

Behavioral Health Monitoring Tool--Farsi
ابزار بررسی سلامت رفتاری

				(PHQ-9)
تقریباً هر روز	بیش از نصف روز	چند روز	نه، به هیچ وجه	در طول 2 هفته گذشته هر چند وقت یک بار به دلیل وجود موارد زیر دچار مشکل شده اید:
3	2	1	0	1. علاقه و اشتیاق کم برای انجام کارها؟
3	2	1	0	2. احساس بی حوصلگی، ناامیدی یا افسردگی؟
3	2	1	0	3. مشکل در خوابیدن یا به خواب رفتن یا خوابیدن زیاد
3	2	1	0	4. احساس خستگی یا نداشتن انرژی و توان
3	2	1	0	5. اشتیهای کم یا غذا خوردن بسیار زیاد
3	2	1	0	6. احساس بدی درباره خودتان دارید یا اینکه حس می کنید باعث جلوگیری از پیشرفت خودتان یا خانواده تان شده اید
3	2	1	0	7. در تمرکز کردن بر روی امور مشکل دارید، مثل خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون
3	2	1	0	8. 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
3	2	1	0	9. فکر می کنید بهتر است بمیرید یا به روشی به خودتان آسیب بزنید
3	2	1	0	10. یا به روشی به خودتان آسیب بزنید
3	2	1	0	11. نمی توانید نگرانیاتان را کنترل کنید
3	2	1	0	12. آیا در رابطه با کار، خانواده یا فعالیت های اجتماعیان دچار مشکل هستید؟

لطفاً به این سوال ها در رابطه با سال گذشته پاسخ دهید. (اگر نوشیدنی را که سال گذشته مصرفه می کردید تغییر داده اید، لطفاً جدیدترین نوشیدنی را که مصرف می کنید نام ببرید.)

					(AUDIT-C)	
هرگز	1 یا 2 بار	3 یا 4 بار	5 یا 6 بار	7 تا 9 بار	10 بار یا بیشتر	13. هر چند وقت یک بار نوشیدنی الکلی مصرف می کنید؟
0	1	2	3	4	4	14. در یک روز معمول که نوشیدنی مصرف می کنید چند نوشیدنی الکلی مصرف می کنید؟
0	1	2	3	4	4	15. هر چند وقت یکبار در یک وعده 6 بار یا بیشتر نوشیدنی مصرف می کنید؟
0	1	2	3	4	4	16. هر چند وقت یک بار ماریجوانا مصرف کرده اید؟ (Marijuana)
0	1	2	3	4	4	17. آیا در سال گذشته مواد مخدر غیرقانونی یا داروهای تجویزی را برای مصارف غیر پزشکی مصرف کرده اید؟ (Drugs)
						18. به اسلحه دسترسی دارید؟
						بله (Yes) / خیر (No)

Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____



Behavioral Health Monitoring Tool

Over the past 2 weeks , how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed or hopeless	0	1	2	3
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 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
10. Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
11. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
12. Have your problems interfered with your work, family or social activities?	0	1	2	3

Please answer these questions about the past year. (If you have changed your drinking or substance use in the past year, please report on your most recent use.)

13. How often do you have a drink containing alcohol?	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	
14. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	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
15. How often do you have <u>6 or more</u> drinks on one occasion?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4	
16. How often have you used marijuana?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4	
17. How often 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	
18. Do you have access to guns?			Yes	No		