



First Name: _____
Last Name: _____
Sex: Male Female Unknown
Date of Birth: / /
(affix patient label here)

نتائج: استبيان الصحة العقلية (MHI)

- ← يطرح استبيان الصحة العقلية أسئلة حول كيفية شعور المستهلك/العميل وكيفية تأقلمه مع نشاطات الحياة الاعتيادية. كما يوفر الاستبيان معلومات قابلة للقياس حول صحة المستهلك.
- ← يستغرق البيان وقتاً لتعبئته واستكمالته.
- ← يمكن أن يتم تقديم الاستبيان للمستهلك عند استخدام المستهلك لخدمات الصحة العقلية الحكومية عند المراجعات الدورية خلال المعالجة وعند انتهاء المعالجة.
- ← تعبئة استبيان الصحة العقلية تزود المعالج بمعلومات أكثر مما يمكن للمعالج أن يحصل عليه من معلومات من خلال المقابلة لوحدها.
- ← المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال الاستبيانات يجري تحليلها وتكون النتائج متاحة للمستهلكين.
- ← نتائج الاستبيانات التي تتم تعبئتها في أوقات مختلفة خلال تلقيل للمعالجة يمكن مقارنتها، مما يكوّن طريقة جيدة لملاحظة التغيرات خلال مسار عملية الشفاء.
- ← إذا كان لا زال هناك بعض التساؤلات، الرجاء مراجعة أحد العاملين.
- يمكنك أن تتوقع من معالج الصحة العقلية ما يلي:
- ← أن يكون مهتماً فعلياً بالإجابات على الاستبيان.
- ← أن يتابع تعبئة الاستبيان مع دعوتك للتحدث حول الإجابات وبحث ما جعلك ذلك تشعر به.
- ← أن يتحدث معك حول نتائج كلا استبياني المستهلك والمعالج.
- ← أن يستخدم نتائج الاستبيانات عند بحث تطور خطة المعالجة الشخصية.
- ← من المهم للمستهلكين أن يقوموا بتعبئة الاستبيان بأنفسهم. فإذا كانت هناك حاجة للمساعدة، الرجاء طلب ذلك من أحد العاملين.
- ← الرجاء قراءة كل سؤال ووضع إشارة (✓) فقط في مربع الجملة الواحدة التي تصف حالتك على أفضل وجه خلال الشهر الماضي. ولا توجد هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة.

1 كيف كان مدى سعادتك أو رضاك في حياتك الشخصية خلال الشهر الماضي؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- 1 منتهى السعادة، ما كان لي أن أكون أكثر رضاءاً أو سعادة
- 2 سعيد جداً في معظم الوقت
- 3 راض وسعيد بشكل عام
- 4 أحياناً راض نسبياً، وأحياناً أخرى غير سعيد إلى حد ما
- 5 غير سعيد وغير راض بشكل عام
- 6 جداً غير راض وغير سعيد في معظم الوقت



First Name: _____
Last Name: _____
Sex: Male Female Unknown
Date of Birth: / /
(affix patient label here)

2 كم من الوقت شعرت بالوحدة خلال الشهر الماضي؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 |
| في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم أشعر بالوحدة إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

3 كم من المرات كنت متوتراً أو مستفزاً متحفزاً عند مواجهة مواقف مثيرة أو غير متوقعة خلال الشهر الماضي؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| دائماً | <input type="checkbox"/> | 1 |
| غالباً جداً | <input type="checkbox"/> | 2 |
| غالباً نسبياً | <input type="checkbox"/> | 3 |
| أحياناً | <input type="checkbox"/> | 4 |
| لم يحصل ذلك نهائياً تقريباً | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

4 خلال الشهر الماضي، كم من الوقت شعرت أن المستقبل مشرق ذو أمل؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 |
| في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم أشعر بذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

5 كم من الوقت، خلال الشهر الماضي، كانت حياتك اليومية مليئة بأشياء مشوقة لك؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 |
| في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم يحدث ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

6 كم من الوقت، خلال الشهر الماضي، شعرت بأنك مسترخٍ وخالٍ من التوتر؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | |
|----------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> 4 | طوال الوقت | <input type="checkbox"/> 1 |
| في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> 5 | في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> 2 |
| لم أشعر بذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> 6 | في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> 3 |

7 خلال الشهر الماضي، كم من الوقت استمتعت بشكل عام بالأشياء التي تقوم بها؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | |
|-----------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> 4 | طوال الوقت | <input type="checkbox"/> 1 |
| في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> 5 | في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> 2 |
| لم يحدث ذلك في أي وقت | <input type="checkbox"/> 6 | في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> 3 |

8 خلال الشهر الماضي، هل تولد لديك أي سبب دعاك للشك بأنك تفقد عقلك، أو أنك تفقد السيطرة على الطريقة التي تتصرف أو تتحدث أو تفكر أو تشعر بها أو أنك تفقد ذاكرتك؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | |
|---|----------------------------|
| لم يحدث ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> 1 |
| ربما قليلاً | <input type="checkbox"/> 2 |
| نعم، ولكن ليس إلى حد يدعو للقلق أو الاهتمام | <input type="checkbox"/> 3 |
| نعم، وقد كنت قلقاً قليلاً بشأن ذلك | <input type="checkbox"/> 4 |
| نعم، وأنا قلق إلى حد كبير بشأن ذلك | <input type="checkbox"/> 5 |
| نعم، وأنا قلق جداً بشأن ذلك | <input type="checkbox"/> 6 |



First Name: _____
Last Name: _____
Sex: Male Female Unknown
Date of Birth: / /
(affix patient label here)

9 هل شعرت بالاكتئاب خلال الشهر الماضي ؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- 1 نعم، إلى حد أنني لم أغير انتباهاً لأي شيء لعدة أيام في كل مرة
- 2 نعم، كنت مكتئباً جداً تقريباً كل يوم
- 3 نعم، كنت مكتئباً إلى حد لا بأس به عدة مرات
- 4 نعم، كنت مكتئباً قليلاً بين الحين والآخر
- 5 لا، لم أشعر بالاكتئاب إطلاقاً

10 خلال الشهر الماضي، كم من الوقت شعرت بأنك محبوب ومرغوب بك؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- 1 طوال الوقت
- 2 في معظم الوقت
- 3 في جزء لا بأس به من الوقت
- 4 في بعض الوقت
- 5 في جزء قليل من الوقت
- 6 لم أشعر بذلك إطلاقاً

11 كم من الوقت، خلال الشهر الماضي، كنت شخصاً عصبياً جداً؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- 1 طوال الوقت
- 2 في معظم الوقت
- 3 في جزء لا بأس به من الوقت
- 4 في بعض الوقت
- 5 في جزء قليل من الوقت
- 6 لم أكن كذلك إطلاقاً

12 عند استيقاظك في الصباح، خلال الشهر الماضي، كم مرة توقعت بأن يومك سيكون ممتعاً؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- 1 دائماً
- 2 غالباً جداً
- 3 غالباً نسبياً
- 4 أحياناً
- 5 لم يحصل ذلك إطلاقاً تقريباً
- 6 لم يحصل ذلك إطلاقاً



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

13 خلال الشهر الماضي، كم من الوقت شعرت أنك متوتر أو مشدود الأعصاب؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 |
| في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم أشعر بذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

14 خلال الشهر الماضي، هل كنت مسيطراً تماماً على سلوكك أو أفكارك أو عواطفك أو مشاعرك؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| نعم، بالتأكيد | <input type="checkbox"/> | 1 |
| نعم، في جزء كبير | <input type="checkbox"/> | 2 |
| نعم، أعتقد ذلك | <input type="checkbox"/> | 3 |
| لا، ليس بشكل جيد جداً | <input type="checkbox"/> | 4 |
| لا، وأنا قلق إلى حد ما | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لا، وأنا قلق جداً | <input type="checkbox"/> | 6 |

15 خلال الشهر الماضي، كم من المرات ارتعشت يديك عند محاولتك القيام بعمل ما؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| دائماً | <input type="checkbox"/> | 1 |
| غالباً جداً | <input type="checkbox"/> | 2 |
| غالباً نسبياً | <input type="checkbox"/> | 3 |
| أحياناً | <input type="checkbox"/> | 4 |
| لم يحصل ذلك نهائياً تقريباً | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

16 خلال الشهر الماضي، كم مرة شعرت عدم وجود أمل تتطلع إليه؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| دائماً | <input type="checkbox"/> | 1 |
| غالباً جداً | <input type="checkbox"/> | 2 |
| غالباً نسبياً | <input type="checkbox"/> | 3 |
| أحياناً | <input type="checkbox"/> | 4 |
| لم يحصل ذلك نهائياً تقريباً | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |



First Name: _____
Last Name: _____
Sex: Male Female Unknown
Date of Birth: / /
(affix patient label here)

17 خلال الشهر الماضي كم مرة شعرت بالهدوء والسلام؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 | في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 | في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 | لم أشعر بذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

18 كم من الوقت خلال الشهر الماضي، شعرت أن عواطفك مستقرة؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 | في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 | في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 | لم أشعر بذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

19 كم من الوقت، خلال الشهر الماضي، شعرت بأنك مكتئب وحزين؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 | في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 | في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 | لم أشعر بذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

20 كم مرة شعرت بأنك تود أن تبكي، خلال الشهر الماضي؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------|--------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---|
| دائماً | <input type="checkbox"/> | 1 | أحياناً | <input type="checkbox"/> | 4 |
| غالباً جداً | <input type="checkbox"/> | 2 | لم يحصل ذلك نهائياً تقريباً | <input type="checkbox"/> | 5 |
| غالباً نسبياً | <input type="checkbox"/> | 3 | لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

21 خلال الشهر الماضي، كم من المرات شعرت بأن الآخرين كانوا سيكونوا في حال أفضل لو أنك كنت ميتاً؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------|--------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---|
| دائماً | <input type="checkbox"/> | 1 | أحياناً | <input type="checkbox"/> | 4 |
| غالباً جداً | <input type="checkbox"/> | 2 | لم يحصل ذلك نهائياً تقريباً | <input type="checkbox"/> | 5 |
| غالباً نسبياً | <input type="checkbox"/> | 3 | لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

22 كم من الوقت، خلال الشهر الماضي، كنت قادراً على أن تسترخي بدون صعوبة؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 |
| في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

23 خلال الشهر الماضي كم مرة شعرت أن علاقتك العاطفية والمحبة المتبادلة كاملة؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 |
| في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم أشعر بذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

24 خلال الشهر الماضي كم من المرات شعرت أن لا شيء سار بالطريقة التي تريدها؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| دائماً | <input type="checkbox"/> | 1 |
| غالباً جداً | <input type="checkbox"/> | 2 |
| غالباً نسبياً | <input type="checkbox"/> | 3 |
| أحياناً | <input type="checkbox"/> | 4 |
| لم يحصل ذلك نهائياً تقريباً | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

25 كم كان مدى انزعاجك من عصبيتك، أو من "أعصابك"، خلال الشهر الماضي؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| كنت متضايقاً من ذلك إلى أبعد الحدود، إلى حد أنني لم أكن قادراً على الاهتمام بشؤوني | <input type="checkbox"/> | 1 |
| كنت متضايقاً جداً من ذلك | <input type="checkbox"/> | 2 |
| كنت متضايقاً إلى حد لا بأس به من ذلك | <input type="checkbox"/> | 3 |
| كنت متضايقاً بعض الشيء، إلى الحد الذي يمكن ملاحظته | <input type="checkbox"/> | 4 |
| كنت متضايقاً إلى حد قليل فقط من ذلك | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم أكن متضايقاً نهائياً من ذلك | <input type="checkbox"/> | 6 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

26 خلال الشهر الماضي، كم من الوقت شعرت بأن الحياة مغامرة رائعة بالنسبة لك؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 | في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 | في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 | لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

27 كم مرة، خلال الشهر الماضي، شعرت بالاكئاب الشديد إلى حد أنه لم يكن لشيء أن يدخل البهجة إلى نفسك؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------|--------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---|
| دائماً | <input type="checkbox"/> | 1 | أحياناً | <input type="checkbox"/> | 4 |
| غالباً جداً | <input type="checkbox"/> | 2 | لم يحصل ذلك نهائياً تقريباً | <input type="checkbox"/> | 5 |
| غالباً نسبياً | <input type="checkbox"/> | 3 | لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

28 خلال الشهر الماضي، هل فكرت بالانتحار؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|---|-------------------|--------------------------|---|
| نعم، غالباً جداً | <input type="checkbox"/> | 1 | نعم، في مرة واحدة | <input type="checkbox"/> | 4 |
| نعم، غالباً نسبياً | <input type="checkbox"/> | 2 | لا، إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 5 |
| نعم، بضعة مرات | <input type="checkbox"/> | 3 | | | |

29 خلال الشهر الماضي، كم من الوقت شعرت بالضجر أو التبرّم وعدم الصبر؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 | في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 | في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 | لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

30 خلال الشهر الماضي، كم من الوقت كنت متقلب المزاج أو مستمر في التفكير في الهم؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 | في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 | في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 | لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

31 خلال الشهر الماضي، كم من الوقت شعرت بالابتهاج والانشراح ؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 |
| في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

32 خلال الشهر الماضي، كم مرة شعرت فيها بالانزعاج أو التضاييق أو الاستثارة؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| دائماً | <input type="checkbox"/> | 1 |
| غالباً جداً | <input type="checkbox"/> | 2 |
| غالباً نسبياً | <input type="checkbox"/> | 3 |
| أحياناً | <input type="checkbox"/> | 4 |
| لم يحصل ذلك نهائياً تقريباً | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

33 خلال الشهر الماضي، هل كنت قلقاً أو متوتراً ؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| نعم إلى أبعد الحدود، إلى درجة المرض أو قريباً من المرض | <input type="checkbox"/> | 1 |
| نعم، إلى حد كبير | <input type="checkbox"/> | 2 |
| نعم، بعض الشيء | <input type="checkbox"/> | 3 |
| نعم، بعض الشيء، إلى حد كاف ليسبب الإزعاج لي | <input type="checkbox"/> | 4 |
| نعم، إلى حد قليل | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لا، لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

34 خلال الشهر الماضي، كم من الوقت شعرت بأنك شخص سعيد ؟ (الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 |
| في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |



First Name: _____
Last Name: _____
Sex: Male Female Unknown
Date of Birth: / /
(affix patient label here)

35 كم مرة، خلال الشهر الماضي، وجدت نفسك تحاول تهدئة أعصابك؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------|--------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---|
| دائماً | <input type="checkbox"/> | 1 | أحياناً | <input type="checkbox"/> | 4 |
| غالباً جداً | <input type="checkbox"/> | 2 | لم يحصل ذلك نهائياً تقريباً | <input type="checkbox"/> | 5 |
| غالباً نسبياً | <input type="checkbox"/> | 3 | لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

36 خلال الشهر الماضي، كم من الوقت كانت معنوياتك منخفضة أو متدنية جداً؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|---|
| طوال الوقت | <input type="checkbox"/> | 1 | في بعض الوقت | <input type="checkbox"/> | 4 |
| في معظم الوقت | <input type="checkbox"/> | 2 | في جزء قليل من الوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| في جزء لا بأس به من الوقت | <input type="checkbox"/> | 3 | لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

37 كم مرة، خلال الشهر الماضي، استيقظت منتعشاً مرتاحاً؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|---|
| دائماً، كل يوم | <input type="checkbox"/> | 1 | في بعض الأيام، ولكن عادة لم يحدث ذلك | <input type="checkbox"/> | 4 |
| تقريباً كل يوم | <input type="checkbox"/> | 2 | نادراً جداً ما حصل ذلك | <input type="checkbox"/> | 5 |
| في معظم الأيام | <input type="checkbox"/> | 3 | لم أستيقظ أبداً وأنا أشعر بالراحة | <input type="checkbox"/> | 6 |

38 خلال الشهر الماضي هل كنت أو شعرت أنك تحت أي ضغط نفسي أو عصبي؟
(الرجاء وضع إشارة (✓) عند أحد الإجابات)

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| نعم، تقريباً أكثر مما بإمكانني تحمله | <input type="checkbox"/> | 1 |
| نعم، قدر لا بأس له من الضغط | <input type="checkbox"/> | 2 |
| نعم، بعضه أكثر من المعتاد | <input type="checkbox"/> | 3 |
| نعم، بعض الشيء، ولكن في حدود الطبيعي | <input type="checkbox"/> | 4 |
| نعم، قدر قليل من ذلك | <input type="checkbox"/> | 5 |
| لا، لم يحصل ذلك إطلاقاً | <input type="checkbox"/> | 6 |

تاريخ تعبئة الاستبيان: / /

ولكم جزيل الشكر على مساعدتكم