"/> ساق پا (پایین زانو) سمت چپ	<input type="checkbox"/> ران (بالای زانو) سمت چپ	<input type="checkbox"/> لگن سمت چپ
<input type="checkbox"/> ساق پا (پایین زانو) سمت راست	<input type="checkbox"/> ران (بالای زانو) سمت راست	<input type="checkbox"/> لگن سمت راست
		<input type="checkbox"/> هیچ دردی در این نواحی

۲- در طی ۶ ماه گذشته موارد زیر با چه شدتی در زندگی شما وجود داشت و تاثیر گذاشت:

مشکلی نبود	مشکل به مقدار ناچیز، عموماً کم یا متناوب	مشکل متوسط، قابل ملاحظه، اغلب در سطح متوسط	مشکل شدید، فراگیر، مداوم، مختل کننده زندگی فردی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۲۸  
۳۶  
۲۷

۳- آیا برای مشکلات بالا دارو مصرف می‌کنید؟

خیر ۱-  بلی ۲-

۴- آیا دارو در کنترل علائم موثر بوده است؟

خیر ۱-  بلی ۲-

CP

بفش ۵

۱- آیا درد سینه ای که در مراجعه به پزشک تشخیص غیر قلبی بودن داده شده است یا به شما گفته شده درد عصبی است یا مشکل قلبی خفیف در حد افتادگی دریچه یا گرفتگی مویرگها وجود دارد؟

۱- خیر  ۲- بلی

۲- آیا به منظور رفع این مشکل برای شما دارو تجویز شده است؟

۱- خیر  ۲- بلی

۳- آیا دارو برای کنترل علائم تان مؤثر بوده است؟

۱- خیر  ۲- بلی

LBP

۴- آیا کمردردی که در مراجعات پزشکی تشخیص بیماری دیسک یا مساله جدی برای شما داده نشده است، وجود دارد؟

۱- خیر  ۲- بلی

۵- آیا به منظور رفع این مشکل برای شما دارو تجویز شده است؟

۱- خیر  ۲- بلی

۶- آیا دارو برای کنترل علائم تان مؤثر بوده است؟

۱- خیر  ۲- بلی



لطفا جوابی که بهترین پاسخ نسبت به هر سوال می باشد را مشخص کنید.

### در شش ماه گذشته

- ۱- در روز چندبار برای ادرار کردن به دستشویی می روید؟  
 ۲۰+    ۱۵-۱۹    ۱۱-۱۴    ۷-۱۰    ۳-۶
- ۲- در هنگام شب برای ادرار چند بار دستشویی می روید؟  
 ۴+    ۳    ۲    ۱    ۰
- ۳- اگر هنگام شب برای دستشویی رفتن بیدار شوید، آیا این کار شما را اذیت می کند؟  
 زیاد    متوسط    کمی    هرگز
- ۴- آیا پس از رفتن به دستشویی، باز هم احساس نیاز به دستشویی دارید؟  
 همیشه    معمولا    گاهی    هرگز
- ۵- آیا پس از رفتن به دستشویی، کمتر از دو ساعت بعد باز هم احساس نیاز به دستشویی دارید؟  
 همیشه    معمولا    گاهی    هرگز
- ۶- اگر احساس ضرورت (نیاز فوری به ادرار کردن) دارید، معمولا چگونه است؟  
 زیاد    متوسط    کم
- ۷- آیا احساس ضرورت (نیاز فوری به ادرار کردن) شما را اذیت می کند؟  
 همیشه    معمولا    گاهی    هرگز
- ۸- آیا در حال حاضر از نظر جنسی فعال هستید؟  
 خیر    بلی
- ۹- اگر از نظر جنسی فعالید، آیا درد یا علامتی حین یا پس از مقاربت جنسی داشته اید یا دارید؟  
 همیشه    معمولا    گاهی    هرگز
- ۱۰- اگر درد دارید، آیا درد باعث می شود که از آمیزش جنسی دوری کنید؟  
 همیشه    معمولا    گاهی    هرگز
- ۱۱- آیا دردی مرتبط با مثانه یا در لگن (واژن، زیر شکم، مجرای ادرار، میان دو راه، بیضه ها، کیسه بیضه ها) خود دارید؟  
 همیشه    معمولا    گاهی    هرگز
- ۱۲- اگر درد دارید، معمولا دردتان چگونه است؟  
 زیاد    متوسط    کم
- ۱۳- آیا دردتان شما را ناراحت (اذیت) می کند؟  
 همیشه    معمولا    گاهی    هرگز
- ۱۴- آیا برای مشکلات بالا دارو مصرف می کنید؟  
 (۲) بلی    (۱) خیر
- ۱۵- آیا دارو در کنترل علائم موثر بوده است؟  
 (۲) بلی    (۱) خیر

Sex

## بخش ۷

اگر در حال حاضر از نظر جنسی فعال هستید، سوالات زیر در مورد احساس رضایت شما از مقاربت جنسی (فعالیت جنسی) و مشکلات احتمالی شما در زمینه مسائل جنسی می‌باشد.

## قسمت اول

۱- آیا تا کنون برای مشکلات جنسی خود مورد بررسی یا تحت درمان قرار گرفته‌اید؟  خیر (۱)  بلی (۲)

۲- در طی هفته گذشته، چند بار مشتاقانه به مسائل جنسی فکر کردید؟

(۱) چندین بار در روز  (۲) حداقل یکبار در روز  (۳) حداقل دوبار در هفته  (۴) حداقل یکبار در هفته  (۵) هرگز

۳- آیا طی هفته گذشته فعالیت جنسی داشتید؟

خیر (۱)  بلی (۲)

اگر بلی لطفاً بقیه پرسشنامه را تکمیل نموده، در غیر این صورت به بخش ۸ بروید.

## قسمت دوم

در طول هفته گذشته:

۴- از ارتباط جنسی چقدر لذت بردید؟

(۱) کاملاً لذت بخش  (۲) گهگاه لذت بخش  (۳) به ندرت لذت بخش  (۴) اصلاً لذت بخش نبود

۵- کلاً، چقدر از فعالیت جنسی خود راضی بودید؟

(۱) کاملاً  (۲) زیاد  (۳) متوسط  (۴) کم  (۵) اصلاً

## قسمت سوم

## فقط برای آقایان

لطفاً سوالات زیر را خوانده، و پاسخی که بیشترین تناسب را با عملکرد شما در طی شش ماه گذشته دارد انتخاب نمایید.

۶- هر چند وقت یکبار نعوظ (سفتی آلت) داشته‌اید؟

(۱) اغلب  (۲) گهگاه  (۳) به ندرت  (۴) هرگز

۷- توانایی خودتان را در نعوظ (سفتی آلت) چگونه توصیف می‌کنید؟

(۱) همیشه قادر به  (۲) بیشتر اوقات قادر به  (۳) اغلب قادر به  (۴) بعضی مواقع قادر به  (۵) هرگز قادر به   
 نعوظ هستم  نعوظ هستم  نعوظ هستم  نعوظ هستم  نعوظ نیستم

۸- آیا مدت زمان زیادی طول می‌کشد تا به نعوظ (سفتی آلت) برسید؟

(۱) خیر  (۲) بلی

۹- اگر قادر به نعوظ (سفتی آلت) هستید، آیا می‌توانید آن را تا زمان مورد نیاز برای مقاربت نگهدارید؟

(۱) خیر  (۲) بلی

۱۰- آیا مشکلی در انزال (خروج منی) داشته‌اید؟

(۱) خیر  (۲) بلی

۱۱- هر چند وقت یکبار بدون انزال (خروج منی) یا با انزال کم، به اوج لذت جنسی رسیده‌اید؟

(۱) همیشه  (۲) معمولاً  (۳) بیشتر اوقات  (۴) گهگاه  (۵) به ندرت یا هرگز

۱۲- هر چند وقت یکبار دچار دیر انزالی شده‌اید (مدت زمان زیادی تا انزال طول بکشد)؟

(۱) همیشه  (۲) معمولاً  (۳) بیشتر اوقات  (۴) گهگاه  (۵) به ندرت یا هرگز

۱۳- هر چند وقت یکبار دچار زود انزالی (خروج زود هنگام منی) شده‌اید؟

(۱) همیشه  (۲) معمولاً  (۳) بیشتر اوقات  (۴) گهگاه  (۵) به ندرت یا هرگز

### قسمت سوم

#### فقط برای خانمها

لطفاً سوالات زیر را خوانده و پاسخی که بیشترین تناسب را با عملکرد شما در طی شش ماه گذشته دارد انتخاب نمایید.

۶- هر چند وقت یکبار از نظر جنسی تحریک شدید؟

- (۱) اغلب  (۲) گهگاه  (۳) به ندرت  (۴) هرگز

۷- آیا به راحتی از نظر جنسی تحریک شده‌اید؟

- (۱) خیلی راحت  (۲) گهگاه راحت  (۳) به ندرت راحت  (۴) اصلاً راحت نبود

۸- آیا در طی نزدیکی به آسانی حالت نرم و لیز بودن مهبل پیدا می‌کردید؟

- (۱) همیشه  (۲) معمولاً  (۳) بیشتر اوقات  (۴) گهگاه  (۵) خیلی به ندرت یا هرگز

۹- هر چند وقت یکبار در رسیدن به اوج لذت جنسی مشکل داشتید؟

- (۱) همیشه  (۲) معمولاً  (۳) بیشتر اوقات  (۴) گهگاه  (۵) خیلی به ندرت یا هرگز

۱۰- هر چند وقت یکبار قادر نبودید که به اوج لذت جنسی برسید؟

- (۱) همیشه  (۲) معمولاً  (۳) بیشتر اوقات  (۴) گهگاه  (۵) خیلی به ندرت یا هرگز

۱۱- چقدر از توانایی تان برای رسیدن به اوج لذت جنسی راضی بودید؟

- (۱) زیاد  (۲) متوسط  (۳) کم  (۴) اصلاً

۱۲- چقدر نسبت به شدت اوج لذت جنسی تان راضی بودید؟

- (۱) زیاد  (۲) متوسط  (۳) کم  (۴) اصلاً

### قسمت چهارم

۱۴- آیا برای مشکلات بالا دارو مصرف می‌کنید؟

- (۱) خیر  (۲) بلی

۱۵- آیا دارو در کنترل علائم موثر بوده است؟

- (۱) خیر  (۲) بلی

Me

بخش ۸

در صورتی که از سردرد رنج می‌برید به سوالات زیر پاسخ دهید.

۱- تقریباً چند روز در ماه از سردرد رنج برده‌اید؟

- ۱ روز  
 ۲ بیشتر از ۱ روز تا ۱۴ روز  
 ۳ بیش از ۱۴ روز

۲- سردردها معمولاً بدون دارو چه مدت زمانی طول می‌کشد؟ (مدت زمان سردرد اگر کوتاه مدت است به دقیقه یا ساعت و اگر طولانی است به روز ذکر شود و در هر مربع یک عدد نوشته شود مثلاً

۱	۲
---	---

دقیقه و یا  ساعت و یا  روز

۳- شدت سردرد شما بدون دارو چقدر است؟

- کم (۱)  متوسط (۲)  زیاد (۳)  بسیار شدید (۴)

۴- سردرد شما مانع انجام کدامیک از فعالیتهای زیر می‌شود؟

- (۱) فعالیتهای تحصیلی/کار  (۲) فعالیتهای روزمره  (۳) اثری روی فعالیتهای روزانه ندارد

۵- جایی که احساس درد می‌کنید کجاست؟

- (۱) فقط سمت چپ  (۲) فقط سمت راست  (۳) گاهی سمت راست یا سمت چپ  (۴) هر دو طرف راست و چپ  (۵) جلوی پیشانی  (۶) شقیقه  (۷) پشت چشم  (۸) پشت سر  (۹) گردن

۶- کیفیت سردرد خود را توصیف کنید؟

- (۱) فشار دهنده  (۲) تیز/تیر کشنده  (۳) تپنده/دل‌زننده  (۴) سوزشی  (۵) سنگین شدن

۷- کدام یک از علائم زیر را معمولاً / گاهی در حین سردرد تجربه کرده‌اید؟ (می‌توانید چند جواب بزنید)

- (۱) تهوع  (۲) استفراغ  (۳) نور روشن یا خورشید شما را اذیت کند  (۴) صدای بلند شما را اذیت کند  (۵) بوها یا عطرها یا شما را اذیت کند  (۶) سرگیجه/سبکی سر/احساس چرخیدن سر  (۷) بی‌حسی/سوزن سوزن (مور مور) شدن  (۸) افزایش حساسیت پوست سر/ مو/ گوش  (۹) اشک چشم  (۱۰) آبریزش یا گرفتگی بینی  (۱۱) مشکل در تمرکز کردن  (۱۲) تغییرات خلق/کج خلقی (زودرنجی)  (۱۳) هیچکدام

۸- آیا برای سردردتان دارو مصرف می‌کنید؟

- (۱) خیر  (۲) بلی

۹- آیا دارو در کنترل سردرد مؤثر بوده است؟

- (۱) خیر  (۲) بلی

Lu

**بخش ۹**

طی شش ماه گذشته اگر **علائم ریوی و حساسیت** داشتید در پاسخ به سوال سمت راست یکی از موارد به ندرت، گهگاه، خیلی اوقات و یا همیشه را علامت بنزید و سپس در پاسخ به سوال سمت چپ در مورد شدت آزاری که در مورد ان علامت دیده اید پاسخ (مختصر، تاحدودی و یا خیلی بد) را بدهید و اگر علائم پایین را نداشتید پاسخ هرگز را علامت بنزید.

اگر این علامت ها را حس می کردید شدت ایجاد ناخوشی و اذیت آن برای شما چقدر بود؟			در طی شش ماه گذشته حدودا چه مدتی علائم زیر را حس می کردید؟					
مختصر	تاحدودی	خیلی بد	همیشه	خیلی اوقات	گهگاه	به ندرت	هرگز	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خس خس سینه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرفه خلط دار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرفه خشک
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کهیر پوستی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلط پشت حلق/گرفتگی بینی/آبریزش بینی بدون سرماخوردگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آبریزش چشمها/خارش چشم/قرمزی چشم بدون سرماخوردگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اگزما/قرمزی پوست/ترک خوردن پوست بجز کف پا/خشکی پوست/خارش بدن

۱  
۲  
۳  
۴  
۵  
۶  
۷

PH

بخش ۱۰

در این قسمت بیماری‌هایی که قبلاً توسط پزشک برای شما تشخیص داده شده است آمده، در صورتی که سابقه بیماری‌های مذکور را دارید در قسمت "بلی" علامت بزنید و چنانچه "بلی" را علامت زدید، سن تقریبی خود را در زمان تشخیص بیماری بنویسید. مثلاً اگر در ۱۲ سالگی تشخیص بیماری صرع داشتید به صورت زیر در مربع‌ها بنویسید.

## سوابق بیماریهای مزمن

سن در زمان تشخیص				بیماری
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	بیماریهای عروق قلب شامل آنژین صدری
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	نارسایی قلب
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	سکته قلبی
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	افزایش فشار خون
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	دیابت
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	تیروئید
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	سکته مغزی
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	صرع
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	بیماری MS
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	بیماریهای مزمن ریوی (آسم)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	بیماریهای مزمن ریوی (برونشیت)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	کبد چرب در سونوگرافی
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	سنگ کیسه صفرا در سونوگرافی یا عمل شده
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	سنگ کلیه در سونوگرافی
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ۱-بلی	<input type="checkbox"/> ۲-خیر	<input type="checkbox"/> ۳-نمی‌دانم	بیماریهای روماتیسمی

شماره

Drug

بفش ۱۱

در صورتی که در یک ماه اخیر داروهای زیر را مصرف می کنید در قسمت "بلی" علامت بزنید در غیر این صورت "خیر" را علامت بزنید.

داروهای مصرفی

نام دارو	۱- بلی	۲- خیر	نام دارو	۱- بلی	۲- خیر
ضد فشار خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضد چربی خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کاهنده قند خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسپرین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آنتی بیوتیک ( یک ماه اخیر)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	امپرازول و یا پنتوپرازول و یا لانزوپرازول و یا رابیزول	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فلوکستین و یا سیتالوپرام و یا استرا و یا اس سیتالوپرام و یا سرتالین و یا فلوواکسامین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

PH

بخش ۱۲

در صورتی که در خانواده (به کدها رجوع کنید)، سابقه بیماری‌های زیر را دارید برای هر بیماری قسمت "بلی" را علامت بزنید و در صورت علامت زدن "بلی" نسبت فامیلی را مشخص نمایید. اگر خویشاوندان درجه ۱ باشند عدد "۱" اگر درجه ۲ باشند عدد "۲" و برای درجه ۳ عدد "۳" را بنویسید.

سابقه خانوادگی بیماری‌ها

نسبت

بیماری	نسبت		
	۳	۲	۱
بیماریهای ایسکمیک قلبی (آنژین، سکته قلبی و ...)			
فشار خون			
دیابت			
سکته مغزی			
صرع			
بیماری MS			
سردرد مزمن و راجعه			
اختلالات شناختی (آلزایمر و ...)			
اختلالات روانپزشکی (افسردگی و ...)			
بیماریهای روماتیسمی			
سرطان دستگاه گوارش			
سرطان پوست			
سرطان مثانه			
سرطان پستان			
سرطان خون و لنف			
سرطان پروستات			
سرطان ریه			
سرطان مغز و اعصاب مرکزی			
سرطان حنجره			
سرطان زبان			
سرطان رحم			
سرطان تخمدان			
معلولیت ذهنی			
معلولیت حرکتی			

کد نسبت‌های فامیلی		
۱- پدر، مادر، برادر، خواهر، فرزندان	۲- خویشاوندان خونی درجه دو (عمو، عمه، دایی و خاله) پدر بزرگ، مادر بزرگ	۳- خویشاوندان خونی درجه سه (عمو زاده، عمه زاده، خاله زاده و دایی زاده)

فامیلی



MP

## بفش ۱

به هر یک از سوالات زیر که در مورد طرز غذا خوردن شما می باشد، با دقت پاسخ دهید.

۱- روزانه چند وعده غذایی اصلی می خورید

- (۱) ۱ وعده  (۲) ۲ وعده  (۳) ۳ وعده

۲- روزانه چند میان وعده می خورید؟ (منظور از میان وعده، خوردن هر چیزی خارج از وعده های غذایی است. مثلاً خوردن یک سیب یا یک تکه کیک یا یک لیوان شیر یا یک شکلات

- (۱) میان وعده نمی خورم  (۲) ۱-۲ میان وعده  (۳) ۳-۵ میان وعده  (۴) بیش از ۵ میان وعده

۳- حجیم ترین وعده غذایی شما در طی روز کدام وعده است؟

- (۱) صبحانه  (۲) نهار  (۳) عصرانه  (۴) شام

۴- آیا شما در روزهای تعطیل بیشتر از روزهای عادی هفته غذا می خورید؟

- (۱) هیچ وقت  (۲) گاهی  (۳) اغلب  (۴) همیشه

۵- در هنگام غذا خوردن چقدر غذای خود را می جوید؟

- (۱) کم  (۲) متوسط  (۳) زیاد

۶- معمولاً ناهار خوردن شما چقدر طول می کشد؟

- (۱) ناهار نمی خورم  (۲) بیشتر از ۲۰ دقیقه  (۳) ۱۰-۲۰ دقیقه  (۴) کمتر از ۱۰ دقیقه

۷- معمولاً خوردن شام چقدر طول می کشد؟

- (۱) شام نمی خورم  (۲) بیشتر از ۲۰ دقیقه  (۳) ۱۰-۲۰ دقیقه  (۴) کمتر از ۱۰ دقیقه

۸- معمولاً فاصله زمانی بعد از ناهار خوردن تا دراز کشیدن چقدر است؟

- (۱) دراز نمی کشم  (۲) کمتر از نیم ساعت  (۳) نیم تا ۲ ساعت  (۴) ۲-۴ ساعت  (۵) بیشتر از ۴ ساعت

۹- معمولاً چه مدت بعد از خوردن شام به رختخواب می روید؟

- (۱) کمتر از نیم ساعت  (۲) نیم تا ۲ ساعت  (۳) ۲-۴ ساعت  (۴) بیشتر از ۴ ساعت

۱۰- معمولاً چه مدت بعد از خوردن آخرین میان وعده بعد از شام (مثلاً خوردن یک میوه یا یک لیوان چای) به رختخواب می روید؟

- (۱) نمی خورم  (۲) کمتر از نیم ساعت  (۳) نیم تا ۲ ساعت  (۴) بیشتر از ۲ ساعت

۱۱- چند روز در هفته صبحانه می خورید؟

- (۱) هرگز یا ۱ روز  (۲) ۲-۴ روز  (۳) ۵-۶ روز  (۴) هر روز

۱۲- معمولاً چند روز در هفته صبحانه شما را فقط مایعات (چای یا شیر) تشکیل می دهد؟

- (۱) هرگز یا ۱ روز  (۲) ۲-۴ روز  (۳) ۵-۶ روز  (۴) هر روز

۱۳- معمولاً چند روز در هفته ناهار می خورید؟

- (۱) هرگز یا ۱ روز  (۲) ۲-۴ روز  (۳) ۵-۶ روز  (۴) هر روز

۱۴- معمولاً چند روز در هفته شام می خورید؟

- (۱) هرگز یا ۱ روز  (۲) ۲-۴ روز  (۳) ۵-۶ روز  (۴) هر روز

۱۵- معمولاً چند روز در هفته عصرانه می خورید؟

- (۱) هرگز یا ۱ روز  (۲) ۲-۴ روز  (۳) ۵-۶ روز  (۴) هر روز

۱۶- آیا همراه غذای خود یا بلافاصله قبل و بعد از آن، مایعات (آب، نوشابه، دوغ، دلستر) می نوشید؟

- (۱) هیچ وقت  (۲) گاهی  (۳) اغلب  (۴) همیشه

۱۷- معمولاً همراه غذای خود، چه میزان مایعات می نوشید؟

- (۱) ۱ لیوان یا کمتر  (۲) ۲-۳ لیوان  (۳) ۳-۴ لیوان  (۴) بیشتر از ۴ لیوان

۱۸- معمولاً دمای مایعاتی که هنگام ناهار یا شام می نوشید چگونه است؟

- (۱) معمولی  (۲) سرد  (۳) خیلی سرد

۱۹- روزانه چند لیوان آب می نوشید؟

- (۱) کمتر از ۲ لیوان  (۲) ۲-۵ لیوان  (۳) ۶-۸ لیوان  (۴) بیشتر از ۸ لیوان

۲۰- آیا سر سفره غذا، به غذای خود نمک اضافه می کنید؟

- (۱) هرگز  (۲) گاهی  (۳) اغلب  (۴) همیشه

لطفاً عبارتهای زیر را خوانده و به هر یک به طور صحیح و صادقانه پاسخ دهید.

ردیف	عبارت	همیشه	معمولاً	اغلب اوقات	گاهگاه/به ندرت/هرگز
۱-	ترس شدید از افزایش وزن دارم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲-	وقتی گرسنه هستم از خوردن اجتناب می‌کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳-	همه چیزم ( وجودم ) غذا خوردن شده است.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴-	مجبور به پر خوری هستم به طوری که احساس می‌کنم نمی‌توانم خوردن را متوقف کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵-	کل وعده غذا را به قسمت‌های کوچکتر تقسیم می‌کنم و می‌خورم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶-	از میزان کالری غذایی که می‌خورم آگاهی دارم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷-	از خوردن غذاهایی که حاوی مواد نشاسته‌ای است ( نظیر سیب زمینی، برنج، نان و ... ) پرهیز می‌کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸-	احساس می‌کنم دیگران دوست دارند من بیشتر غذا بخورم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹-	بعد از خوردن غذا به طور عمد استفراغ می‌کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰-	بعد از غذا از اینکه چیزی خورده‌ام شدیداً احساس گناه می‌کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱-	همیشه به این فکر می‌کنم که باید لاغر تر شوم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲-	ورزش را به هدف مصرف کالری انجام می‌دهم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳-	دیگران فکر می‌کنند من خیلی لاغرم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴-	همیشه به این فکر می‌کنم که اندام من چربی زیادی دارد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵-	غذا خوردن من بیشتر از دیگران طول می‌کشد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۶-	از خوردن غذاهای حاوی مواد قندی ( نظیر شربت، بستنی، نوشابه و ... ) امتناع می‌ورزم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۷-	از غذاهای رژیمی استفاده می‌کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۸-	احساس می‌کنم نظم زندگی من بر اساس غذا خوردن قرار دارد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۹-	کنترلی بر غذای مصرفی ندارم در حالی که به آن تظاهر می‌کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۰-	احساس می‌کنم دیگران برای خوردن غذا به من زیاد اصرار می‌کنند.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۱-	مدت زمان زیادی فکر من به غذا مشغول می‌شود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۲-	بعد از خوردن شیرینی جات احساس ناراحتی و پشیمانی می‌کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۳-	در حال حاضر در رژیم لاغری هستم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۴-	دوست دارم معده ام خالی باشد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۵-	بعد از خوردن غذا به دنبال حالت تهوع، استفراغ می‌کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۶-	از خوردن غذای چرب و شیرین جدید لذت می‌برم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B5Q

## بخش ۳

در مدت ۴ هفته گذشته چه احساسی نسبت به شکل ظاهری خود داشته اید. لطفاً هر سوال را به دقت بخوانید و عدد مناسب را مشخص کنید.

هرگز	به ندرت	گاهگاه	اغلب	بیشتر اوقات	همیشه	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- آیا از اینکه ممکن است چاق یا چاقتر شده باشید نگران بوده‌اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- آیا احساس سیری کامل (بعد از خوردن غذای حجیم) در شما احساس چاق بودن ایجاد کرده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا فکر کردن در مورد شکل ظاهری‌تان مزاحم توانایی تمرکزتان روی کارها شده است (مثلاً در هنگام تماشای تلویزیون، مطالعه، گوش دادن به مکالمه)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- آیا راجع به این فکر می‌کردید که چطور می‌شد نواحی چربی اضافه بدن‌تان را جدا کنید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- آیا بی‌نهایت احساس گنده بودن و گردی کرده‌اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- آیا فکر کرده‌اید که شما به این دلیل شکل ظاهری‌تان اینگونه است که کنترل کمی روی خودتان دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- آیا دیدن عکس‌تان (مثلاً در آینه یا پنجره مغازه‌ها) احساس بدی نسبت به شکل ظاهری‌تان ایجاد می‌کند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸- آیا مخصوصاً زمانی که در کنار افراد دیگر می‌باشید، نسبت به شکل ظاهری خودتان آگاهی دارید؟

581

بخش ۴

موارد زیر کارهایی است که آدم در موقع فشار روحی ممکن است انجام دهد. لطفاً مشخص کنید در وقت فشار روحی برای مقابله با استرس از چه روشهایی و به چه مقدار استفاده می کنید؟

چه مقدار از این روش استفاده می کنید			برای مقابله با استرسها و فشارهای روانی سعی می کنم
اغلب	گاهی	هرگز	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- کارها و مهارت های جدید یاد بگیرم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- برای مهار کردن اوضاع بیشتر فکر کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- برای حل مشکلم نقشه بکشم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- هر کاری را به موقع انجام بدهم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- برای رفع مشکلم بیشتر تلاش کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- از تجربه قبلی ام استفاده کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- علاوه بر بدی های شرایطی که در آن بودم، به جنبه های خوبش هم فکر کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸- به خودم حرفهای مثبت و امیدوار کننده بزنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹- برای دلگرمی و امیدواری به سراغ دوستان و خانواده خود بروم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰- در مورد حالم با خانواده یا دوستانم صحبت کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱- برای جلب همدردی دیگران تلاش کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲- از مذهب، خدا یا ائمه اطهار کمک بگیرم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳- به توصیه های دیگران عمل کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴- با افراد فهمیده مشورت کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۵- با افرادی که توان کمک به من را دارند، مشورت کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۶- با افرادی که وضعی شبیه خودم داشته اند، صحبت کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷- اگر نتوانم وضع را تغییر بدهم آن را بپذیرم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸- یاد بگیرم چگونه با مشکلم زندگی کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۹- مشکلم را نادیده بگیرم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۰- وضعی را که در آن هستم، نپذیرم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۱- به آینده ای فکر کنم که مشکلات بر طرف شده و در آرامش و آسایش هستم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۲- برای فرار از شرایط بیشتر بخوابم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۳- خودم را با کتاب، موسیقی یا تلویزیون و مانند اینها سرگرم کنم.

پرسشنامه حاضر در مورد فعالیت و تحرک شما در زندگی روز مره طراحی شده است با دقت به سوالات زیر در یک هفته گذشته پاسخ دهید. (در مورد سوالاتی که باید پاسخ به صورت عدد نوشته شود در هر مربع یک عدد نوشته شود مثلا عدد ۱۲ به

۱	۲
---	---

صورت روبرو نوشته شود)

در طول هفته گذشته:

### فعالیت شغلی

در ابتدا در مورد فعالیت بدنی در محل کار بیاندهشید. منظور از کار هر نوع شغل با حقوق و یا بدونی حقوقی است که به طور معمول در طول هفته انجام می‌دهید. کارهای عام المنفعه، درس خواندن و تحصیل و کارهای روزمره خانه داری نیز به عنوان کار در نظر گرفته می‌شوند. در سوالاتی که مطرح می‌شود "فعالیت بدنی سنگین" به فعالیتی گفته می‌شود که توان بدنی زیادی می‌خواهد و منجر به افزایش زیادی در تنفس و ضربان قلب می‌گردد. "فعالیت بدنی متوسط" نیز به فعالیتی گفته می‌شود که با توان بدنی متوسط انجام می‌شود و سبب افزایش کمی در تنفس و ضربان قلب می‌گردد.

۱- آیا شما در حین کارتان "فعالیت بدنی سنگین" که سبب افزایش زیاد تنفس و ضربان قلب می‌شود (مانند بلند کردن یا حمل اشیاء سنگین، بالا رفتن از پله) و حداقل ده دقیقه به طول بیانجامد، انجام می‌دهید؟

(۱) بلی  (۲) خیر  اگر بلی به سوال ۲ و اگر خیر به سوال ۴ بروید

۲- در یک هفته معمولی در چند روز "فعالیت بدنی سنگین" جزئی از کارتان است؟

تعداد روزها در یک هفته:  روز (این عدد باید بین ۱ تا ۷ باشد)

۳- "فعالیت بدنی سنگین" در یک روز معمول کاری، چه مدت زمانی طول می‌کشد؟

مدت: (دقیقه/ساعت)  /

۴- آیا شما در حین کارتان "فعالیت بدنی متوسط" که سبب افزایش کمی در تنفس و ضربان قلب می‌شود (مانند راه رفتن سریع یا بلند کردن یا حمل اشیاء سبک یا کارهای منزل مثل جارو کردن، گردگیری) و حداقل ده دقیقه به طول بیانجامد، انجام می‌دهید؟

(۱) بلی  (۲) خیر  اگر بلی به سوال ۵ و اگر خیر به سوال ۷ بروید

۵- در یک هفته معمولی در چند روز "فعالیت بدنی متوسط" جزئی از کارتان است؟

تعداد روزها در یک هفته:  روز (این عدد باید بین ۱ تا ۷ باشد)

۶- "فعالیت بدنی متوسط" در یک روز معمول کاری، چه مدت زمانی طول می‌کشد؟

مدت: (دقیقه/ساعت)  /

### جابجایی‌های درون شهری

سوالات بعدی در مورد فعالیت بدنی در زمان جابجایی‌های درون شهری مانند جابجایی برای رسیدن به محل کار یا خرید و یا دیدار اقوام و دوستان و یا رفتن به مسجد، مطرح می‌شود. لطفا جابجایی‌هایی که در زمان کارتان انجام می‌دهید، در نظر بگیرید.

۷- آیا شما برای جابجایی‌های درون شهرتان از دوچرخه و یا پیاده روی استفاده می‌کنید؟

(۱) بلی  (۲) خیر  اگر بلی به سوال ۸ و اگر خیر به سوال ۱۰ بروید

۸- در یک هفته معمولی، چند روز از پیاده روی و یا دوچرخه سواری برای جابجایی‌های درون شهری استفاده می‌کنید؟

تعداد روزها در یک هفته:  روز (این عدد باید بین ۱ تا ۷ باشد)

۹- در یک روز معمولی برای سفرهای درون شهری چه مدت زمانی را به پیاده روی یا دوچرخه سواری اختصاص می‌دهید؟

مدت: (دقیقه/ساعت)  /

## فعالیت‌های اوقات فراغت

لطفا سوالات بعدی را با حذف فعالیت‌های محل کار و جابجایی درون شهری پاسخ دهید. اکنون سوالاتی در مورد ورزش کردن و همین طور فعالیت‌های اوقات فراغت از شما می‌پرسم. لطفاً به فعالیت‌هایی که به طور معمول در اوقات فراغت خود انجام می‌دهید بیاندیشید.

۱۰- آیا شما در اوقات فراغتتان حداقل به مدت ۱۰ دقیقه، ورزش یا فعالیت بدنی سنگین که سبب افزایش زیاد تنفس و ضربان قلب (مانند فوتبال، دویدن، بدنسازی، کوهنوردی، بسکتبال، شنا یا نرمش ایروبیکی) گردد، انجام می‌دهید؟  
(۱) بلی  (۲) خیر  اگر بلی به سوال ۱۱ و اگر خیر به سوال ۱۳ بروید

۱۱- در یک هفته معمولی در چند روز در اوقات فراغتتان "فعالیت بدنی سنگین" انجام می‌دهید؟  
تعداد روزها در یک هفته:  روز (این عدد باید بین ۱ تا ۷ باشد)

۱۲- در یک روز معمولی چه مدت زمانی را در اوقات فراغت به "فعالیت بدنی سنگین" می‌پردازید؟  
مدت: (دقیقه/ساعت)  /

۱۳- آیا شما در اوقات فراغتتان حداقل به مدت ۱۰ دقیقه، ورزش یا فعالیت بدنی متوسط که سبب افزایش کمی تنفس و ضربان قلب (مانند راه رفتن سریع، دوچرخه سواری، والیبال، حرکات موزون) گردد، انجام می‌دهید؟  
(۱) بلی  (۲) خیر  اگر بلی به سوال ۱۴ و اگر خیر به سوال ۱۶ بروید

۱۴- در یک هفته معمولی در چند روز در اوقات فراغتتان "فعالیت بدنی متوسط" انجام می‌دهید؟  
تعداد روزها در یک هفته:  روز (این عدد باید بین ۱ تا ۷ باشد)

۱۵- در یک روز معمولی چه مدت زمانی را در اوقات فراغت به "فعالیت بدنی متوسط" می‌پردازید؟  
مدت: (دقیقه/ساعت)  /

## رفتار کم تحرک

۱۶- در یک روز معمولی چه مدت زمانی را در حالت نشسته (مثل کار با رایانه، تماشای تلویزیون، مطالعه، گپ با دوستان یا فعالیت نشسته در محل کار) یا لم داده می‌گذرانید؟  
مدت: (دقیقه/ساعت)  /

RS

بخش ۴

پرسشهای زیر در مورد رفتارهای خواب شما در یک ماه گذشته است. پاسخ های شما باید در برگیرنده حالتهای جامع در اکثر روزها و شبهای ماه گذشته باشد. لطفاً به همه پرسشها پاسخ دهید.

(در مورد سوالات ۱ تا ۵ که باید عدد نوشته شود در هر مربع یک عدد نوشته شود مثلاً 

۱	۲
---	---

 عدد ۱۲ به صورت روبرو نوشته شود)

در طول ماه گذشته

<input type="text"/>	۱- معمولاً چه ساعتی به رختخواب می‌رفتید؟
<input type="text"/>	۲- معمولاً چند دقیقه از دراز کشیدن تا به خواب رفتن شما طول می‌کشد؟
<input type="text"/>	۳- معمولاً چه ساعتی از خواب بیدار می‌شدید؟
<input type="text"/>	۴- طول مدت خواب واقعی شما در شب معمولاً چند ساعت بوده است؟ (این مقدار یا ساعتی که در رختخواب دراز می‌کشید متفاوت است)
<input type="text"/>	۵- خواب واقعی ظهر شما چند دقیقه بوده است؟ (این مقدار یا ساعتی که در رختخواب دراز می‌کشید متفاوت است)

هیچ مرتبه	کمتر از یکبار در طول هفته	یک یا دوبار در طول هفته	سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- در به خواب رفتن، مشکل داشته‌اید (بعد از گذشت ۳۰ دقیقه از دراز کشیدن به خواب نمی‌رفتید).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- در خوابیدن، مشکل داشته‌اید ( نیمه شب یا صبح خیلی زود از خواب پریدید)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸- جهت خوابیدن چند مرتبه مجبور به استفاده از داروی خواب‌آور شده‌اید؟
خیلی خوب	نسبتاً خوب	نسبتاً بد	خیلی بد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹- کیفیت خواب خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟



بخش ۱

بله	خیر	قسمت اول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در حال حاضر، آیا نگرانید که مبادا یک ناخوشی جدی داشته باشید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در حال حاضر، وقتی دچار مشکلاتی مثل خون‌دماغ، سرماخوردگی، سردرد و ... می‌شوید، آیا می‌ترسید منجر به بیماری جدی شود؟ (مثلاً نگران می‌شوید، با پزشک‌تان مشورت می‌کنید، آزمایش می‌دهید، به اورژانس می‌روید یا به کتاب‌های پزشکی مراجعه می‌کنید.)
<b>اگر پاسخ شما به دو سوال فوق منفی است به قسمت دوم بروید.</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در حال حاضر، اگر پزشک به شما اطمینان بدهد که هیچ بیماری مهمی ندارید و سالم هستید، آیا به حرف او اعتماد می‌کنید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا در ۶ ماه گذشته چنین ترس و نگرانی‌ای داشته‌اید؟

DP سوالات زیر در مورد ارتباط حالات روحی و روانی شما با مشکلات جسمی شما می‌باشد. لطفاً به سوالات با دقت پاسخ دهید.

بله	خیر	قسمت دوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در حال حاضر، آیا به دلیل ترس از ابتلا به یک بیماری جدی و خطرناک، دچار اضطراب شدید یا حمله‌های هراس شده‌اید؟
<b>اگر پاسخ شما منفی است به قسمت سوم بروید.</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اگر پزشک و یا جواب آزمایش‌ها نشان بدهد که هیچ ناخوشی‌ای ندارید، باز هم می‌ترسید به یک بیماری خطرناک (مثل ایدز و سرطان) مبتلا شده باشید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا ترس شما از ابتلا به یک ناخوشی جدی، بیش از شش ماه طول می‌کشد؟ (بیش از ۶ ماه است که از یک ناخوشی جدی می‌ترسید؟)

بله	خیر	قسمت سوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا تا به حال بی‌جهت حس مرگ به شما دست داده است یا حالتی که مطمئن بودید که به زودی خواهید مرد؟
<b>اگر پاسخ شما منفی است به قسمت چهارم بروید.</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا از خبرهایی که شما را به یاد مرگ می‌اندازد واهمه دارید؟ (مانند مراسم ترحیم، آگهی درگذشت)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا شما از موقعیت‌هایی که شما را به یاد مرگ می‌اندازد دوری می‌کنید؟ (مثلاً کانال تلویزیون را عوض کنید، یا گفت‌وگویی را که در مورد افراد فوت شده، یک تصادف یا فاجعه است، قطع کنید)

بله	خیر	قسمت چهارم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا تا به حال برای درمیان گذاشتن علائم جدی‌تان با پزشک اهمال کرده‌اید و یا تشخیص و درمان و توصیه‌های پزشک‌تان را نادیده گرفته‌اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اگر پزشک به شما بگوید که یک مشکل پزشکی دارید و برای شما دارو، یک رژیم غذایی مناسب و یا یک فعالیت بدنی متناسب تجویز کند، به توصیه‌های او عمل می‌کنید؟
<b>اگر پاسخ شما به سوال اول منفی و سوال دوم بلی است به قسمت پنجم بروید.</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا پزشک صراحتاً به شما گفت بیماری دارید و توضیح داد در مورد بیماری و درمان آن چه باید بکنید؟



AR

خیر	بله	قسمت هشتم
-----	-----	-----------

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | اگر شما یک یا بیش از یکی از مشکلات جسمی که پیش از این ذکر شد را داشته‌اید (مثل تپش قلب، عرق کردن، رعشه، گر گرفتگی، علائم گوارشی، سرگیجه، درد عضلانی، خستگی دائمی، مشکل تعادل، فلج بخشی از بدن، از دست دادن صدا، اختلال در خوردن، دوپینی، از دست دادن بینایی، تشنج و یا غش کردن) و پزشک هیچ علت مشخص پزشکی برای آن نیافته است، آیا زمان دقیق شروع این علائم را به یاد می‌آورید؟ |
|--------------------------|--------------------------|--|

**اگر پاسخ شما منفی است به قسمت نهم بروید.**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا این مشکلات در حدود همان تاریخی رخ داده که اتفاق مهمی قبلاً برای‌تان پیشامد کرده: یا در همان سنی پیدا شده که یکی از اعضای خانواده شما بیمار شده و یا فوت کرده است؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | اگر بله، آیا فکر می‌کنید این علائم به آن اتفاق مربوط بوده است؟  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا از اعضای خانواده شما کسی بوده که در حدود همین سن فعلی شما به بیماری وخیمی مبتلا شده یا فوت کرده باشد؟   |

TA

خیر	بله	قسمت نهم
-----	-----	----------

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | اغلب بعد از اتمام زمان (شیفت) کاری برای تمام کردن کارها در زمان مقرر، به‌ویژه در جاهایی که مسئولیت دارید، می‌مانید؟            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا اغلب برای به موقع تمام کردن کارهایی که آغاز کرده‌اید (چه در محل کار باشید یا نباشید)، احساس اضطراب می‌کنید؟                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا سریع و انفجاری حرف می‌زنید، حرکات ناگهانی بدن دارید، دست خود را زیاد حرکت می‌دهید و عضلات صورت را سفت می‌گیرید؟            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا هر وقت به شدت احساس عجله و تنگی وقت می‌کنید، با افراد دور و برتان پرخاشگری می‌کنید؟  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا اغلب احساس تحریک‌پذیری و تندمزاجی دارید؟   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا عادت دارید خیلی سریع و شتاب‌زده راه بروید، حرکت کنید، کار کنید و بدن خود را تند حرکت دهید؟                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا احساس می‌کنید که همزمان افکار و نظرات بسیاری در سر دارید؟  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا احساس می‌کنید که در کارتان بسیار بلندپرواز هستید و دوست دارید موفقیت‌های زیادی به دست بیاورید و از دیگران سرشناس‌تر باشید؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا شما با اطرافیان خود احساس رقابت دارید؟   |

**اگر به کمتر از ۵ مورد از سوالات بالا پاسخ مثبت داده اید، به قسمت دهم بروید.**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا شما حداقل یک مشکل جسمی (مثل تپش قلب، عرق کردن، درد عضلانی و دل‌درد، اختلالات روده‌ای، تنفس تند، تشنج، و یا غش کردن) دارید؟ |
|--------------------------|--------------------------|--|

IM

خیر	بله	قسمت دهم
-----	-----	----------

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بعضی وقت‌ها که تحریک‌پذیر می‌شوید (چه کوتاه یا بلندمدت، گاه به گاه یا همیشگی)، به تلاش زیادی نیاز دارید تا اعصاب خود را کنترل کنید؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا رفتارها یا گفتارهای انفجاری و غیر قابل کنترل دارید (مثل فریاد زدن، در را محکم بستن، محکم با مشت بر روی میز کوبیدن)؟             |

**اگر پاسخ شما به دو سوال فوق منفی است به قسمت یازدهم بروید.**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بعد از این رفتارها، آیا هنوز احساس بدی دارید؟   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | زمانی که حساس و تحریک‌پذیر هستید آیا احساس می‌کنید که ضربان قلب‌تان افزایش یافته است و به دنبال آن دچار علائم جسمی دیگری نیز می‌شوید؟ |

		DM		قسمت یازدهم
بله	خیر			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا احساس می کنید نمی توانید انتظاراتی که از خود دارید و یا انتظاراتی را که دیگران از شما دارند (در مورد کار، خانواده، وضعیت اجتماعی و یا اقتصادی)، برآورده کنید؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا الان مشکلی اضطراری وجود دارد که احساس کنید نمی توانید با آن کنار بیایید؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا احساس درماندگی، ناامیدی و یا تسلیم شدن دارید؟		
<b>اگر پاسخ شما به همه سوالات فوق منفی است به قسمت دوازدهم بروید.</b>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این احساس یا احساسات شما بیش از یک ماه طول کشیده است؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این احساس یا احساسات قبل از شروع مشکلات جسمی شما ایجاد شده یا آنها را بدتر کرده است؟		

		TAA T		قسمت دوازدهم
بله	خیر			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زمانی که اتفاق خوب یا بدی برای تان می افتد، می توانید احساس خود (خوشی، لذت بردن، نگرانی، ناراحتی، خشم) را بیان کنید؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زمانی که اتفاق خوب یا بدی برای تان می افتد، در مورد اتفاقاتی که افتاده است یا احساسات درونی خود، با کسی صحبت می کنید؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا خیلی خیال پردازی می کنید و غرق افکار تان می شوید؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا بیشتر فکرهای شما در مورد هیجان ها و احساسات درونی تان است؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا زمانی که دچار هیجان های شدید می شوید، واکنش های جسمی هم پیدا می کنید (مانند حالت تهوع، ناراحتی معده و ...)?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا تاکنون دچار هیجان های ناگهانی مثل خشم، گریه یا خوشی شدید شده اید که نامتناسب با موقعیت یا رفتار معمول شما باشد؟		

الف) در سوال زیر تعدادی از حوادث بسیار مهم و خطرناک که ممکن است در طول زندگی بعضی از افراد اتفاق بیفتد آورده شده است. لطفاً علامت بزنید که آیا این اتفاقات تجربه شخصی خودتان بوده، شاهد آن بوده‌اید و یا صرفاً درباره آن شنیده‌اید؟

هیچکدام	درباره آن شنیدم	شاهد آن بودم	تجربه شخصی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سوانح طبیعی (طوفان، سیل، زلزله)، صدمه بدنی، تجربه بیماری شدید رو به مرگ، حضور در جبهه و جنگ، مورد خشونت و سوء قصد بدنی و سرقت و تهدید یا اسلحه، گروگانگیری، شکنجه، سوء قصد جنسی، کشته شدن یکی از اعضای خانواده یا دوستان، گم شدن یا ربوده شدن			

لطفاً به پرسشهای زیر در رابطه با حادثه‌ای که برایتان پیش آمده و شما را تا به امروز درگیر کرده پاسخ دهید.

ب) لطفاً به پرسش های زیر با (بلی، خیر) پاسخ دهید.

در حین وقوع آن حادثه .....

بلی	خیر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا مجروح شدید؟ ۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا شاهد بودید که شخص دیگری مجروح شد؟ ۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا زندگی خود را در خطر احساس کردید؟ ۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا زندگی فرد دیگری را در خطر احساس کردید؟ ۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا خود را عاجز احساس کردید؟ ۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا دچار ترس شدید و یا وحشت فراوان شدید؟ ۷

پ) این حادثه ناخوشایند را چه زمانی تجربه کردید؟

کمتر از ۱ ماه پیش	بین ۱ تا ۳ ماه پیش	بین ۳ تا ۶ ماه پیش	بین ۶ ماه اخیر تا ۳ سال پیش	بین ۳ تا ۵ سال پیش	بیش از ۵ سال پیش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ت) در موارد زیر مشکلاتی را ملاحظه می کنید که افرادی که حوادث ناگوار را تجربه کرده اند یا شاهد آن بوده اند و یا درباره آن شنیده اند گاهی به آن مبتلا می شوند. لطفاً هر یک از پرسشهای زیر را با دقت بخوانید. در میان گزینه های حاضر موردی را انتخاب کنید که به بهترین نحو وضعیت شما را در ماه اخیر بیان می کند. لازم به ذکر است که پرسشهای زیر در مورد بدترین حوادثی است که احتمالاً در طی یک ماه اخیر تجربه کرده اید.

در طی یک ماه اخیر				
اصلاً یا فقط یک بار در یک ماه اخیر	کمتر از یک بار در هفته، گاهی	دو الی چهار بار در هفته، نیمی از اوقات	پنج بار یا بیشتر در هفته، تقریباً همیشه	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا افکار ناراحت کننده یا <u>خاطرات مربوط</u> به آن حادثه به طور ناخواسته به ذهن تان می آیند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا در مورد آن حادثه ناگوار <u>خواب ناراحت کننده</u> می بینید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا گاهی احساس کرده اید که آن حادثه را <u>دوباره تجربه می کنید</u> یا رفتار یا احساس تان به نحوی بوده که انگار آن حادثه مجدداً تکرار می شود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا <u>یادآوری آن حادثه برایتان آزار دهنده بوده</u> و آیا احساس ترس، عصبانیت، غم یا گناه کردید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا در زمان یادآوری، <u>عکس العمل جسمی</u> نیز نشان دادید؟ مانند عرق کردن، طپش قلب مثلاً زمانی که به یاد آن حادثه افتادید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا سعی کرده اید به آن حادثه فکر نکنید، درباره آن صحبت نکنید یا احساسات مربوط به آن را <u>سرکوب</u> کنید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا سعی کرده اید از کارها، افراد یا محللهای مشخصی که برایتان یادآور آن حادثه هستند، <u>دوری</u> کنید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا قادر نبودید یا نیتید بخش مهمی از آن حادثه را <u>به یاد بیاورید</u> ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا به وضوح <u>علاقه کمتری</u> به برخی فعالیتها نشان داده اید که قبل از آن حادثه برایتان اهمیت داشته و یا آن فعالیتها را کمتر انجام داده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا نسبت به افراد اطرافتان <u>احساس بیگانگی</u> یا انزوا می کنید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا احساس <u>بی تفاوتی و دلمردگی</u> می کنید؟ مثلاً اینکه قادر به گریه کردن نیستید یا نمی توانید روابط با احساسی را تجربه کنید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا احساس می کنید که <u>برنامه ها و امیدهای آینده تان</u> برآورده نمی شوند؟ برای مثال در کار موفق نخواهید بود، ازدواج نخواهید کرد، دارای فرزند نخواهید شد، طول عمر زیاد نخواهید داشت؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا برای به <u>خواب رفتن یا تداوم خواب</u> دچار مشکل می باشید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا <u>عصبی</u> هستید یا به راحتی از کوره در می روید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا به سختی <u>قادر به تمرکز</u> هستید؟ برای مثال در گفتگو افکارتان پرت می شود یا در حین تماشا کردن تلویزیون سیر موضوع را گم می کنید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا بیش از حد <u>مراقب اطراف</u> خود هستید؟ برای مثال بیش از اندازه مراقب افراد اطراف خود هستید و یا از پشت به در نشستن احساس ناآرامی می کنید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا دچار <u>ترس یا تنش</u> می شوید؟ برای مثال وقتی کسی از پشت شما حرکت کند؟

ث) چه زمانی پس از وقوع حادثه برای اولین بار دچار مشکلات ذکر شده شدید؟ لطفاً فقط با یک گزینه پاسخ دهید.

در طول شش ماه اول      پس از شش ماه یا حتی بیش از آن



ج) برای چه مدت به حالات و ناخوشی‌های پس از وقوع حادثه مذکور دچار بودید؟

کمتر از ۱ ماه      ۱ تا ۳ ماه      بیش از ۳ ماه



چ) لطفاً مشخص کنید که آیا مشکلاتی که در بخش «ت» به آنها اشاره کردید در ماه پیش در موارد زیر در زندگی شما تأثیر داشته‌اند. لطفاً با پاسخ بلی این تأثیر را تایید کرده و در صورتی که چنین نبود با پاسخ خیر آن را مشخص کنید.

در ماه گذشته		بلی	خیر
کار، تحصیل و وظایف خانه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
روابط با دوستان، خانواده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
سرگرمی و فعالیتهای تفریحی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



ATT

## بخش ۳

لطفاً به رابطه‌های خود از ابتدای زندگی (گذشته و حال) با سایر افراد فکر کنید و بگویید بطور کلی در این روابط چه احساسی دارید.  
لطفاً با توجه به مقیاس زیر برای مشخص کردن وضع خود از بین تقریباً همیشه تا هرگز را علامت بزنید.

هرگز	به ندرت	بعضی اوقات	اغلب اوقات	تقریباً همیشه	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- ایجاد ارتباط با دیگران برآیم آسان است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- مشکل به خودم اجازه می‌دهم که به دیگران وابسته شوم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- در روابط اغلب نگرانم که طرف مقابلم واقعاً دوستم نداشته باشد.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- آنقدر که من دوست دارم به دیگران نزدیک شوم دیگران به اندازه من تمایل به این ارتباط ندارند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- دوست دارم به دیگران متکی باشم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- از اینکه کسی به من نزدیک شود ناراحت نمی‌شوم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- فکر می‌کنم وقتی به دیگران احتیاج دارم هیچگاه در دسترس نیستند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸- از اینکه به مردم نزدیک باشم ناراحت نیستم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹- در روابطم اغلب نگرانم که طرف مقابل نخواهد ارتباط را با من ادامه دهد.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰- وقتی احساساتم را نسبت به دیگران نشان می‌دهم می‌ترسم که آنها همان احساس را درباره من نداشته باشند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱- در ارتباطاتم اغلب از خود می‌پرسم آیا طرف مقابلم واقعاً به من توجه دارد.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲- به راحتی می‌توانم با دیگران روابط دوستانه نزدیک برقرار کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳- وقتی کسی خیلی با من صمیمی می‌شود عصبانی می‌شوم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴- می‌دانم وقتی به دیگران نیاز داشته باشم آنها در دسترس خواهند بود.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۵- دلم می‌خواهد به مردم نزدیک شوم اما می‌ترسم به من صدمه برسانند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۶- فکر می‌کنم مشکل است که آدم به دیگران کاملاً اعتماد کند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷- اغلب مردم می‌خواهند با من صمیمی تر از آن حدی بشوند که من احساس می‌کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸- مطمئن نیستم که بتوانم به افرادی تکیه کنم که به هنگام نیاز در دسترس باشند.



Per

## بخش ۴

هر یک از جملات را به دقت بخوانید و پاسخی که بیشترین تطبیق را با فکر یا احساس شما دارد علامت بزنید. توجه داشته باشید که پاسخ درست یا غلط وجود ندارد، بنابراین سعی کنید پاسخی را انتخاب کنید که نشان دهنده احساس واقعی شما باشد.

کاملاً مخالفم	مخالقم	خنثی	موافقم	کاملاً موافقم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱- من اصولاً شخص نگرانی نیستم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- دوست ندارم وقتم را با خیال پردازی تلف کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- اغلب خود را کمتر از دیگران حس می‌کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- هنگامی که راه درست، کاری را پیدا کنم، آن روش را همیشه در آن مورد تکرار می‌کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- هنگامی که تحت فشارهای روحی زیادی هستم، گاه احساس می‌کنم دارم خرد می‌شوم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶- نقش‌های موجود در پدیده‌های هنری و طبیعت مرا مبهوت می‌کند.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷- به ندرت احساس تنهایی و غم می‌کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸- فکر می‌کنم گوش دادن آدم‌ها به مطالب متناقض فقط به سردرگمی و گمراهی آن‌ها منجر خواهد شد.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹- اغلب احساس عصبی بودن و تنش می‌کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰- شعر تقریباً اثری بر من ندارد.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱- گاهی کاملاً احساس بی‌ارزشی می‌کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲- اغلب غذاهای جدید را امتحان می‌کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳- به ندرت احساس اضطراب یا ترس می‌کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴- به ندرت به احساسات و عواطفی که محیط‌های متفاوت به وجود می‌آورند توجه می‌کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵- اغلب از طرز برخورد دیگران با خودم عصبانی می‌شوم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۶- معتقدم که هنگام تصمیم‌گیری درباره مسائل اخلاقی باید از مراجع مذهبی یا بزرگان فرهنگی پیروی کنیم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۷- غالباً وقتی کارها پیش نمی‌روند، دل‌سرد شده و از کار صرف نظر می‌کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۸- بعضی اوقات وقتی شعری را می‌خوانم یا یک کار هنری را تماشا می‌کنم، یک احساس لرزش و یک تکان هیجانی را حس می‌کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۹- به ندرت غمگین و افسرده می‌شوم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۰- علاقه‌ای به تأمل و تفکر جدی درباره سرنوشت و ماهیت جهان یا انسان ندارم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۱- اغلب احساس درماندگی می‌کنم و دنبال کسی می‌گردم که مشکلاتم را برطرف کند.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۲- من کنجکاوی فکری فراوانی دارم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۳- گاهی آنچنان خجالت زده شده‌ام که فقط می‌خواستم خود را پنهان کنم.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۴- اغلب از کلنجار رفتن با نظریه‌ها یا مفاهیم پیچیده لذت می‌برم.				

Qal

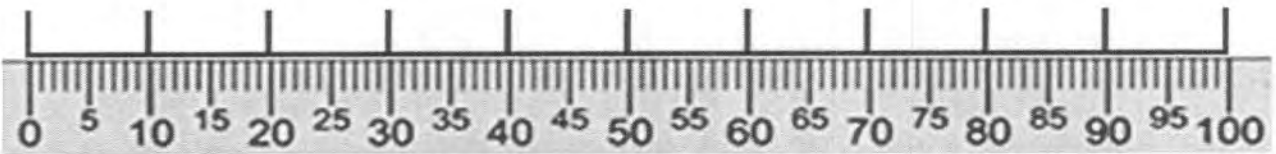
بفش ۵

□□□

①

آیا از کیفیت زندگی خود رضایت دارید؟

میزان رضایت خود را از کیفیت زندگیان با توجه به مقیاس زیر مشخص کنید.



بد بخت

خوش بخت

Dem

اطلاعات شخصی

وضعیت فرد در خانوار

- ۱- سرپرست
- ۲- همسر
- ۳- فرزند ۱
- ۴- فرزند ۲
- ۵- فرزند ۳
- ۶- فرزند ۴
- ۷- فرزند ۵
- ۸- فرزند ۶ و بالاتر
- ۹- خواهر و برادر سرپرست یا همسر سرپرست
- ۱۰- پدر سرپرست
- ۱۱- مادر سرپرست
- ۱۲- پدر همسر سرپرست
- ۱۳- مادر همسر سرپرست
- ۱۴- همسر پسر، همسر دختر
- ۱۵- همسر دوم

تاریخ تولد:

۱ ۳

جنس:

مرد (۱)  زن (۲)

شغل:

کارمند (۱)  کارگر (۲)  شغل آزاد (۳)  بازنشسته (۴)

بازنشسته شاغل (۵)  خانه دار (۶)  بیکار (۷)

شغل اصلی:

.....

وضعیت تاهل:

متاهل (۱)  همسر فوت شده / بیوه (۲)  همسر جدا شده / مطلقه (۳)  مجرد (۴)

سال تحصیل (بدون احتساب سالهای مردودی):

سال

متوسط درآمد ماهانه خانواده (تومان): (منظور کل پول وارد شده به منزل می باشد)

- ۱- کمتر از ۵۰۰ هزار
- ۲- ۵۰۰ تا ۹۰۰ هزار
- ۳- ۹۰۰ هزار تا یک و نیم میلیون
- ۴- یک و نیم تا دو میلیون
- ۵- دو تا سه میلیون
- ۶- سه تا پنج میلیون
- ۷- بیش از پنج میلیون

از نظر خودتان وضعیت درآمد خانواده شما در کدام دسته است؟

- ۱- کم
- ۲- متوسط
- ۳- زیاد

مترائز زیربنای منزل شما چقدر است؟ (بدون در نظر گرفتن محل نگهداری حیوانات، باغچه، ایوان، کارگاه و حیاط و ...)

متر مربع

آیا زیر پوشش بیمه هستید؟

- ۱- خیر
- ۲- تأمین اجتماعی
- ۳- خدمات درمانی
- ۴- بیمه روستایی
- ۵- بیمه نیروهای مسلح
- ۶- بیمه دانا
- ۷- بیمه البرز
- ۸- بیمه سازمانها (مثل صدا و سیما)
- ۹- سایر

CHLA

ChL

--	--	--

نام و کد پرسشگر:

### چک لیست فعالیت های مطالعه اصفهان حین پرسشگری

نام و نام خانوادگی:

مسئول:

کد پرسشنامه:

تاریخ:

ملاحظات	انجام شد	فعالیت	ردیف	ساعت
	<input type="checkbox"/>	خوش آمد گویی	.۱	میز ۱
	<input type="checkbox"/>	دریافت ظرف ادرار	.۲	
	<input type="checkbox"/>	دریافت ظرف مدفوع	.۳	
	<input type="checkbox"/>	تکمیل پرسشنامه پیگیری و رضایت نامه	.۴	
	<input type="checkbox"/>	فشار خون اول	.۵	میز ۲
	<input type="checkbox"/>	خونگیری	.۶	
	<input type="checkbox"/>	تحويل صبحانه	.۷	میز ۳
	<input type="checkbox"/>	پرسشگری قسمت شیوه زندگی	.۸	میز ۴
	<input type="checkbox"/>	قد	.۹	میز ۵
	<input type="checkbox"/>	وزن	.۱۰	
	<input type="checkbox"/>	دور گردن	.۱۱	
	<input type="checkbox"/>	دور سینه	.۱۲	
	<input type="checkbox"/>	دور کمر	.۱۳	
	<input type="checkbox"/>	دور باسن	.۱۴	
	<input type="checkbox"/>	فشار خون دوم	.۱۵	
	<input type="checkbox"/>	کالیپر	.۱۶	
	<input type="checkbox"/>	دولوریمتر	.۱۷	
	<input type="checkbox"/>	آنالیز ترکیبات بدن	.۱۸	
	<input type="checkbox"/>	اسپیرومتری	.۱۹	
	<input type="checkbox"/>	پرسشگری قسمت روانشناختی	.۲۰	میز ۶
	<input type="checkbox"/>	تحويل میان وعده	.۲۱	میز ۳
	<input type="checkbox"/>	پرسشگری قسمت پزشکی	.۲۲	میز ۷
	<input type="checkbox"/>	پرسشگری پایانی	.۲۳	میز ۱
	<input type="checkbox"/>	تحويل پاسخ آزمایشات	.۲۴	
	<input type="checkbox"/>	خداحافظی	.۲۵	

اندازه گیری ها



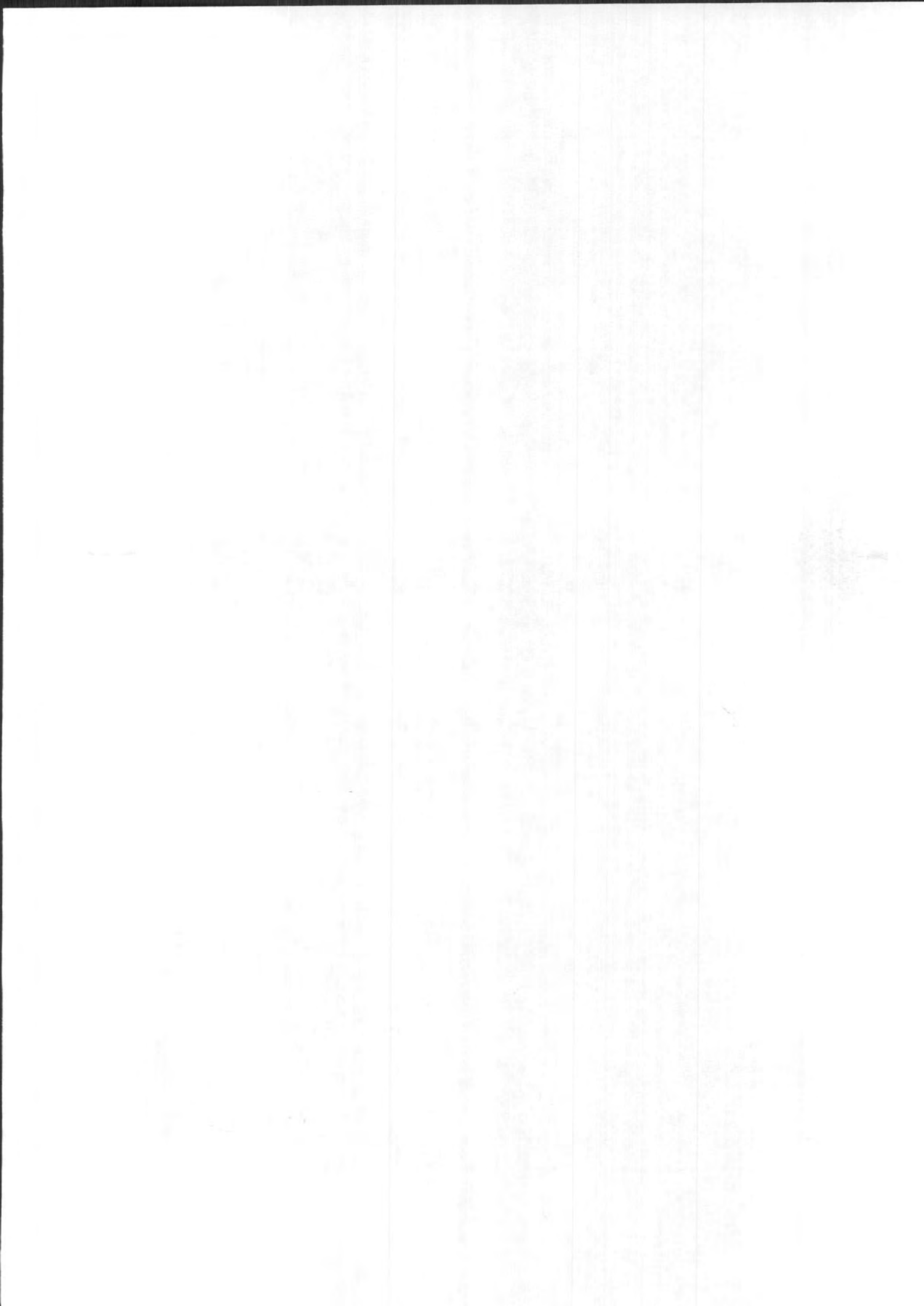
## بررسی عوامل خطر بیماری‌های عملکردی

در شهر اصفهان

(پرسشنامه شماره ۲)

QD2

تاریخ پرسشگری:  /  /  ۹۶





۱۵- خورشت قورمه سبزی	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در روز
۱۶- خورشت قیمه بادامچیان	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در روز
۱۷- خورشت لوبیا سبز	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در روز
۱۸- استامبولی، عدس پلو، لوبیا، ماش پلو	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ بشقاب در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بشقاب در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ کاسه	<input type="checkbox"/> خورشتی در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ بشقاب در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بشقاب در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ بشقاب در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بشقاب در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ بشقاب در روز	<input type="checkbox"/> ۱ بشقاب در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بشقاب در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بشقاب در روز
۱۹- ماهی	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ بار در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بار در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۱ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بار در روز
۲۰- پیتزا	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز
۲۱- ماکارونی	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ بشقاب در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بشقاب در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بشقاب در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بشقاب در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ بشقاب در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بشقاب در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ بشقاب در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بشقاب در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ بشقاب در روز	<input type="checkbox"/> ۱-۲ بشقاب در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بشقاب در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بشقاب در روز
۲۲- کتلت	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز
۲۳- املت	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ پشندستی در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ پشندستی در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ پشندستی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ پشندستی در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ پشندستی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ پشندستی در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ پشندستی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ پشندستی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ پشندستی در روز	<input type="checkbox"/> ۱ پشندستی در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ پشندستی در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ پشندستی در روز
۲۴- کوکوسبزی	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ برش در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ برش در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ برش در روز	<input type="checkbox"/> ۱ برش در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ برش در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ برش در روز
۲۵- کوکوسبب	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ برش در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ برش در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ برش در روز	<input type="checkbox"/> ۱ برش در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ برش در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ برش در روز
۲۶- خوراک یا کنسرو لوبیا	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز
۲۷- انواع کنسرو (به غیر از تن ماهی)	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ قوطی در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ قوطی در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ قوطی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ قوطی در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ قوطی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ قوطی در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ قوطی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ قوطی در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ قوطی در روز	<input type="checkbox"/> ۱-۲ قوطی در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ قوطی در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ قوطی در روز
۲۸- کوفته پرنجی	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز
۲۹- سرگنجهسکی (کوفته قلقلی)	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر از ۱	<input type="checkbox"/> ۱-۳ بار در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بار در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۶-۸ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۱ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بار در روز





۳۳- اسنک	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ قطعه مثلی	<input type="checkbox"/> ۱ قطعه	<input type="checkbox"/> ۲-۴ قطعه	<input type="checkbox"/> ۵-۶ قطعه	<input type="checkbox"/> ۱ قطعه	<input type="checkbox"/> ۲-۳ قطعه	<input type="checkbox"/> ۴-۵ قطعه مثلی	<input type="checkbox"/> ۶ قطعه مثلی یا بیشتر در روز
۳۳- انواع شکلات	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۳-۵ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۶-۹ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱۰ عدد یا بیشتر در روز
۳۴- گوشه‌بند	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۴-۵ عدد یا بیشتر در روز	<input type="checkbox"/> ۶ عدد یا بیشتر در روز
۴۵- حلای خانگی	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ قاشق غناخوری در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ قاشق غناخوری در ماه	<input type="checkbox"/> ۲-۴ قاشق غناخوری در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ قاشق غناخوری در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ قاشق غناخوری در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ قاشق غناخوری در روز	<input type="checkbox"/> ۴-۵ قاشق غناخوری در روز	<input type="checkbox"/> ۶ قاشق غناخوری در روز
۴۶- کسک بادامجان	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ بار در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۴-۵ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۶ بار در روز
۴۷- برنجی	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ بار در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۴-۵ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۶ بار در روز
۴۸- خورشت ماست	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ بار در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ بار در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۴-۵ بار در روز	<input type="checkbox"/> ۶ بار در روز
۴۹- دل و جگر و قلوه	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ سیخ در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ سیخ در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ سیخ در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ سیخ در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ سیخ در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ سیخ در روز	<input type="checkbox"/> ۴-۵ سیخ در روز	<input type="checkbox"/> ۶ سیخ یا بیشتر در روز
۵۰- انواع ساندویچ (همبرگر، حات داگ، ژامبون و...)	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۴ عدد در روز
۵۱- سوسیس (به غیر از ساندویچ)	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۴ عدد در روز
۵۲- کالباس (به غیر از ساندویچ)	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ برش در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ برش در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ برش در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ برش در روز	<input type="checkbox"/> ۴-۵ برش در روز	<input type="checkbox"/> ۶ برش در روز
۵۳- همبرگر (به غیر از ساندویچ)	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۴ عدد در روز
۵۴- انواع سس سالاد (مایونز، ترسوی، هزار جزیره)	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ قاشق غناخوری در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ قاشق غناخوری در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ قاشق غناخوری در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ قاشق غناخوری در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ قاشق غناخوری در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ قاشق غناخوری در روز	<input type="checkbox"/> ۴-۵ قاشق غناخوری در روز	<input type="checkbox"/> ۶ قاشق غناخوری در روز



فان و غلات (مصرف شما در یک سال گذشته چقدر بوده است؟)

۶۶- بیسکویت	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱-۵ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۵ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱-۱۵ عدد در روز	<input type="checkbox"/> بیشتر از ۱۵ عدد در روز
۶۷- نان لواش (نازی)	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۴ عدد یا بیشتر در روز
۶۸- نان سنگک	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> نصف تا ۱ نان در ماه	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲ عدد یا بیشتر در روز	
۶۹- نان رژیمی (نان سبوس نلر، نان جو و ...)	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۴ عدد یا بیشتر در روز
۷۰- نان بربری	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> نصف تا ۱ نان در ماه	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲ عدد یا بیشتر در روز	
۷۱- یک	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۳-۵ عدد در روز
۷۲- پنیر	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ بسته در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ بسته در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ بسته در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ بسته در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ بسته در روز	
۷۳- شیرینی	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۳-۵ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۶-۱۰ عدد در روز
۷۴- سبب زمینی سرخ کرده	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ پیمانه در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ پیمانه در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ پیمانه در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ پیمانه در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ پیمانه در روز	<input type="checkbox"/> ۴ پیمانه یا بیشتر در روز
۷۵- سبب زمینی لب پز (به غیر از آبگوشت)	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۴ عدد در روز
۷۶- کره	<input type="checkbox"/> تقریباً هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ قالب در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ قالب در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ قالب در هفته	<input type="checkbox"/> ۱ قالب در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ قالب در روز	<input type="checkbox"/> ۴ قالب یا بیشتر در روز



میوه و سبزیجات (طی یک سال گذشته، مصرف شما در فصول وجود این محصول در بازار چقدر بوده است؟)

۸۵- خیار (به غیر از سالاد)	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز
۸۶- گوجه (به غیر از سالاد)	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز
۸۷- خرباز	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز
۸۸- کدو تنبل	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز
۸۹- سبزی خوردن	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز
۹۰- توت خشک	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز
۹۱- سالاد	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز
۹۲- صیفی جات (طالبی، خربزه، هندوانه و گریک)	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز
۹۳- مرکبات (پرتقال، نارنگی، لیموشیرین)	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز
۹۴- میلاس یا آلبو	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز
۹۵- زردآلو	تقریباً هرگز یا کمتر	۱-۳ عدد در ماه	۱ عدد در هفته	۲-۴ عدد در هفته	۱ عدد در روز	۲-۳ عدد در روز	۳-۵ عدد در روز	۶ عدد یا بیشتر در روز

۱۷- الو (زرد و قرمز)	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۳ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۴-۵ عدد در روز	<input type="checkbox"/> م عدد در روز یا بیشتر
۱۸- اوبه (کوبه سبز)	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> م عدد در روز یا بیشتر
۱۹- ابلهانه تاز	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> م عدد در روز یا بیشتر
۱۰۰- کبوی	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> م عدد در روز یا بیشتر
۱۰۱- توت فوریگی	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> م عدد در روز یا بیشتر
۱۰۲- انگور	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> م عدد در روز یا بیشتر
۱۰۳- انار	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> م عدد در روز یا بیشتر
۱۰۴- توت تازه	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> م عدد در روز یا بیشتر
۱۰۵- میز	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> م عدد در روز یا بیشتر
۱۰۶- پیلز (به صورت خانم)	<input type="checkbox"/> تقریبا هرگز یا کمتر	<input type="checkbox"/> ۱-۲ عدد در ماه	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۲-۴ عدد در هفته	<input type="checkbox"/> ۵-۶ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۱ عدد در روز	<input type="checkbox"/> ۲-۳ عدد در روز	<input type="checkbox"/> م عدد در روز یا بیشتر

# SLE

استرس یک پاسخ جسمی و روانی، به هر گونه حادثه، رویداد و یا مشکل بوجود آمده برای فرد است. هر حادثه و یا مشکلی که پیرامون ما اتفاق می افتد به گونه ای روی ما اثر می گذارد و ما را تحت تأثیر خود قرار می دهد و برای ما استرس زا است. عبارات زیر نمونه های از موارد استرس زا است. لطفا عبارات زیر را بخوانید و وجود داشتن و یا نداشتن آن را در یک سال اخیر، ابتدا مشخص نمایید، در صورت وجود داشتن میزان استرس زائی آنرا در زندگی خود مشخص فرمائید:

در صورتی که وجود داشته میزان اثرگذاری چقدر است؟					در یک سال گذشته	
بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم	وجود داشته	وجود نداشته
۵	۴	۳	۲	۱	←	صفر

موارد استرس زا					
بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم	وجود نداشته
۵	۴	۳	۲	۱	صفر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱. مرگ یکی از اقوام درجه دو					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲. بیماری شدید جسمی سایر اعضای خانواده که منجر به بستری شده باشد					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳. مرگ یکی از والدین، برادر، خواهر یا مرگ همسر					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴. تولد فرزند					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵. دور شدن فرزند از خانه (ادامه تحصیل، شغل یا ازدواج)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶. درگیری و ناسازگاری با فرزند و یا والدین					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷. نگرانی و احساس ناامیدی نسبت به آینده					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸. تحولات عمده اجتماعی (تحولات سیاسی یا اقتصادی و ...)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹. احساس تبعیض در جامعه					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰. احساس عدم امنیت در جامعه					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱. احساس غربت و تنهایی (نداشتن فامیل و آشنا در شهر محل سکونت)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲. احساس عقب افتادن در زندگی نسبت به دوستان و آشنایان					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳. نداشتن حمایت اجتماعی					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴. احساس ناهماهنگی فرهنگی در محل زندگی با سایر افراد					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵. نداشتن دوست صمیمی					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۶. مشکلات تحصیلی فرزند					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۷. شرکت در یک امتحان مهم مانند کنکور (خود یا اعضای خانواده)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۸. شکست در امتحان مهم مانند کنکور (خود یا اعضای خانواده)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۹. هزینه سنگین تحصیلی (خود یا اعضای خانواده)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۰. دستمزد کم					



موارد استرس‌زا						
بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم	وجود نداشته	
۵	۴	۳	۲	۱	صفر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۱. کار پر مشقت و یا با مسئولیت سنگین
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۲. نگرانی نسبت به آینده شغلی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۳. بیکاری موقت (چند ماهه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۴. بیکاری طولانی (یکسال یا بیشتر)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۵. سر و کله زدن با ارباب رجوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۶. درگیری با رئیس یا همکاران
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۷. فضای فیزیکی نامناسب محیط کار (نور، صدا، رنگ، تهویه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۸. افزایش ساعات کاری
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۹. بالا رفتن هزینه‌های زندگی (تورم و گرانی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۰. درآمد ناکافی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۱. بدهکاری کم یا متوسط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۲. گرفتن وام سنگین از بانک
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۳. مشکلات مالی سنگین
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۴. بیماری خفیف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۵. بیماری شدید جسمی که منجر به بستری شدن گردد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۶. هرگونه مشکل جنسی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۷. حاملگی خواسته
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۸. حاملگی ناخواسته
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۹. مورد تهمت و افترا قرار گرفتن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۰. درگیری حقوقی و قضائی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۱. تغییر در عادات زندگی (خواب و خوراک، زمان غذا و ...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۲. آلودگی هوا و ترافیک
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۳. اعتیاد به دارو و مواد مخدر (خود یا اعضای خانواده)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۴. نگرانی از معتاد شدن یکی از اعضای خانواده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۵. ناسازگاری با همسر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴۶. طلاق و جدائی از همسر

این بخش در مورد استعمال مواد دخانی و دبگر مواد در طول زندگی تان میباشد با اطمینان از اینکه اطلاعاتی که میدهید محرمانه باقی میماند (در قسمت هایی که باید عدد نوشته شود در هر مربع یک عدد نوشته شود مثلاً تعداد سیگار ۱۲ عدد به صورت زیر نوشته شود)

۱	۲					<input checked="" type="checkbox"/> وضعیت مصرف سیگار
						۱- آیا تا به حال مواد دخانی (سیگار، چپق، پیپ و قلیان) مصرف کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)
						اگر خیر به سوال ۷ بروید.
						۲- آیا در حال حاضر دخانیات (سیگار، چپق، پیپ و قلیان) مصرف می کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)
						اگر خیر به سوال ۶ بروید.
						اگر بلی: ۳- بیشتر به چه طریقی مصرف می کنید؟ <input type="checkbox"/> سیگار (۱) <input type="checkbox"/> پیپ (۲) <input type="checkbox"/> قلیان (۳) <input type="checkbox"/> چپق (۴)
						۴- توالی مصرف شما چگونه است؟ (۱) روزانه <input type="checkbox"/> (۲) هفتگی <input type="checkbox"/> (۳) ماهیانه <input type="checkbox"/>
						۵- تعداد: <input type="text"/> نخ سیگار/ بار پیپ/ بار چپق پر / بار قلیان <input type="text"/>
						۶- موقعی که اولین بار ماده دخانی مصرف کردید، چند سال داشتید؟ <input type="text"/> سال

						<input checked="" type="checkbox"/> وضعیت مصرف مواد مخدر
						۷- آیا تا به حال مواد مخدر (تریاک، هروئین، شیر، کراک، شیشه و ...) مصرف کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)
						اگر خیر به سوال ۱۵ بروید.
						۸- آیا در حال حاضر از مواد مخدر (تریاک، هروئین، شیر، کراک، شیشه و ...) استفاده می نمائید؟ <input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)
						اگر خیر به سوال ۱۴ بروید.
						اگر بلی: ۹- نوع ماده مخدر که شما بیشتر مصرف می کنید کدام است؟ <input type="checkbox"/> تریاک (۱) <input type="checkbox"/> شیر (۲) <input type="checkbox"/> هروئین (۳) <input type="checkbox"/> سوخته (۴) <input type="checkbox"/> کراک (۵) <input type="checkbox"/> شیشه (۶) <input type="checkbox"/> سایر: (۷) <input type="text"/>
						۱۰- توالی مصرف شما در مورد این ماده مخدر چگونه است؟ (۱) روزانه <input type="checkbox"/> (۲) هفتگی <input type="checkbox"/> (۳) ماهیانه <input type="checkbox"/>
						۱۱- دفعات مصرف: <input type="checkbox"/> ۱ بار (۱) <input type="checkbox"/> ۲ بار (۲) <input type="checkbox"/> ۳ بار و بیشتر (۳)
						۱۲- مقدار مصرف در هر نوبت (دقیقاً ذکر شود) <input type="text"/>
						۱۳- ماده مخدر را به چه روشی مصرف می کنید؟ (۱) استنشاقی <input type="checkbox"/> (۲) تدریسی <input type="checkbox"/> (۳) خوردنی <input type="checkbox"/> (۴) تزریقی <input type="checkbox"/>
						۱۴- موقعی که اولین بار ماده مخدر مصرف کردید چند سال داشتید؟ <input type="text"/> سال

						<input checked="" type="checkbox"/> وضعیت مصرف الکل
						۱۵- آیا تا به حال نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)
						اگر خیر به قسمت بعدی بروید.
						۱۶- آیا در حال حاضر نوشیدنی های الکلی مصرف می کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)
						اگر خیر به سوال ۲۱ بروید.
						اگر بلی: ۱۷- توالی مصرف شما در مورد نوشیدنی های الکلی چگونه است؟ <input type="checkbox"/> روزانه (۱) <input type="checkbox"/> هفتگی (۲) <input type="checkbox"/> ماهیانه (۳) <input type="checkbox"/> سالیانه (۴)
						۱۸- دفعات مصرف: <input type="text"/>
						۱۹- مقدار مصرف در هر نوبت (بر حسب استکان) <input type="text"/>
						۲۰- نوع الکلی که معمولاً مصرف می کنید چه نام دارد؟ <input type="text"/>
						۲۱- موقعی که اولین بار نوشیدنی های الکلی مصرف کردید، چند سال داشتید؟ <input type="text"/> سال

لطفاً در مورد وضعیتها و احساسات زیر فکر کرده و با انتخاب یکی از گزینه های مورد نظر، وضعیت خود را در هفته گذشته توصیف نمایید. (تمامی سؤالات وضعیت روحی شما در هفته گذشته را به طور کلی مورد سؤال قرار می دهد) یا اخیراً و در طی هفته گذشته:

۱- من زود از خواب بیدار می شوم و باقیمانده شب را بد می خوابم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- من بدون اینکه دلیل مشخصی داشته باشم دچار ترس یا حملات اضطرابی می شوم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- احساس ناراحتی و بدبختی می کنم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- وقتی که به تنهایی از منزل خارج می شوم، احساس نگرانی می کنم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- به هیچ چیز علاقه ندارم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶- احساس طپش قلب و آشفته گی در معده و قفسه سینه دارم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷- اشتهایم خوب است.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸- احساس ترس می کنم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹- احساس می کنم زندگی ارزش زنده بودن ندارد	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰- هنوز از چیزهای که دورو برم هستند لذت می برم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱- بی قرارم و نمی توانم خودم را کنترل کنم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲- زیاد عصبی می شوم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳- احساس خستگی و کم انرژی بودن داشتم.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴- دائماً افکار نگران کننده ای توی ذهنم هست.	(۱) اصلاً (هیچی)	(۲) بندرت	(۳) گاهی اوقات	(۴) همیشه
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

مکتوب  
تجدد علم