

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

PAIN ASSESSMENT

Dr. ARABI
2012/7/11

Pain Assessment

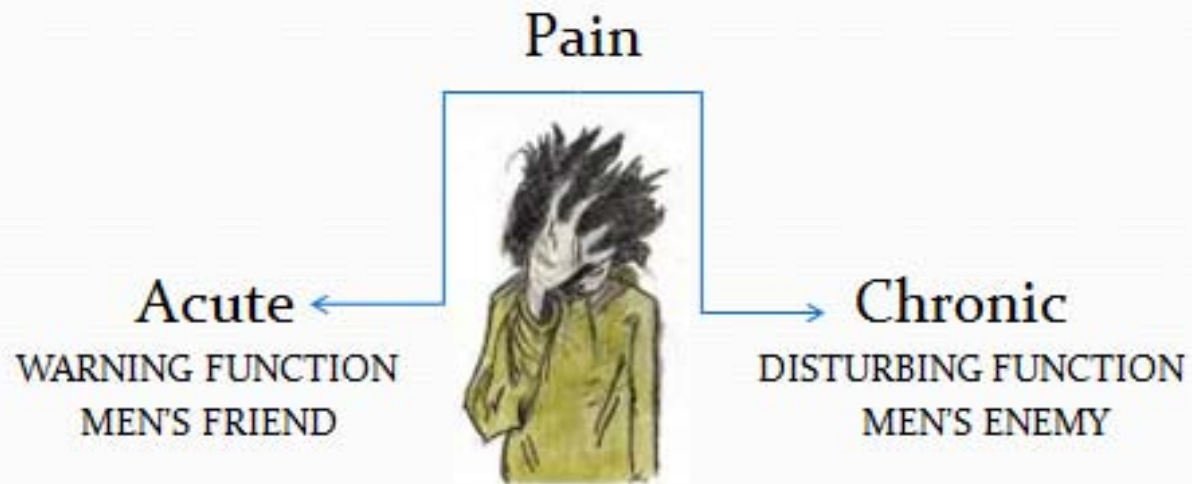
The effective clinical management of pain depends on its accurate assessment

The assessment process is essentially a dialogue between the patient and the healthcare provider that addresses the nature, location, and extent of pain, looks at its impact on the patient's daily life.

Effective Pain Assessment

- ▶ **First**, in general, accept the patient's self-reported pain as accurate and the primary source of information.
- ▶ **Second**, as much as is possible within a time constrained service setting, allow patients to describe their pain **in their own words**.
- ▶ **Third**, listen actively to what the patient says
- ▶ **Fourth**, the location of the pain across the body can be determined by showing the patient a picture of the human body.
- ▶ **Fifth**, pain scales can be used to determine the severity of the expressed pain.
- ▶ **Sixth**, it is important to manage an individual's pain as soon as is possible.

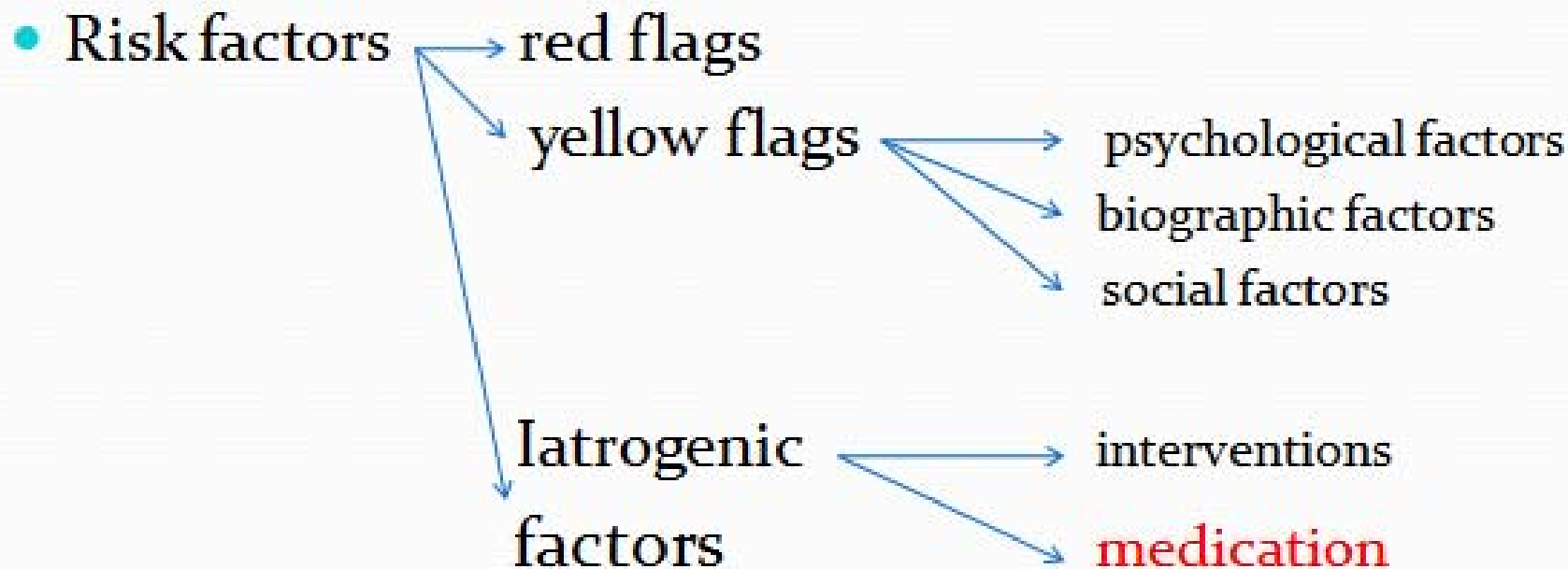
✓ Definition



Why?

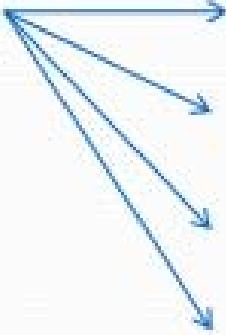

Tips to prevent PAINCHRONIFICATION

- Quick diagnosis



Quick diagnosis

- History
 - hearing carefully
 - pain presentation
 - where it hurts – radiation
 - when
 - increasing factors
 - decreasing factors

- Looking 
 - behavior
 - verbal, nonverbal symptoms
 - walking, standing, lying,
 - changing clothes
- physical exam. 
 - motor
 - sensory (hypo, hyper, dysesthesia...)
 - vasomotor
- analyzing of pain questionnaire



هو الشامي

بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)



مرکز علوم اعصاب

کلینیک چند تخصصی درد

پرسشنامه درد

بیماران عزیز:

این پرسشنامه براساس استانداردهای بین المللی انجمن جهانی درد پیشنهاد و طراحی شده است. و تمام عواملی را که می توانند موجب ایجاد یا تشدید درد شما کردند را بررسی نماید. پاسخ دقیق شما می تواند راهنمای ما در تشخیص و درمان هرچه بهتر شما گردد.

لطفاً این پرسشنامه را بطور دقیق مطالعه فرمائید و با دقت و به طور کامل به سؤالات آن پاسخ دهید.

قبلاً از همکاری شما صمیمانه تشکر می نمایم.

از پرسشنامه شما در نظر است در کارهای علمی استفاده نمایم.

آیا راضی هستید آری خیر

این پرسشنامه در تاریخ _____ توسط دکتر _____ با همکاری بیمار آقای/خانم _____ تکمیل گردید و صحت آنها توسط اینجانب _____ تصدیق می شود.

امضاء _____

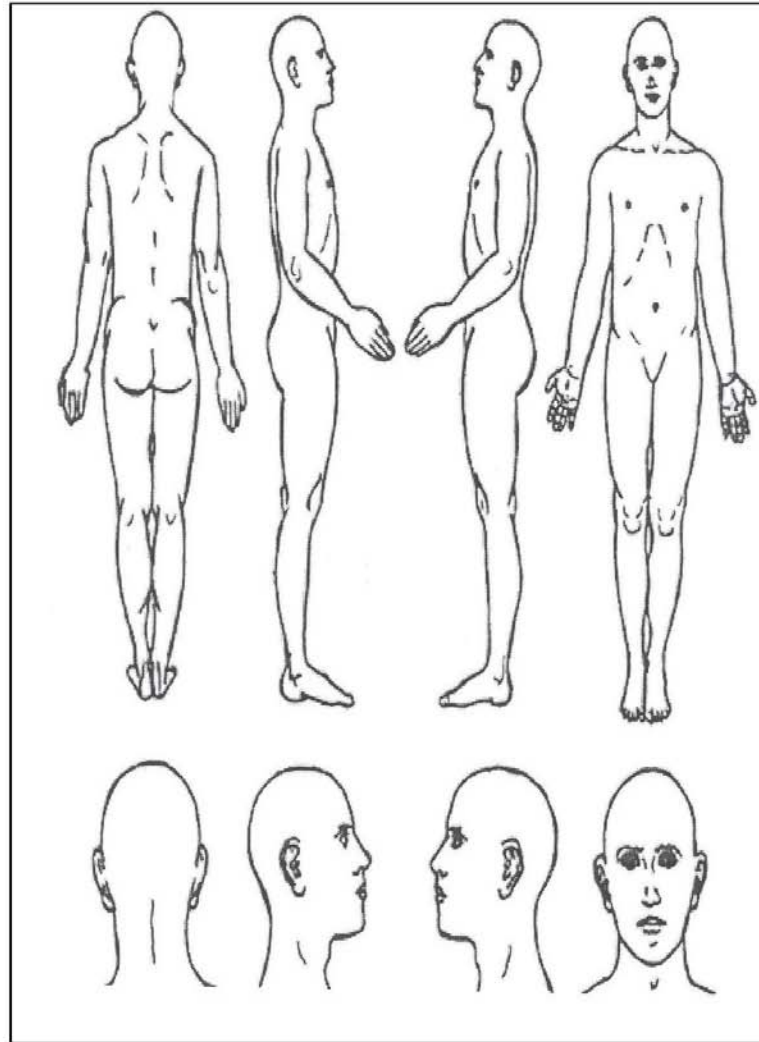
تاریخ:

مشخصات فردی

- ۱- نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____
- محل تولد: _____ تاریخ تولد: _____
- روز ماه سال
- ۲- جنس مذکر مؤنث
- ۳- وضعیت خانوادگی مجرد متأهل بیوه مطلقه
- ۴- تعداد فرزندان _____ محل اقامت: _____ تعداد اطاقهای محل سکونت: _____
- ۵- تلفن منزل _____ همراه _____ محل کار _____
تلفن یکی از نزدیکان که در موارد ضروری بتوان با ایشان تماس گرفت.
- ۶- نام پزشک معالج در گذشته یا پزشک معرف _____
- ۷- تشخیص مطرح شده توسط متخصصان قبلی _____
- ۸- قد (سانتی متر) _____ وزن (کیلوگرم) _____ BMI _____
- ۹- آیا در حال حاضر توانایی انجام کار دارید؟ بله خیر
- ۱۰- آیا جهت انجام کارهای شخصی (نظافت، لباس پوشیدن، غذا خوردن) نیاز به کمک دیگران دارید؟ بله خیر
- ۱۱- آیا برای راه رفتن بوسیله خاصی احتیاج دارید؟ خیر عصا صندلی چرخدار قادر به راه رفتن نیستم

۱۲- لطفأ در تصاویر زیر تمام دردهای خود را بکشید.

شما می توانید محل دردهای خود را به کمک مناد رنگی یا خودکار یا هر وسیله دیگری هاشور زده یا کاملاً رنگ کنید تا ما دقیقاً تمام محل دردهای شما را بدانیم



ایا محل همه دردهای خود را مشخص کرده اید؟

بعد از اتمام سوالات قبلی در مورد تمام دردهای شما، از شما خواهش می کنیم که اکنون مهمترین و درد اصلی خود را مشخص نمایید. پرسشهای ۱۳ و ۱۴ را تنها براساس احساس خود نسبت به درد اصلی بیان نمایید.

۱۳- محل مهمترین درد اصلی خود را علامت بزنید.

چپ	وسط	راست	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- دهان، صورت، سر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- گردن، گلو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- شانه، بازو، دست
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- قفسه سینه، نیمه فوقانی پشت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- شکم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- نیمه تحتانی پشت (کمر)، باسن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- تهی گاه، پا، کف پا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- لگن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- دستگاه تناسلی، مقعد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- مفاصل متعدد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- همه بدن

۱۴- درد اصلی خود را کجا احساس می کنید؟

- در عمق (عمقی) -
 سطحی (روی پوست و مخاطا) -
 خارج بدن (اندامهای قطع شده) -

۱۵- آیا محل و موقعیت درد اصلی اغلب تغییر می کند؟ بلی خیر

روز	ماه	سال	تاریخ		

۱۶- درد اصلی شما از چه زمانی شروع شده است؟

۱۷- آیا در خانواده شما کسی یا کسانی وجود دارند که دردی مشابه داشته باشند؟ بلی خیر
 در صورت مثبت بودن چه دردی؟

۱۸- درد شما در کدام حالت بیشتر است؟

- خوابیده نشسته در حالت ایستادن در راه رفتن

۱۹- کدام مورد زیر مطابق با درد اصلی شما است؟

درد های مداوم با نوسانات ملایم



دردهای مداوم همراه با حمله های درد



درد های حمله ای و در فاصله آنها بی دردی



۲۰- در صورت بروز حملات درد معمولاً چقدر طول می کشد؟ لطفاً یک مورد را علامت بزنید.

- چند ثانیه چند دقیقه چند ساعت
 چند روز بیشتر از یک هفته

۲۱- لطفاً در موارد زیر شدت درد اصلی خود را با علامت X روی عدد مربوطه مشخص فرمائید. عدد صفر یعنی شما دردی ندارید و عدد ۱۰ بیشترین مقدار دردی است که از آن بیشتر را نمی توانید تصور کنید.

۱- شدت متوسط درد شما در ۴ هفته گذشته چقدر بوده است؟

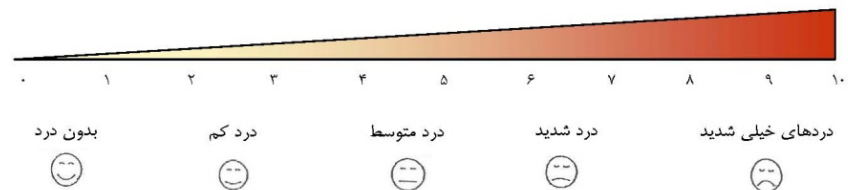
۰ بدون درد ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ (بالاترین شدت درد که می توان تصور کرد)

۲- بیشترین شدت درد شما در ۴ هفته گذشته چقدر بوده است؟

۰ بدون درد ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ (بالاترین شدت درد که می توان تصور کرد)

۳- کمترین شدت درد شما در ۴ هفته گذشته چقدر بوده است؟

۰ بدون درد ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ (بالاترین شدت درد که می توان تصور کرد)



۲۲- آیا شدت درد شما تغییر می کند (لطفأً فقط یک مورد را علامت بزنید).

- شدت درد من اغلب تغییر می کند (مثلاً چند بار در روز)
- شدت درد من گاهی تغییر می کند (مثلاً به دفعات کم در هفته)
- شدت درد من هیچوقت تغییر نمی کند

۲۳- فکر می کنید عامل دردهای اصلی شما به کدام یک از عوامل زیر مربوط می باشد (می توانید چند مورد را علامت بزنید)

- بعلت یک بیماری
- بعلت عمل جراحی
- بعلت سانحه یا تصادف
- بعلت سانحه در محل کار
- بعلت فشارهای جسمی
- بعلت فشارهای روحی
- بعلت توارثی
- علل دیگر
- هنوز خودم علت دردم را نمی دانم

۲۴- در موارد پائین معین کنید که عوامل نامبرده چگونه روی درد اصلی شما تأثیر می گذارد.

افزایش می دهد	اثر ندارد	کاهش می دهد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فشارهای جسمی (مثل بالا رفتن از پله ها، بلند کردن اشیاء سنگین و ...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فشارهای روحی (مثل استرس، عصبانیت، هیجان)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نگه داشتن وضعیت بدن به مدت طولانی (نشستن طولانی، ایستادن طولانی، راه رفتن طولانی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تغییر وضعیت مداوم، حرکت کردن، راه رفتن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استراحت، دراز کشیدن، خوابیدن
<input type="checkbox"/> نادرست		<input type="checkbox"/> درست	• درد من با هیچ نوع معالجه ای بهتر نخواهد شد

۲۵- عبارات زیر اساس درد شما را دقیق تر بیان می کنند. لطفاً در هر مورد مشخص کنید که این احساس چقدر در مورد شما صدق می کند.
 در هر مورد ۴ امکان وجود دارد. هر مورد را که در رابطه با در شما بیشتر صادق است با X مشخص نمائید.
 من دردهایم را به صورتهای زیر احساس می کنم.

اصلاً در مورد من صدق نمی کند	در مورد من کمی صدق می کند	مقدار زیادی در مورد من صادق است	کاملاً در مورد من صادق است	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برایم عذاب آور شده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وحشتناک است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برایم خسته کننده شده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیلی شدید است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	از درد می میرم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زمین گیرم کرده است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تنم را می لرزاند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	افتضاح است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اعصابم را به هم می ریزد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طاقت فرسا است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انگار شکنجه ام می کنند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غیرقابل تحمل است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فاجعه کرده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انگار گوشتم را می برند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انگار می کوبد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سوزشی است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انگار تکه تکه ام می کنند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ذوق ذوق می کند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انگار آبجوش می ریزند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انگار به تنم سوزن می زنند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مثل چکشی می کوبد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	از درد آتش می گیرم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حمله ای و ناگهانی است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کنک و مبهم است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تیر می کشد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مثل نیض می زند

۲۶- لطفاً در گزینه زیر معین فرمائید که کدامیک از **علائم زیر همراه** دردهای اصلی شما وجود دارد. لطفاً در هر سطر موردی را که **بیشتر** در مورد شما صدق می کند علامت بزنید.
 هیچ علامت دیگری همراه درد من وجود ندارد
 علائم زیر همراه دردهای من وجود دارند.

هرگز	گاهی	اغلب	همیشه	
				تهوع
				استفراغ
				حساسیت به نور
				حساسیت به صدا
				اختلال بینایی یا پرش چشم
				ورم یا قرمزی در محل درد
				حساسیت زیاد پوست در محل درد
				موارد دیگر
				موارد دیگر

۲۷- آیا تا به حال به خاطر درد خود **جراحی** شده اید
 نوع جراحی و تاریخ آن
 ۱- بله خیر
 ماه سال مدت کاهش درد (به ماه)

 ۲-
 ۳-
 ۴- **بیشتر از سه بار** بعثت دردهایم جراحی شده ام دفعه

۲۸- آیا به غیر از درد به علت دیگر هم **جراحی** شده اید
 اگر شده اید چند بار دفعه
 ۲۹- آیا دچار **سائحه** شده اید؟
 اگر شده اید چند بار دفعه
 توضیح دهید

۱- ۲۹- سابقه **مجروحیت**

۲- ۲۹- نوع **مجروحیت** قطع عضو شایعه نخاعی شیمیایی موج گرفتگی مجروحیت مغزی داخلی

۳۰- سوابق معالجه

جهت برنامه ریزی درمان شما باید بدانیم تا به حال تحت چه درمانهایی قرار گرفته اید: آیا تأثیر داشته، اصلاً تأثیر نداشته، یا مدت محدودی تأثیر داشته است. (در محل مربوطه علامت بزنید).

- تا بحال تحت هیچگونه درمانی نبوده ام

نوع درمان	تا به حال انجام داده ام	تأثیر داشته؟	
		بله	مدت محدودی
۱ داروهای ضد درد			خیر
۲ داروهای وریدی (تزریقی)			
۳ تزریق در محل درد			
۴ بلوک های عصبی			
۵ تزریق در ستون فقرات (مثل ایندووال)			
۶ الکترودهای نخاعی (DCS) یا پمپ های نخاعی			
۷ فیزیوتراپی (سرما یا گرما درمانی)			
۸ ماساژ، آب درمانی، سرما یا گرما درمانی			
۹ تحریک الکتریکی عصب (TENS)			
۱۰ طب سوزنی			
۱۱ کایروپراکتیک			
۱۲ درمانهای روانشناسی			
۱۳ تمرینات ریلاکسیشن			
۱۴ بیوفیدبک - هیپنوتیزم			
۱۵ ترک عادات دارویی			
۱۶ توانبخشی			
۱۷ موارد دیگر			

- لطفاً داروهای مصرفی خود را بنویسید.

نوع دارو	ام(قرص، شیاپ، قطره و...)	دوز مصرفی	مدت مصرف

- ۳۱- آیا به جز درد خود بیماری یا بیماریهای دیگری دارید بله خیر

اگر پاسخ مثبت است چه بیماری؟

۳۲- آیا شما تنها زندگی می کنید یا با فرد یا افراد دیگری هستید؟

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> من با همسرم زندگی می کنم | <input type="checkbox"/> من با اقوام دیگرم زندگی می کنم |
| <input type="checkbox"/> من با والدینم زندگی می کنم | <input type="checkbox"/> من با دوستان و آشنایانم زندگی می کنم |
| <input type="checkbox"/> من با فرزندانم زندگی می کنم | <input type="checkbox"/> من تنها زندگی می کنم |

۳۳- آخرین مدرک تحصیلی دانشجو دانش آموز کارآموز

۳۴- شغل (عنوان شغل فعلی) خانه دار کارمند کارگر شغل آزاد کشاورز
آیا جهت اشتغال در شغل خود دوره های تکمیلی هم گذرانده اید: بله خیر

در صورت مثبت بودن چه دوره ای؟

در صورت مثبت بودن، آیا در همان رشته ای که دوره آن را گذرانده اید کار می کنید؟ بله خیر

۳۵- وضعیت شغلی: حقوق بگیر بازنشسته از کار افتاده حالت اشتغال بیکار

۳۶- فکر می کنید میزان فشارهای جسمی و کارهای سنگین و تنش های روحی در شغل شما چقدر است؟

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> فشار جسمی کم است | <input type="checkbox"/> تنش روحی کم است |
| <input type="checkbox"/> فشار جسمی متوسط است | <input type="checkbox"/> تنش روحی متوسط است |
| <input type="checkbox"/> فشار جسمی سنگین است | <input type="checkbox"/> تنش روحی زیاد است |

۳۷- آیا به علت درد قادر به کار کردن نیستید. بله خیر

اگر بله از چه زمانی

روز	:	:	:	:	:	:
ماه	:	:	:	:	:	:
سال	:	:	:	:	:	:

۳۷-۱- اعتیاد: آیا سابقه اعتیاد دارید بله خیر

۳۷-۲- چه نوع اعتیادی دارید؟

۳۸- وضع خواب: وضعیت خواب شما چگونه است؟

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> اختلال در به خواب رفتن دارم | <input type="checkbox"/> مرتب از خواب بیدار می شوم |
| <input type="checkbox"/> اختلال در طول مدت خوابیدن دارم | <input type="checkbox"/> خواب مناسب و خوبی دارم |

۳۹- بیماریهای مهم دیگری که دارید ذکر نمایید.

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> قلب و عروق | <input type="checkbox"/> قند | <input type="checkbox"/> فشار خون |
| <input type="checkbox"/> کبد | <input type="checkbox"/> تیروئید | <input type="checkbox"/> اعصاب و روان |

PDI (pain- disability index)

لطفاً در سوالات زیر مشخص نمایید که به علت درد خود در کدامیک از زمینه های زندگی دچار محدودیت شده اید؟ یعنی درد تا چه میزان مانع انجام فعالیت های شما شده است. (در هر مورد (۰) یعنی، هیچ تأثیری نداشته و عدد ۱۰ یعنی فعالیت فوقی کاملاً تحت تأثیر درد محدود شده است عددی را که فکر می کنید میزان تقریبی محدودیت را معین می کند با ضربدر مشخص فرمائید).

۱- مسئولیت های خانه و خانواده (مربوط به فعالیتهایی که در مورد خانه داری و خانواده و خرید و ...)

محدودیت کامل ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ بدون محدودیت

۲- اوقات فراغت (شامل سرگرمی، ورزش، استراحت)

محدودیت کامل ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ بدون محدودیت

۳- فعالیتهای اجتماعی (شامل گرد آمدن با دوستان و آشنایان، شرکت در جشن ها، تئاتر، سینما، کنسرت، صرف غذا با دوستان و دیگر فعالیت های اجتماعی)

محدودیت کامل ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ بدون محدودیت

۴- در محدوده شغلی (شامل فعالیت های شغلی مستقیم و غیر مستقیم و فعالیت های خانه برای افراد خانه دار)

محدودیت کامل ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ بدون محدودیت

۵- روابط زناشویی (جنسی) (شامل کیفیت و کمیت روابط زناشویی)

محدودیت کامل ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ بدون محدودیت

۶- خودکفائی (شامل استقلال در انجام امور روزمره مثل لباس پوشیدن بدون کمک به دیگران)

محدودیت کامل ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ بدون محدودیت

۷- فعالیت های ضروری زندگی (شامل فعالیتهای قطعاً ضروری از جمله خوردن، خوابیدن و تنفس)

محدودیت کامل ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ بدون محدودیت

HADS-D

سوالات زیر در مورد احساسات شما در هفته گذشته می باشد. لطفاً به همراه سوالات پاسخ دهید و مواردی را که بیشتر در مورد شما صدق می کند علامت بزنید.

<p>۸- من احساس می کنم دیگر کاری از من بر نمی آید.</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> تقریباً همیشه</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> خیلی اوقات</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> گاهی</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> اصلاً</p>	<p>۱- من خودم را تحت فشار احساس می کنم و به همه چیز حساس شده ام.</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> بیشتر اوقات</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> اغلب</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> گاهی</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> هیچوقت</p>
<p>۹- من گاهی احساس دلشوره در دلم دارم.</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> هیچوقت</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> گاهی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> تقریباً اغلب اوقات</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> خیلی اوقات</p>	<p>۲- من امروز هم می توانم مثل گذشته خوشحال باشم.</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> درست مثل همیشه</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> نه کاملاً مثل همیشه</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> فقط کمی</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> اصلاً و بندرت</p>
<p>۱۰- من دیگر به ظاهر خود اهمیت نمی دهم.</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> به کاملاً همینطور است</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> من آنطور که باید به ظاهر خودم نمی رسم</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> شاید خیلی کم به آن توجه می کنم</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> من مثل همیشه به ظاهر خودم می رسم</p>	<p>۳- همیشه منتظر یک خبر ناگوار هستم که اتفاقی در حال رخ دادن است.</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> به خیلی زیاد</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> به و بی خیلی زیاد نیست</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> کمی؛ ولی نگران آن نیستم</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> اصلاً اینطور نیست</p>
<p>۱۱- من مضطرب و بی قرارم و باید همیشه در حرکت باشم.</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> به واقعاً زیاد</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> تقریباً</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> نه زیاد</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> اصلاً</p>	<p>۴- من می توانم بخندم و شادیاها را درک کنم.</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> به مثل همیشه</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> نه زیاد مثل همیشه</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> بتازگی کمتر</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> اصلاً</p>
<p>۱۲- من با شادی به آینده نگاه می کنم.</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> به زیاد</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> کمی کمتر از گذشته</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> خیلی کمتر از گذشته</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> ندرتاً یا هیچوقت</p>	<p>۵- در سرم افکار دلخوره آوری دارم.</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> بیشتر اوقات</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> اغلب اوقات</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> گاهی اما نه زیاد</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> بندرت و یا خیلی کم</p>
<p>۱۳- من گاهی بطور ناگهانی دچار وحشت و ترس می شوم.</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> به واقعاً زیاد</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> تقریباً اغلب</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> نه خیلی زیاد</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> اصلاً</p>	<p>۶- من خودم را خوشبخت احساس می کنم.</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> اصلاً اینطور نیست</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> به ندرت</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> گاهی</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> اغلب</p>
<p>۱۴- من می توانم با یک کتاب خوب یا برنامه خوب رادیو و تلویزیون شاد شوم.</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> اغلب</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> گاهی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> ندرتاً گاهی</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> خیلی بندرت</p>	<p>۷- من می توانم راحت یکجا بنشینم و آرام باشم.</p> <p>۰ <input type="checkbox"/> به، البته</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> به، تا حدودی</p> <p>۲ <input type="checkbox"/> نه اغلب</p> <p>۳ <input type="checkbox"/> اصلاً</p>

پرسشنامه جهت بررسی وضعیت کلی سلامتی (SF-12)

سوالات زیر در مورد وضعیت کلی سلامتی شماست در هر مورد، وضعیتی را که در مورد شما پیشتر صادق است، علامت بزنید.

۱- فکر می کنید وضعیت کلی سلامتی شما در حال حاضر چگونه است؟

خیلی عالی خیلی خوب خوب زیاد خوب نیست بد

○ آیا در فعالیتهای روزمره خود به خاطر وضعیت فعلی سلامتی خود محدودیت دارید:

۲- در فعالیتهای متوسط (مثل هل دادن میز و صندلی، جارو کردن، کشیدن چرو برفی، ورزشهای سبک) بله- خیلی محدود بله- تا حدودی خیر- اصلاً محدود نشده ام

۳- بالا رفتن از پله های زیاد

○ آیا در ۴ هفته گذشته بدلیل سلامتی جسمی خود مشکلی در انجام فعالیتهای روزمره خود در محل کار یا در خانه داشته اید:

۴- من کمتر از آنچه دلم می خواست موفق بوده ام بله خیر

۵- من فقط توانستم کارهای بخصوصی را انجام دهم بله خیر

○ آیا در ۴ هفته گذشته بدلیل مشکلات روحی محدودیتی در انجام فعالیتهای روزمره در محل کار یا در خانه داشته اید (مثلاً اضطراب یا ناراحتی):

۶- من کمتر از آنچه دلم می خواست موفق بوده ام بله خیر

۷- من نتوانستم مثل همیشه درست کار کنم بله خیر

۸- دردهای شما در ۴ هفته گذشته تا چه حدی مانع انجام فعالیت روزمره در محل کار و خانه گردید.

هیچ تأثیری نداشت کمی تأثیر داشت تا حدودی تأثیر داشت تأثیر داشت خیلی تأثیر داشت

○ آیا در ۴ هفته گذشته چه احساسی داشته اید؟

۹- آرام و راحت همیشه بیشتر اوقات تقریباً زیاد گاهی بندرت هرگز

۱۰- پر از انرژی

۱۱- ناراحت و مضطرب

۱۲- مشکل جسمی و روحی شما در ۴ هفته گذشته چقدر ارتباط شما با دیگران را تحت تأثیر قرار داده است. (دید و بازدید دوستان و فامیل و غیره)

همیشه اغلب گاهی ندرتاً هرگز

چو بیمار از شفا سر مست گردد

طیب از فرط شادی مست گردد

خدا شافی و این خود افتخار است

که دستی با خدا هم دست گردد