

۱- ضمیمه ۱- سوالات بهداشتی بیمار - PHQ-9 (www.primary-care.org)

اسم بیمار _____ | تاریخ _____

۱- در دو هفته گذشته ، چقدر بوسیله مسائل ذیل اذیت شده اید؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(a) کم علاقه گی یا کم لذت بردن از کارهای که می کنید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(b) احساس دل تنگی ، افسردگی ، یا نا امیدی.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(c) مشکل به خواب رفتن/ در خواب ماندن ، یا بیش از حد خوابیدن.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(d) احساس خستگی کردن یا کم انرژی بودن.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(e) بی اشتهائی یا پرخوری.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(f) احساس بد نسبت به خود داشتن ، یا احساس شکست خوردن ، یا خود یا خانواده را خوار کردن.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(g) مشکل تمرکز حواس روی چیزها، مثل خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(h) آهسته حرکت کردن یا صحبت کردن طوری که مردم متوجه شوند ؛ یا بر عکس : ناراحت و بیقرار بودن که باعث حرکت بیش از حد معمول شود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(i) افکاری به مغزتان خاطر کند که بگویید کاش می مردم یا از طریقی به خودتان صدمه وارد کنید.

۲- اگر هیچکدام از این سوالات را جواب دادید، چقدر این مشکلات کارهای روزانه شما را دچار اشکال کرده اند ، یا کارهای خانه را بکنید، یا با مردم راه بیاید؟

(a) اصلا مشکل نبوده یکخورده مشکل بوده خیلی مشکل بوده خیلی خیلی مشکل بوده

جمع امتیازات: