

پرسشنامه سالیانه در مورد سلامت رفتاری

ما یک بار در سال از همه بیماران درخواست می‌کنیم این فرم را در شرایطی که بر سلامتشان تأثیر می‌گذارد پر کنند. با پاسخ دادن به پرسش‌های زیر به ما کمک کنید تا بهترین درمان پزشکی را در اختیارتان قرار دهیم.

لطفاً دور بهترین پاسخ به هر سؤال دایره بکشید.

برچسب بیمار
نام: _____
شماره پرونده پزشکی: _____
تاریخ: _____

(PHQ-2)

در طول 2 هفته گذشته هرچند وقت یک بار به دلیل وجود موارد زیر دچار مشکل شده

تقریباً هر روز 3	بیش از نصف روز 2	چند روز 1	نه، به هیچ وجه 0	1. علاقه و اشتیاق کم برای انجام کارها؟
------------------------	---------------------	--------------	------------------------	--

تقریباً هر روز 3	بیش از نصف روز 2	چند روز 1	نه، به هیچ وجه 0	2. احساس بی‌حوصلگی، ناامیدی یا افسردگی؟
------------------------	---------------------	--------------	------------------------	---

(AUDIT-C)

در سال گذشته...

4 بار یا بیشتر در هفته 4	2 تا 3 بار در هفته 3	2 تا 4 بار در ماه 2	ماه‌ها یا کمتر 1	هرگز 0	3. در سال گذشته هرچند وقت یک بار نوشیدنی الکلی مصرف کرده‌اید؟
--------------------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------	-----------	---

10 بار یا بیشتر 4	7 یا 9 بار 3	5 یا 6 بار 2	3 یا 4 بار 1	1 یا 2 بار 0	اصلاً نمی خورم 0	4. در سال گذشته در یک روز معمول که نوشیدنی مصرف می‌کردید چند نوشیدنی الکلی می‌خوردید؟
-------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------------------	---

روزانه یا تقریباً روزانه 4	هفتگی 3	ماه‌ها 2	کمتر از ماه‌ها 1	هرگز 0	5. در سال گذشته هرچند وقت یک بار اتفاق می‌افتاد که <u>6 بار یا بیشتر</u> نوشیدنی مصرف کنید؟
----------------------------------	------------	-------------	---------------------	-----------	---

روزانه یا تقریباً روزانه 4	هفتگی 3	ماه‌ها 2	کمتر از ماه‌ها 1	هرگز 0	6. در سال گذشته چند بار ماریجوانا (Marijuana) مصرف کردید؟
----------------------------------	------------	-------------	---------------------	-----------	---

روزانه یا تقریباً روزانه 4	هفتگی 3	ماه‌ها 2	کمتر از ماه‌ها 1	هرگز 0	7. آیا در سال گذشته مواد مخدر غیرقانونی بجز ماری جوانا (یا داروهای تجویزی را برای مصارف غیرپزشکی مصرف کرده‌اید؟ (Drugs)
----------------------------------	------------	-------------	---------------------	-----------	---

Annual Behavioral Health Questionnaire



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

Once a year, we ask all our patients to complete this form on conditions that affect their health. Please help us provide you with the best medical care by answering the questions below.

Please CIRCLE the BEST response to each question.

Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems:

1. Little interest or pleasure in doing things?	Not at all 0	Several days 1	More than half the days 2	Nearly every day 3
---	------------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------

2. Feeling down, depressed, or hopeless?	Not at all 0	Several days 1	More than half the days 2	Nearly every day 3
--	------------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------

In the past year...

3. How often did you have a drink containing alcohol in the past year?	Never 0	Monthly or less 1	2 to 4 times a month 2	2 to 3 times a week 3	4 or more times a week 4
--	-------------------	-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

4. How many drinks containing alcohol did you have on a typical day when you were drinking in the past year?	None 0	1 or 2 drinks 0	3 or 4 drinks 1	5 or 6 drinks 2	7 to 9 drinks 3	10 or more drinks 4
--	------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------

5. How often did you have <u>6 or more</u> drinks on one occasion in the past year?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
---	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

6. How often in the past year have you used marijuana?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

7. How often in the past year have you used an illegal drug (not marijuana) or used a prescription medication for non-medical reasons?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

PHQ-9 برای بزرگسالان*

پرسشنامه سلامت بیمار

تقریباً هر روز	بیش از نصف روز	چند روز	به هیچ وجه
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0

در طول 2 هفته گذشته هرچند وقت یک بار به واسطه وجود موارد زیر دچار مشکل شده اید؟
(نور پاسخ مورد نظرتان دایره بکشید)

- مشکل در خوابیدن یا به خواب رفتن یا خوابیدن زیاد
- احساس خستگی یا نداشتن انرژی و توان
- اشتهای کم یا غذا خوردن بسیار زیاد
- احساس بدی دربارۀ خودتان دارید یا اینکه حس می کنید باعث جلوگیری از پیشرفت خودتان یا خانواده تان شده اید
- در تمرکز کردن بر روی امور مشکل دارید، مثل خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون
- به قدری آهسته حرکت می کنید یا صحبت می کنید که سایر افراد متوجه می شوند. یا برعکس - به قدرتی پر جنب و جوش و بی قرار هستید که بیش از حد معمول جابجایی دارید
- فکر می کنید بهتر است بمیرید یا به روشی به خودتان آسیب بزنید

نامشخص	خیر	بله	چند روز	به هیچ وجه
نامشخص	خیر	بله	1	0
نامشخص	خیر	بله	1	0
نامشخص	خیر	بله	1	0
نامشخص	خیر	بله	1	0
نامشخص	خیر	بله	1	0

سؤال های زیر به ما کمک می کند نسبت به وضعیت سلامت شما اطلاعات بیشتری کسب کنیم. پاسخ هایی که می دهید به شما و پزشکتان در پیگیری روند درمان کمک می کند.

- آیا در هر مرحله ای از زندگی تان بجز حس افسردگی حس دیگری داشته اید - فوق العاده زیاد یا انگیزه یا انرژی بسیار زیاد؟ خوانتان خوب نبوده است؟ احساس می کردید می توانستید کار دیگری انجام دهید؟ اگر چنین علائمی داشته اید و این حالت ها حداقل چند روز طول کشیده است و مشکلاتی را در زندگی برایتان ایجاد کرده است دور پاسخ بله دایره بکشید.
- آیا در 2 هفته گذشته چیزهایی دیده اید یا شنیده اید که سایر افراد ندیده اند یا شنیده اند و ممکن است واقعاً وجود خارجی نداشته باشد؟
- آیا اخیراً مورد تهدید، آزار و اذیت یا اعمال زور برای انجام رابطه جنسی قرار گرفته اید؟
- آیا اخیراً رویداد پر از تنش یا تغییری در زندگی تان داشته اید، مثل مرگ یکی از دوستان یا اعضای خانواده، از دست دادن شغل یا بروز مشکلات در رابطه تان با دیگران؟
- آیا تابحال در زندگی تان تجربه ای بسیار ترسناک، وحشتناک یا ناراحت کننده داشته اید که در ماه گذشته شما را بسیار ناراحت کرده باشد:
 - بدون اراده و خواست خودتان درباره این مسائل کایوس دیده اید یا فکر کرده اید؟
 - به سختی تلاش کرده اید که درباره آن فکر نکنید یا فکرتان را به چیز دیگری مشغول کرده اید تا آن خاطرات را به یاد نیاورید؟
 - مرتباً از طرف بقیه در هنگام انجام کار یا در محیطی که هستید مورد محافظت قرار گرفته اید؟

*این پرسشنامه استاندارد دارای 9 مورد است و مورد تأیید قرار گرفته است. سؤال 1 و 2 حذف شده اند زیرا دو سؤال اول در صفحه سلامت رفتاری (سمت دیگر) هستند که قبلاً به آنها پاسخ داده شده است.
تهیه شده توسط پزشکان زیر: Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke و همکارانشان با استفاده از کمک هزینه تحصیلی از Pfizer Inc. © 2005 Pfizer, Inc. کلیه حقوق محفوظ است. تکثیر مجند باید با کسب مجوز باشد.

PHQ-9 for ADULTS*

Patient Health Questionnaire

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Please CIRCLE to indicate your answer)	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself – or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

The following questions will help us understand how you've been feeling. Your answers will help you and your doctor follow your progress.				
1. At any point in your life, have you gone through periods when you felt the opposite of being depressed – very 'high' or 'sped up', with lots of energy? Didn't need sleep? Felt you could do anything? Circle Yes if you had these symptoms and they lasted at least a few days and caused trouble for you in your life.	Yes	No	N/A	
2. In the past 2 weeks, have you heard or seen things that other people couldn't see or hear that might really not be there?	Yes	No	N/A	
3. Have you recently been the victim of threats, physical hurting, or forced sexual contact?	Yes	No	N/A	
4. Have you recently experienced some stressful event or life change, like the death of a friend or family member, loss of job, or relationship problems?	Yes	No	N/A	
5. In your life, have you ever had any experience that was so frightening, horrible, or upsetting that in the past month you: <ul style="list-style-type: none"> • Have had nightmares about it or thought about it when you did not want to? • Tried hard not to think about it or went out of your way to avoid situations that reminded you of it? • Were constantly on guard from others, activities, or your surroundings? 	Yes	No	N/A	

*This is a standardized 9-item questionnaire that has been validated. Questions #1 and #2 have been removed because they are the first two questions on the Behavioral Health screen (see other side), which have already been answered.
Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc.
Copyright © 2005 Pfizer, Inc. All rights reserved. Reproduced with permission.