



## پرسشنامه CIDI

مطالعه هم گروهی سلامت کارکنان ایران



نام پرسشگر: ..... تاریخ تکمیل پرسشنامه: ..... کد شرکت کننده: .....

**در صورتی که پرسشنامه‌ها تکمیل نگردید، علت ذکر شود:**

- ۱- عدم رضایت شرکت کننده برای پاسخ‌دهی  علت: .....
- ۲- ناتمام باقی ماندن پرسشنامه‌ها  تاریخ مراجعه بعدی جهت تکمیل پرسشنامه: .....

**آیا شرکت کننده نیاز به ارجاع دارد؟**

- خیر  بلی
- فوری  غیرفوری
- تاریخ ارجاع: .....

**اختلالات اضطراب منتشر (D)**

<p>خیر (به B رجوع کنید)..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>الان می‌خواهم از شما در باره دوره‌های طولانی نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب بپرسم. آیا تاکنون در طول زندگی، به مدت یک ماه یا بیشتر بوده که اغلب اوقات درباره مسائل روزمره مثل کار یا خانواده، احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب کنید؟</p>	<p>D۶۳ GAD 10A GAD 4A</p>
<p>ماه ----</p>	<p>A: طولانی‌ترین دوره ای که شما احساس نگرانی، تنش یا اضطراب می‌کردید چند ماه بوده است؟ [اگر پاسخ A ۶۳D شش ماه یا بیشتر است، به سوال ۶۴D رجوع کنید]</p>	
<p>خیر (به سوال E۱ رجوع کنید)..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>B: افراد از نظر احساس نگرانی درباره امور زندگی با هم فرق دارند. آیا تاکنون، زمان‌هایی در زندگی شما بوده است که خیلی بیشتر از افراد دیگر در همان موقعیت نگران شده باشید؟</p>	
<p>ماه ----</p>	<p>C: طولانی‌ترین دوره نگرانی شما چه مدت بوده است؟ [اگر پاسخ C ۶۳D کمتر از شش ماه است، به سوال E۱ رجوع کنید]</p>	
<p>خیر ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>D۶۴ حالا می‌خواهم درباره آن دوره شش ماهه یا بیشتر که احساس نگرانی، فشار عصبی و یا اضطراب، بیشتر از همیشه بود، سوال کنم. در این دوره: A: آیا شما فکر می‌کنید که نگرانی شما بیشتر از حد بوده است، یعنی خیلی بیشتر از افراد دیگر؟</p>	<p>GAD 4A</p>
<p>خیر ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>B: آیا شما درباره این امور، بیشتر روزها نگران بودید؟</p>	<p>GAD10A GAD4B</p>
<p>خیر ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>C: آیا برای شما مشکل بود که نگرانی خودتان را کنترل کنید؟</p>	<p>GAD10A GAD4D</p>
<p>علائم خود، اضافه وزن، دارو یا مواد... ۱</p> <p>چیزهای دیگر..... ۵</p>	<p>D: شما عمدتاً درباره چه نوع چیزهایی نگران می‌شدید؟ مثال: _____ [اگر مثال صرفاً درباره علائم خود، اضافه وزن یا دارو و مواد است، برسید: چیز دیگری نیز بود؟] [اگر مثال همچنان نگرانی‌های دیگر را شامل نمی‌شود، کد داده و به سوال E۱ رجوع کنید.]</p>	<p>GAD10A GAD4D</p>

[کارت D۵ را به پا سخگو بدهید.] در سوالات ۱ تا ۲۴ هر مورد پا سخش بلی بود، در یک کاغذ برای ۱ استفاده در سوال D۶۹ یادداشت کنید] الان به کارت D۵ نگاه کنید.

بعضی افراد در طول دوره‌های احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب، حالاتی را تجربه می کنند که در این کارت نوشته شده است. حالا می خواهم درباره دوره‌ای که بیشتر از همیشه احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب می کردید، بپرسم:

در طول آن دوره شش ماهه یا طولانی تر که احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب داشتید:

- |   |   |       |   |
|---|---|-------|---|
| ۵ | ۱ | ..... | ۱- آیا بی قرار بودید؟   |
| ۵ | ۱ | ..... | ۲- داوایس و عصبی بودید؟   |
| ۵ | ۱ | ..... | ۳- زود خسته می شدید؟  |
| ۵ | ۱ | ..... | ۴- در تمرکز (حین انجام کار) مشکل داشتید؟                        |
| ۵ | ۱ | ..... | ۵- تحریک پذیرتر از معمول بودید (زودتر از معمول عصبانی می شدید)؟ |
| ۵ | ۱ | ..... | ۶- درد و انقباض عضلانی داشتید؟                                  |
| ۵ | ۱ | ..... | ۷- در به خواب رفتن و یا خوابیدن مشکل داشتید؟                    |
| ۵ | ۱ | ..... | ۸- آیا قلبتان تند می زد؟  |
| ۵ | ۱ | ..... | ۹- عرق می کردید؟  |
| ۵ | ۱ | ..... | ۱۰- می لرزیدید؟   |
| ۵ | ۱ | ..... | ۱۱- دهانتان خشک می شد؟  |

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

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

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

۵ ۴ ۳ ۲ : PRB	آیا شما در باره دوره‌های طولانی نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب و هم چنین هنگامی که بعضی از ناراحتی‌های ذکر شده در فهرست را داشتید، با پزشک صحبت کردید؟ [به سنجش ادامه دهید]. پزشک: _____ غیره: _____	D۶۶ GAD 10D GAD 4F
۱..... خیر ۵..... بله	آیا تاکنون، به خاطر احساس طولانی مدت نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب خیلی ناراحت شده‌اید؟	D۶۷ GAD 4E
۱..... خیر (نه زیاد) ۵..... بله (زیاد)	آیا هیچ وقت، دوره‌های نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب در زندگی و فعالیت هایتان، اختلال ایجاد کرده بود؟	D۶۸ GAD 4E
اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ اولین بار در سن: _____  آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن: _____	اولین بار که احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب [یا مواردی که در کارت D۵ انتخاب کرده است] به مدت شش ماه یا بیشتر طول کشید، چه زمانی شروع شد؟ آخرین بار که احساس نگرانی، فشار عصبی یا اضطراب [یا مواردی که در کارت D۵ انتخاب کرده است] به مدت شش ماه یا بیشتر طول کشید، چه زمانی تمام شد؟	D۶۹ GAD 10ON GAD 4ON  GAD 10RE GAD 4RE

## اختلال افسردگی (E)

	<p>I تا کنون در طول زندگی</p>
	<p>[سؤال E1 تا E24 را در ستون I کدگذاری کنید.]</p> <p>PRB : ۱ ۳ ۴ ۵</p> <p>E1 اکنون می‌خواهم از شما درباره دوره‌هایی که احساس غم، پوچی یا افسردگی داشته‌اید، سؤال کنم. آیا تاکنون، به مدت دو هفته یا بیشتر، برای بیشتر اوقات روز احساس غم، پوچی یا افسردگی داشته‌اید؟ پزشک: _____ غیره: _____</p>
	<p>PRB : ۱ ۳ ۴ ۵</p> <p>E2 آیا هیچ وقت در طول زندگیتان، به مدت دو هفته یا بیشتر، دچار بی‌میلی و بی‌رغبتی به بیشتر امور مثل کار، تفریحات و سرگرمی یا هر چیز دیگری که قبلاً از آن لذت می‌بردید، شده‌اید؟ پزشک: _____ غیره: _____</p>
	<p>[اگر هر دو مورد E1 و E2 کد 1 گرفتند به سؤال E34 رجوع کنید.]</p> <p>[سوالات بعد را به ترتیب در مورد طول عمر فرد بررسیید و پاسخ را در ستون I علامت بزنید.]</p> <p>[سوالات E3 تا E20 هر کدام پاسخ بلی بود، در یک کاغذ برای استفاده در سوالات E27 و E30A یادداشت کنید.]</p>
<p>II در زمان بروز بیشترین علائم</p> <p>بله خیر</p>	<p>I تا کنون در طول زندگی</p> <p>بله خیر</p> <p>کادر ۱: [کمبود انرژی]</p>
<p>۱ ..... ۵</p>	<p>E3 آیا در طول یک دوره دو هفته‌ای یا بیشتر (که با احساس غم/ پوچی/ افسردگی/ بی‌رغبتی به امور همراه بوده است)، [آیا در بیشتر اوقات و تقریباً هر روز، حتی بدون انجام کار سنگین، احساس خستگی و کمبود انرژی داشتید؟</p>
	<p>کادر ۲: [تغییر اشتها]</p>
<p>۱ ..... ۵</p>	<p>E4 آیا در طول یک دوره دو هفته‌ای یا بیشتر (که با احساس افسردگی/ بی‌رغبتی به امور/ احساس خستگی دائم همراه بوده است)، [آیا تقریباً هر روز کم‌اشتهاتر از معمول بودید؟</p>
<p>۱ ..... ۵</p> <p>[اگر کد ۵ داده شد، سؤال A را بپرسید، اگر کد ۱ گرفت، به کد ۵ بعدی در ستون I رجوع کنید.]</p> <p>_____ کیلوگرم</p>	<p>E5 آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها، [بدون این که بخواهید (بدون رژیم)، در طی چند هفته و هر هفته حدود یک کیلو وزن کم کرده‌اید؟</p> <p>[اگر E5 کد ۱ گرفت، به سؤال E6 رجوع کنید.]</p> <p>A: چه قدر وزن کم کردید؟ [اگر پاسخ نمی‌دانم باشد، یعنی اگر کاهش یا افزایش وزن داشته باشد ولی نداند که چند کیلو تغییر وزن داشته، کد ۹۸ را وارد کنید.]</p> <p>_____ کیلوگرم</p>

II		I			
در زمان بروز بیشترین علائم		ناکنون در طول زندگی			
بله	خیر	بله	خیر		
۵	۱	۵	۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره ها، [تقریباً هر روز، به مدت دو هفته یا بیشتر، اشتهای شما بیش از حد معمول بود؟] [اگر در سنین رشد یا حاملگی بوده است، کد ۱ را ثبت کنید.]	E۶ DEP10C7 DP4A3
۵	۱	۵	۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره ها، [غذا خوردنتان به حدی زیاد بوده که برای چند هفته، به مقدار یک کیلوگرم در هفته افزایش وزن داشته باشید؟] [فقط اگر کاهش وزن جبران شده است، کد ۱ بدهید.] [اگر E۷ کد ۱ گرفت، به سؤال E۸ رجوع کنید.]	E۷ DEP10C7 DP4A3
[اگر کد ۵ گرفت، سؤال A را بپر سید، در غیر این صورت، به کد ۵ بعدی در ستون I رجوع کنید.]		_____ کیلوگرم		A: چه قدر وزن زیاد کردید؟ [اگر پاسخ نمی دانم باشد، یعنی اگر کاهش یا افزایش وزن داشته باشد ولی نداند که چند کیلو تغییر وزن داشته، کد ۹۸ را وارد کنید.]	
<b>کادر ۳: [مشکلات خواب]</b>					
۵	۱	۵	۱	آیا در طول این دوره ها (که با احساس افسردگی/بی رغبتی/کمبود انرژی همراه بوده است) [برای مدت دو هفته یا بیشتر و تقریباً هر شب، اختلال خواب مانند دیر به خواب رفتن، بیدار شدن در طول شب، یا زود از خواب بیدار شدن، داشته اید؟] [اگر کد ۵ نگرفت، به سؤال E۹ رجوع کنید.]	E۸ DEP10C6 DP4A4
۵	۱	۵	۱	A: آیا در طول این دوره ها [پیش آمده که مدت دو هفته یا بیشتر، هر روز حداقل ۲ ساعت زودتر از زمان معمول، از خواب بیدار شوید؟]	DEP10S DP4A5
۵	۱	۵	۱	در طول هیچ یک از این دوره ها (که با احساس افسردگی/بی رغبتی/کمبود انرژی همراه بوده است) [آیا تقریباً هر روز، بیش از حد معمول می خوابیدید؟]	E۹ DEP10C6 DP4A4
<b>کادر ۴: [گندی/بی قراری (ناآرامی)]</b>					
۵	۱	۵	۱	در طول هیچ یک از این دوره ها [به مدت دو هفته یا بیشتر، تقریباً هر روز حرکات یا صحبت کردن شما کند تر از حد معمول شده بود؟] [اگر کد ۱ گرفت، به سؤال E۱۱ رجوع کنید.]	E۱۰ DEP10C5 DP4A5
۵	۱	۵	۱	A: [آیا کس دیگری متوجه کند شدن حرکات یا صحبت کردن شما شده بود؟]	DEP10S5 DP4A5

II در زمان بروز بیشترین علائم	I ناکنون در طول زندگی				
بله	بله	خیر	خیر		
۱ ..... ۵	۱ ..... ۵		آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها [دچار بی‌قراری شده‌اید، به نحوی که یک جا بند نشوید، بنشینید و بلند شوید، راه بروید یا وقتی نشست‌اید با دستهایتان بازی کنید؟] [اگر کد ۱ گرفت، به سؤال E۱۲ رجوع کنید.]		E۱۱ DEP10C5 DP4A5 ML4B4
۱ ..... ۵	۱ ..... ۵		:A [آیا کس دیگری هم متوجه بی‌قراری و افزایش تحرک شما شده بود؟]		DEP10S5 DP4A5
<b>کادر ۵: احساس بی‌ارزشی یا گناه</b>					
۱ ..... ۵	۱ ..... ۵		آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها [تقریباً هر روز، احساس بی‌ارزشی داشته‌اید؟]		E۱۲ DEP10C2 DP4A7 DP4E
۱ ..... ۵	۱ ..... ۵		:A [آیا احساس تقصیر یا گناه می‌کردید؟] [اگر هر دو مورد E۱۲ و E۱۲A کد ۱ گرفتند، به سؤال E۱۳ رجوع کنید.]		
۱ ..... ۵ [اگر قسمت B کد ۵ گرفت، به قسمت C، در غیراین صورت به کد ۵ بعدی در ستون A رجوع کنید.]	۱ ..... ۵		:B [آیا دلیل مشخصی برای این احساس بی‌ارزشی/تقصیر و گناه وجود داشت؟] [فقط در مورد ستون I: مثال را ذکر نما یید:] _____ _____ _____ _____ [اگر E۱۲B، کد ۱ گرفت، به سؤال E۱۳ رجوع کنید.] [فقط در مورد ستون II: مثال را ذکر کنید] _____ _____ _____		
بله ..... ۱ خیر ..... ۵	بله ..... ۱ خیر ..... ۵		:C [آیا م صاحبه شونده فقط به این دلیل احساس بی‌ارزشی/تقصیر یا گناه می‌کند که فعالیت‌هایش به خاطر افسردگی، مختل شده است؟]		DP4A7

II		I	
در زمان بروز بیشترین علائم		ناکنون در طول زندگی	
بله	خیر	بله	خیر
<b>کادر ۶: [پایین بودن اعتماد به نفس]</b>			
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره ها [احساس کرده‌اید که پایینتر و کم ارزش تر از دیگران هستید؟
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	[آیا احساس کمبود اعتماد به نفس در شما در حدی بوده که نتوانید نظرتان را ابراز کنید؟
<b>کادر ۷: [مشکل در تفکر]</b>			
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها [بیش از حد معمول، مشکل در تمرکز داشته‌اید؟
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	A: [آیا برایتان اتفاق افتاده بود که نتوانید چیزهای مورد علاقه‌تان را بخوانید یا فیلم‌ها یا برنامه‌های تلویزیونی مورد علاقه‌تان را تماشا کنید، به این دلیل که تمرکزتان مشکل داشته است؟
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	[آیا احساس می‌کردید نسبت به همیشه فکرتان کندتر از حد معمول شده است یا دچار سردرگمی شده‌اید؟
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	[آیا تصمیم‌گیری/درباره چیزهایی که قبلاً مشکلی در تصمیم‌گیری درباره آنها نداشتید، مشکل شده بود؟
<b>کادر ۸: [افکار راجع به مرگ]</b>			
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	آیا در طول هیچ یک از این دوره ها، [زیاد به مرگ فکر می‌کردید؟
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	[آیا خلق‌تان (روحیه‌تان) به حدی پایین بود که زیاد به خودکشی فکر کنید؟ [اگر کد ۱ گرفت، به سؤال E۲۱ رجوع کنید.]
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	[آیا در مورد این که چگونه خودکشی کنید، نقشه کشیده بودید؟
۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	۵ ..... ۱	[آیا اقدام به خودکشی هم کردید؟
		۱ ..... خیر	[تعداد مواردی از سؤال E۱ و E۲ کد ۵ گرفته را با تعداد کادریایی که حداقل یک کد ۵ دارد، جمع کنید. آیا جمع کل مساوی یا بیشتر از ۴ است؟] [اگر پاسخ منفی است به سؤال E۳۴ رجوع کنید.]
		۵ ..... بلی	



II در زمان بروز بیشترین علائم		I تاکنون در طول زندگی			
بله	خیر	بله	خیر		
۵..... ۱	۵..... ۱	آیا در طول یک دوره دو هفته‌ای (که با احساس افسردگی/ بی‌رغبتی/ کمبود انرژی همراه بوده است) [آیا شده که بخصوص هنگام بیدار شدن از خواب، حالتان بد باشد اما به تدریج در طی روز بهتر شده باشید؟		E۲۲	DEP10S4
۵..... ۱	۵..... ۱	آیا، در طول هیچ یک از این دوره‌ها، [میل جنسی‌تان نسبت به حد معمول کاهش پیدا کرده بود؟		E۲۳	DEP10C8
۵..... ۱	۵..... ۱	[آیا نسبت به اتفاقات خوبی که برایتان اتفاق می‌افتاد مثل برنده شدن یا مورد تشویق و تأیید قرار گرفتن، بی‌میل و بی‌رغبت شده بودید و دیگر لذت نمی‌بردید؟		E۲۴	DEP10S2
PRB: ۲ ۳ ۴ ۵		آیا در طول هیچ یک از این دوره‌ها، (که با احساس غم، پوچی یا افسردگی/ از دست دادن میل و رغبت همراه بوده است) درباره احساسات خودتان یا ناراحتی‌هایی که در آن زمان داشتید، [در سوالات E۳ تا E۲۰ (علائمی که کد ۵ گرفته)] با پزشک صحبت کرده‌اید؟ [به سنجش ادامه دهید]. پزشک: _____ غیره: _____ [اگر کد PRB داده نشده است، به سؤال E۳۴ رجوع کنید].		E۲۵	DEP10A DP4E DP4D
_____ هفته		طولانی‌ترین دوره افسردگی که داشته‌اید، چقدر طول کشیده است؟ [اگر در تمام طول زندگی یا بیشتر از ۱۹ سال طول کشیده، ۹۹۶ را وارد کنید. (تعداد هفته = ۵۲ × تعداد سال، تعداد هفته = ۴ × تعداد ماه) [به ۰ تا ۱۳ روز کد ۱ دهید] [اگر کد ۱ داده شد، به سؤال E۳۴ رجوع کنید].		E۲۶	DP4A DEP10A DP4E
۱.....	خیر	آیا هیچ یک از این دوره‌ها (که به مدت دو هفته یا بیشتر طول کشیده)، بطور جدی در عملکرد شغلی شما، مراقبت از خانه و خانواده و یا مراقبت از خودتان اختلال ایجاد کرده است؟		A:	
۵.....	بله				
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶:	اولین بار (ONS):	اولین باری که شما به مدت دو هفته یا بیشتر (احساس غم، احساس پوچی و یا افسردگی/ از دست دادن میل و رغبت / کمبود انرژی داشتید) و هم‌چنین مواردی از قبیل [آن چه در ستون علائم از E۴ تا E۲۰ کد ۵ داده شده باشد] داشتید، چه زمانی بوده است؟		E۲۷	DP4ON DEP10ON DP4RE DEP10RE
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶:	آخرین بار (REC):	آخرین باری که شما به مدت دو هفته یا بیشتر (احساس غم، احساس پوچی و یا افسردگی/ از دست دادن میل و رغبت / کمبود انرژی داشتید) و هم‌چنین مواردی از قبیل [آن چه در ستون علائم از E۴ تا E۲۰ کد ۵ داده شده باشد] داشتید، چه زمانی بوده است؟			
		[اگر پاسخ سؤال E۲۶ کمتر از ۲۶ هفته است به سؤال E۲۹ رجوع کنید]. [اگر سن اولین بار در سؤال D۶۹ خالی بوده یا کمتر از سن اولین بار در سؤال E27 است، به سؤال E۲۹ رجوع کنید، در غیر این صورت بپرسید:]		E۲۸	GA4F

<p>خیر ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>شما قبلاً گفته بودید که در طول زندگی خود، در موارد مختلفی اضطراب و نگرانی طولانی مدت داشتید. آیا دوره‌های طولانی مدتی که در آن اضطراب و نگرانی داشتید با این دوره‌ها (افسردگی / از دست دادن میل و رغبت) همزمان بود؟</p>
<p>تعداد دوره‌ها _____</p> <p>خیر ... (به E۳۰ رجوع کنید) ..... ۱</p> <p>حال خوب در بین دوره‌ها ..... ۵</p> <p>خیر ... (به E۳۰ رجوع کنید) ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p> <p>خیر ... (به E۳۰ رجوع کنید) ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p> <p>تعداد دوره با فاصله ۲ ماه _____</p> <p>سن در پایان اولین دوره افسردگی: _____</p>	<p>DEPI0RG1 MD4A</p> <p>E۲۹</p> <p>در طول زندگیتان چند دوره مختلف به مدت دو هفته یا بیشتر (احساس افسردگی / از دست دادن میل و رغبت / کمبود انرژی) و بعضی از مواردی که درباره‌اش صحبت کردیم، داشته‌اید؟</p> <p>[اگر کد ۹۶ دوره یا بیشتر بود عدد ۹۶ را بنویسید.]</p> <p>[اگر کد ۰۱ داده شده، به سؤال E۳۰ رجوع کنید]</p> <p>A: آیا شده بود بین هیچ یک از این دوره‌های (احساس افسردگی / نداشتن میل و رغبت / کمبود انرژی) چند ماهی حالتان خوب باشد؟</p> <p>B: آیا در بین دوره‌های افسردگی، شما توان کار کردن داشته‌اید و یا از معاشرت با اطرافیانمان مانند گذشته لذت می‌بردید؟</p> <p>C: آیا، مدت زمانی که حالتان خوب بوده و از معاشرت با اطرافیان لذت می‌بردید، ۲ ماه یا بیشتر طول کشید؟</p> <p>D: چند دوره جداگانه (افسردگی / نداشتن میل و رغبت / کمبود انرژی) داشته‌اید که در بین آنها به مدت ۲ ماه یا بیشتر احساس خوبی داشتید؟</p> <p>E: اولین باری که دوره افسردگی تان تمام شد (یعنی پس از یک دوره افسردگی، به مدت حداقل ۲ ماه حالتان خوب بود)، چند ساله بودید؟</p>
<p>خیر (به قسمت C رجوع کنید) ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p> <p>خیر فقط پس از فوت (به E۳۱ رجوع کنید) ..... ۱</p> <p>بله در زمانهای دیگر ..... ۵</p> <p>بله فقط پس از فوت (به E۳۱ رجوع کنید) ..... ۲</p> <p>خیر، نه فقط بعد از فوت ..... ۵</p> <p>خیر ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p> <p>خیر ... (به E۳۴ رجوع کنید) ..... ۱</p> <p>بله ..... ۵</p>	<p>DP4E</p> <p>E۳۰</p> <p>آیا هیچ یک از این دوره‌ها (افسردگی / از دست دادن میل و رغبت) بلافاصله (یعنی کمتر از ۲ ماه) بعد از فوت یکی از نزدیکان برای شما پیش آمد؟</p> <p>[اگر شروع علائم بیش از ۲ ماه پس از فوت بوده، کد ۱ را انتخاب کرده و به قسمت B رجوع کنید.]</p> <p>A: آیا حداقل یکی از این دوره‌ها (احساس افسردگی / نداشتن میل و رغبت) با سایر علائم [از سؤال E۳ تا E۲۰، علائمی که کد ۵ داده شده است، را نام ببرید] بوده است که درست بعد از مرگ یکی از نزدیکان شما پیش نیامده باشد؟</p> <p>B: [اگر در طول سال گذشته افسرده بوده (کد ۱ تا ۵ به سؤال E۲۷ داده‌اید) بپرسید:] دوره یا دوره‌های افسردگی در سال گذشته چطور؟ آیا این (دوره/ دوره‌ها) درست بعد از مرگ یکی از نزدیکان اتفاق افتاد؟</p> <p>C: [اگر مصاحبه‌شونده مرد است یا زنی که بچه ندارد به E۳۱ رجوع کنید] آیا (این دوره/ دوره‌ها) ظرف یک ماه اول پس از زایمان پیش آمد؟</p> <p>[آیا پاسخگو دو دوره یا بیشتر از دو دوره جداگانه افسردگی داشته است (سؤال E۲۹D کد E۳۱ یا بیشتر گرفته است؟)]</p>

سن: _____	<p>اکنون می‌خواهم درباره دورانی، از شما سؤال کنم که (افسردگی / نداشتن میل و رغبت / کمبود انرژی) برای حداقل دو هفته، طول کشیده و بیشترین ناراحتی‌هایی که قبلاً درباره‌اش صحبت کردیم، بطور هم‌زمان در آن موقع وجود داشته، در آن زمان چند ساله بودید؟</p>	E۳۲	
	<p><b>[اگر نمی‌تواند انتخاب کند]:</b> زمان یکی از دوره‌های ۲ هفته‌ای افسردگی شدید را که داشته‌اید، ذکر نمایید.</p>		
<p>خیر ..... ۱ بله ..... ۵</p>	<p>حالا می‌خواهم بپرسم در طی دو هفته‌ای، که بیشترین ناراحتی‌ها را داشتید، و --- ساله بودید، کدامیک از این مشکلات را داشتید: آیا در آن زمان احساس غم یا افسردگی می‌کردید؟</p>	E۳۳	
<p>خیر ..... ۱ بله ..... ۵</p>	<p>A: آیا میل و رغبت خودتان را تقریباً نسبت به همه چیز از دست داده بودید؟ [به ستون II در سؤال E۳ برگردید، مواردی که در ستون I، کد ۵ گرفته‌اند را بخوانید، از شروع کنید و در ستون II کدگذاری کنید. در مورد دوره‌ای که بیشترین ناراحتی‌ها را داشته سوال کنید]</p>		
<p>خیر... (به سؤال K۱ رجوع کنید)..... ۱ بله ..... ۵</p>	<p>آیا در طول زندگی‌تان به مدت ۲ سال یا بیشتر احساس ناراحتی و افسردگی را در بیشتر روزها داشته‌اید؟ (حتی اگر بعضی مواقع حالتان خوب بود) A: آیا هیچ یک از این دوره‌ها به مدت ۲ سال طول کشیده است، بدون این که در بین آن‌ها ۲ ماه کامل حالتان خوب باشد؟ <b>[اگر پاسخ منفی است کد PRB۱ را علامت زده و به سؤال K۱ رجوع کنید.]</b></p>	E۳۴	DY4A
PRB: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	<p>در طول دو سال یا بیشتری که احساس غم یا افسردگی داشته‌اید، با پزشک صحبت کرده‌اید؟ <b>[سنجش را ادامه دهید]</b> پزشک: _____ غیره: _____</p>		DYS10A DY4C
<p>خیر..... ۱ بله ..... ۵</p>	<p>[ در سوالات E۳۵ تا E۵۱ هر مورد پاسخ بلی بود در یک کاغذ برای استفاده در سوال E۳۵ و E۵۲ یادداشت کنید] آیا در طی این مدت طولانی افسردگی مشکل خواب (مانند دیر به خواب رفتن، بیدار شدن در طول شب، و یا خیلی زود بیدار شدن)، داشته‌اید؟</p>	E۳۵	DY10C2 DY4B
<p>خیر..... ۱ بله ..... ۵</p>	<p>در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر) آیا اغلب زیاد می‌خوابید؟</p>	E۳۶	DY4B2
<p>خیر..... ۱ بله ..... ۵</p>	<p>در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر) آیا اغلب خیلی کم اشتها بودید؟</p>	E۳۷	DY4B1
<p>خیر..... ۱ بله ..... ۵</p>	<p>در این دوره طولانی افسردگی (به مدت دو سال یا بیشتر) آیا بیشتر از حد معمول می‌خوردید؟</p>	E۳۸	DY4B1
<p>خیر..... ۱ بله ..... ۵</p>	<p>در این دوره طولانی افسردگی، آیا بیشتر مواقع احساس کمبود انرژی یا خستگی می‌کردید، حتی مواقعی که خیلی سخت کار نکرده بودید؟</p>	E۳۹	DYS10C1 DY4B3

خیر.....۱ بله.....۵	در این دوره طولانی افسردگی آیا اغلب خودتان را پایینتر و کم ارزشتر از بقیه مردم می دانستید؟	E۴۰	DYS10C3 DY4B4
خیر.....۱ بله.....۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی، اعتماد به نفس شما به حدی کم شده بود که درباره هیچ چیز نتوانید نظراتان را ابراز کنید؟	E۴۱	DYS10C3 DY4B4
خیر.....۱ بله.....۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی، در تمرکز خود بسیار زیادتر از معمول مشکل داشتید؟	E۴۲	DYS10C4 DY4B5
خیر.....۱ بله.....۵	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت ۲ سال یا بیشتر) آیا شما معمولاً عاجز از تصمیم گیری هایی بودید که قبلاً در آن مشکلی نداشتید؟	E۴۳	DY4B0
خیر.....۱ بله.....۵	در این دوره طولانی افسردگی، آیا اغلب گریه می کردید؟	E۴۴	DYS10C5
خیر.....۱ بله.....۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی، احساس ناامیدی داشته اید، به طوری که فکر کرده باشید هیچ راهی برای بهتر شدن اوضاع وجود ندارد؟	E۴۵	DYS10C7 DY4B6
خیر.....۱ بله.....۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی احساس می کردید که نمی توانید از پس زندگی و مسئولیت هایتان برآیید؟	E۴۶	DYS10C8
خیر.....۱ بله.....۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی فکر می کردید که همیشه زندگی بدی داشته اید و راهی برای بهبود اوضاع وجود ندارد؟	E۴۷	DYS10C9
خیر.....۱ بله.....۵	در این دوره طولانی افسردگی (به مدت ۲ سال یا بیشتر)، آیا حوصله معاشرت با دوستان و اقوام خود را نداشتید؟	E۴۸	DYS10C10
خیر.....۱ بله.....۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی، کم حرفتر از معمول شده بودید؟	E۴۹	DYS10C11
خیر.....۱ بله.....۵	آیا در این دوره طولانی نسبت به بیشتر چیزها مثل کار، سرگرمی ها و چیزهای دیگر که قبلاً از آنها لذت می بردید، بی میل و رغبت شده بودید؟	E۵۰	DYS10C6
خیر.....۱ بله.....۵	آیا در این دوره طولانی افسردگی، میل جنسی تان کمتر از حد معمول شده بودید؟	E۵۱	DYS10C6

[اگر هیچ یک از سؤالات E۳۵ تا E۵۱ کد ۵ نگرفتند به E۵۲ کد PRB۱ داده و به سؤال K۱ رجوع کنید].

PRB: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	آیا در این دوره طولانی که افسرده بودید، ناراحتی هایتان [مثل ناراحتی هایی که در سؤالات E۳۵ تا E۵۱ کد ۵ گرفته] را با پزشک در میان گذاشتید؟ [به سنجش ادامه دهید] پزشک: _____ غیره: _____ [اگر کد ۵ گرفته ولی علت برخی از این ناراحتی ها، صرفاً مشکلات جسمی بوده است، آنها را فهرست کنید]. _____ _____ [اگر کد ۵ گرفته ولی علت برخی از این ناراحتی ها، صرفاً به دلیل مصرف دارو، مواد مخدر یا الکل بوده، آن مشکلات را فهرست کنید]. _____ _____	E۵۲	DY4G
----------------	---	-----	------

اولین بار در سن: _____	<p>اولین باری که برای مدت دو سال یا بیشتر افسرده بودید، و یا علائمی مانند [علائمی که در سؤالات E۳۵ تا E۵۱ کد ۵ گرفته و صرفاً به مشکلات جسمی و مصرف مواد مخدر، دارو و مشروب ربطی نداشته] را داشتید، سنتان چقدر بود؟</p>	E۵۳	DY40N DYS100N
<p>آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن _____</p>	<p>آخرین دوره افسردگی چه زمانی به پایان رسید؟ [اگر سن اولین بار در سوال D۶۹ خالی بوده یا از سن شروع علائم در سوال E۵۳ کمتر است به سوال K۱ رجوع کنید.]</p>		
<p>خیر..... ۱ بله ..... ۵</p>	<p>قبلاً گفته بودید که یک دوره طولانی اضطراب و نگرانی در باره موضوعات گوناگون داشته‌اید. این دوره اضطراب و نگرانی با دوره افسردگی تان همزمان بوده است؟</p>	E۵۴	GA4F

## اختلالات وسواسی-جبری (K)

<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>می‌خواهم از شما سؤال کنم که آیا تا کنون، افکار ناخوشایند و مزاحمی داشته‌اید، که برخلاف میل‌تان به ذهنتان می‌آید؟ (مثلاً این که همیشه فکر کنید دستهایتان کثیف و پر از میکروب است). آیا تاکنون، هر گونه افکار ناخوشایندی مانند این داشته‌اید؟</p>	<p>K۱</p> <p>OCO10A OCO10B OBS4A4 OBS4A1 OBS4A2</p>
<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p> <p>خیر (به سؤال K۹ رجوع کنید)..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>نمونه دیگر از افکار ناخوشایند، افکار مداومی است نظیر این که: شما ممکن است به کسی آسیب برسانید، هر چند که خودتان نمی‌خواهید و یا ممکن است افکار شرم‌آوری داشته باشید و نتوانید از آنها خلاص شوید. آیا تاکنون، چنین افکار ناخوشایند و مداومی داشته‌اید؟</p> <p>B: [آیا هیچ‌یک از سؤالات K۱ و K۱A کد ۵ گرفته است؟]</p>	<p>A:</p> <p>OCO10A OCO10B OBS4A1 OBS4A2 OBS4A4</p>
<p>کمتر از ۲ هفته (به سؤال K۹ رجوع کنید)..... ۱</p> <p>۲ هفته یا بیشتر ..... ۵</p>	<p>K۲ آیا این گونه افکار را تنها برای مدت کوتاهی داشته‌اید یا این‌که به طور مرتب بارها به مدت حداقل دو هفته با شما همراه بوده‌اند؟</p>	<p>OCO10A</p>
<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p> <p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p> <p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p> <p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p> <p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>K۳ آیا می‌توانید از این افکاری که شما را اذیت نموده، مثال‌هایی بزنید؟ مثال: _____ _____</p> <p>[آیا این مثال‌ها، صرفاً توصیف‌کننده این موارد زیر هستند؟]</p> <p>۱- احساس گناه ناشی از افسردگی.....</p> <p>۲- نگرانی درباره ظاهر بدن، وزن یا خوردن.....</p> <p>۳- نگرانی درباره به دست آوردن و مصرف مواد مخدر و یا مواد دیگر.....</p> <p>۴- نگرانی درباره کردن مو.....</p> <p>۵- نگرانی درباره یک بیماری جدی.....</p> <p>۶- ترکیبی از موارد ۱ تا ۵.....</p> <p>[اگر هر یک از موارد فوق کد ۵ گرفت، به سؤال K۹ رجوع کنید.]</p>	<p>OBS4D</p>
<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>K۴ آیا برخی از این افکار به نظر خودتان غیرمنطقی است؟</p>	<p>OCO10B2 OBS4B</p>
<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>A: آیا بیش از حد معمول فکرتان مشغول این‌گونه مسائل بوده است؟</p>	
<p>خیر..... ۱</p> <p>بله..... ۵</p>	<p>B: آیا از فکر کردن به این‌گونه مسائل، لذت می‌برید؟</p>	<p>OCO10B4</p>

PRB: ۱ ۳ ۴ ۵	K۵ آیا، علی‌رغم تلاش زیاد برای دور کردن افکار مزاحم و خلاص شدن از دست آنها، این افکار دائماً به مغزتان هجوم می‌آورد؟	OCO10B3 OBS4A3 OBS4A1 OBS4E
[اگر با سخ منفی ۱ ست، PRB۱ را انتخاب کنید و به سؤال K۹ رجوع نمایید و اگر جواب مثبت بود به سنجش ادامه دهید.] پزشک: _____ غیره: _____		
اگر کد PRB۵ نگرفت، به سؤال K۹ رجوع کنید.]		
۱.....خیر ۵.....بله	K۶ آیا وقتی این فکرها به سراغتان می‌آید، به مدت بیشتر از ۱ ساعت ادامه داشت؟	OBS4C
۱.....خیر ۵.....بله	K۷ آیا، این افکار در زندگی یا کارتتان اختلال ایجاد کرده یا ارتباط با اقوام و دوستان را برای شما مشکل نموده یا برایتان ناراحت‌کننده و آزار دهنده بوده است؟	OBS4C OCO10C
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶: اولین بار (ONS) اولین بار در سن: _____	K۸ اولین باری که نمی‌توانستید افکار مزاحم را از خودتان دور کنید، چه زمانی بود؟	
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶: آخرین بار (REC) آخرین بار در سن: _____	آخرین باری که نمی‌توانستید افکار مزاحم را از خودتان دور کنید، چه زمانی بود؟	
[ سوالات K9 تا K12 هر کدام با سبب بلی بود در یک کاغذ برای ۱ استفاده در سؤال K13، K17 و K19 یادداشت کنید.]		
۱.....خیر ۵.....بله	K۹ بعضی از افراد احساس ناخوشایندی دارند که مجبورند بعضی کارها را بارها انجام دهند، اگرچه آنها می‌دانند که غیر منطقی است، ولی نمی‌توانند جلوی خودشان را بگیرند؛ مثل شستن مکرر دست‌ها و واریسی چندباره برای این که مطمئن شوند که آیا در را قفل کرده و یا اجاق‌گاز را خاموش کرده‌اند. آیا برای شما هم پیش آمده که کارهایی شبیه این را، بارها و بارها تکرار کنید؟ [اگر کد ۵ انتخاب شده، مثال آن را بپرسید]. مثال: _____	OCC10A COM4A1
۱.....خیر ۵.....بله	K۱۰ آیا تاکنون، پیش آمده که احساس کنید باید کاری را به ترتیب خاصی انجام دهید (مثل لباس پوشیدن)، و در صورتی که ترتیب مورد نظر رعایت نشود، بارها آن کار را تکرار کنید؟ [اگر کد ۵ انتخاب شده مثال آن را بپرسید]: مثال: _____	OCC10A COM4A1
۱.....خیر ۵.....بله	K۱۱ آیا به مدت چندین هفته، احساس می‌کردید که باید بعضی چیزها را بشمارید (مثل کاشی‌ها یا موزائیک) به گونه‌ای که نتوانید جلوی این کار را بگیرید؟ [اگر کد ۵ انتخاب شده، مثال آن را بپرسید]: مثال: _____	OCC10A COM4A1
۱.....خیر ۵.....بله	K۱۲ آیا تاکنون برای تکرار چندین باره کلمات چه به صورت بلند یا در ذهنتان، احساس اجبار کرده‌اید؟ [اگر کد ۵ انتخاب شده، مثال آن را بپرسید]:	COM4A1 OCC4A

مثال: \_\_\_\_\_

خیر..... ۱ بله..... ۵	K۱۳	گفتید که شما [رفتارهایی که در سوالات K۹ تا K۱۲ کد ۵ گرفته] را باید انجام می‌دادید. آیا فکر می‌کردید که این رفتارها غیرضروری بوده و شما بیش از اندازه این کارها را انجام می‌دادید؟	OCC1B2 COM4B
خیر می‌توانستم کنترل کنم ..... ۱ سعی نمی‌کردم پس نمی‌دانم ..... ۳ بله سعی می‌کردم ولی انجام می‌دادم.. ۵	K۱۴	آیا شما خیلی تلاش می‌کردید که این کارها را انجام ندهید، اما به هر حال آنها را انجام می‌دادید؟	OCC10B3
خیر..... ۱ بله..... ۵	K۱۵	آیا، در صورت انجام ندادن این کارها، احساس ناراحتی می‌کردید؟	COM4A2
خیر..... ۱ بله..... ۵	A:	آیا، فکر می‌کردید که اگر این کارها را انجام ندهید، اتفاق بدی خواهد افتاد؟	
خیر..... ۱ بله..... ۵	K۱۶	آیا، از انجام این کارها لذت می‌بردید؟	OCC10B4
PRB: ۳ ۴ ۵	K۱۷	آیا درباره احساس اجبار به انجام دادن [رفتارهایی که از K۹ تا K۱۲ کد ۵ گرفته] با پزشک صحبت کرده‌اید؟ [به سنجش ادامه دهید] پزشک: _____ غیره: _____	COM4E
اولین بار (ONS): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ اولین بار در سن: _____	K۱۸	اولین باری که احساس اجبار برای انجام دادن این رفتارها داشتید، چه زمانی بوده است؟	
آخرین بار (REC): ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ آخرین بار در سن: _____		آخرین باری که احساس اجبار برای انجام دادن این رفتارها داشتید، چه زمانی بوده است؟	
خیر..... ۱ بله..... ۵	K۱۹	آیا اجبار به انجام [رفتارهایی که از K۹ تا K۱۲ کد ۵ گرفته] در زندگی یا کار شما اختلال ایجاد کرده، یا ارتباط با اقوام و دوستان را برای شما مشکل نموده و یا برایتان آزاردهنده و ناراحت‌کننده بوده است؟	OCC10C COM4C
خیر..... ۱ بله..... ۵	K۲۰	آیا پیش آمده که برای مدت حداقل دو هفته، در انجام این کارها احساس اجبار نمایید؟	OCC10A
خیر..... ۱ بله..... ۵	K۲۱	آیا در روز اغلب بیشتر از یک ساعت از وقتتان صرف این کارها می‌شد؟	COM4C



