



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

تغییرات: پرسشنامه بهداشت روانی (MHI)

- ← پرسشنامه بهداشت روانی در مورد چگونگی حال بیمار و اینکه وی چگونه از عهده فعالیت های معمول زندگی بر میآید، سوالاتی را مطرح میکند. این، اطلاعات قابل توجهی در مورد سلامت بیمار، در اختیار قرار میدهد.
 - ← تکمیل کردن آن مدتی به طول خواهد انجامید.
 - ← ممکن است پرسشنامه هنگامی که بیمار شروع به استفاده از خدمات سلامت روانی دولتی مینماید، یا طی بررسی های منظم در دوران معالجه، و یا در پایان معالجه داده شود.
 - ← اطلاعاتی که پس از تکمیل شدن پرسشنامه بهداشت روانی حاصل میشود، بیش از اطلاعاتی است که کارکنان بهداشت روانی تنها از راه مصاحبه بدست میآورند.
 - ← اطلاعاتی که بوسیله پرسشنامه بدست میآید مورد تجزیه و تحلیل قرار میگیرد و نتایج در دسترس بیمار را قرار داده میشوند.
 - ← نتایج حاصله از پرسشنامه هایی که در مواقع مختلف دوران معالجه شما تکمیل شده با یکدیگر مقایسه میشوند. این راه خوبی برای پی بردن به تغییراتی است که در جریان بهبود یا فتن شما بوجود آمده.
 - ← در صورتیکه باز خورد (feedback) بیشتری لازم دارید به یکی از کارمندان مراجعه فرمائید.
- حق دارید از کارمندان بهداشت روانی انتظار داشته باشید که:
- ← به پاسخ های داده شده در پرسشنامه واقعا علاقه نشان دهد
 - ← با دعوت از شما و گفتگو در مورد جوابها و اینکه چه احساسی برای شما حاصل شده، تکمیل پرسشنامه را پی گیری نماید.
 - ← هم در مورد نتایج حاصله از پرسشنامه بیمار و هم نتایج حاصله از پرسشنامه های تکمیل شده توسط بیمار و کارکنان بهداشت روانی با شما گفتگو نماید.
 - ← در موقع مذاکره جهت تهیه و تنظیم طرح معالجه انفرادی، از نتایج پرسشنامه ها استفاده نماید.
 - ← تکمیل نمودن پرسشنامه توسط خود بیمار حائز اهمیت است. در صورت نیاز به کمک، به یکی از کارمندان مراجعه فرمائید.
 - ← لطفا یک یک سوالات را بخوانید و یکی از مربع ها را که بهترین توصیف وضع شما در طی ماه گذشته میباشد علامت بگذارید. جوابها به شکل علط یا صحیح بودن جوابها مورد نظر نمیباشد.

1 در طی ماه گذشته تا چه حد خوشحال، راضی، یا خشنود از زندگی شخصی خود بوده اید؟
(یکی را علامت بگذارید)

1 بی نهایت خوشحال، از این خوشنود تر و راضی تر نمیشد باشم

2 بیشتر اوقات خیلی خوشحال

3 بطور کلی، راضی، خوشنود

4 بعضی اوقات کمی راضی، بعضی اوقات کمی غمگین

5 بطور کلی ناراضی، غمگین

6 خیلی ناراضی، بیشتر اوقات غمگین



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

2 در طی ماه گذشته چه مدت احساس تنهایی کردید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> | 2 | مدت کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

3 در ظرف ماه گذشته چند بار بخاطر روبرو شدن با هیجان و یا وضع غیر منتظره عصبی شدید و یا از کوره در رفتید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|----------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| همیشه | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| مکرر | <input type="checkbox"/> | 2 | تقریباً هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| کم و بیش | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

4 در طی ماه گذشته چند بار آینده را امیدوار کننده و نوید بخش حس کردید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> | 2 | مدت کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

5 در ظرف ماه گذشته چند بار زندگی روزانه شما سرشار از چیزهای جالب برای شما بوده؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|
| همیشه | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> | 2 | مدت کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

6 در طی ماه گذشته چند بار احساس آرامش و فراغت از فشار و هیجان نمودید؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|------------|----------------------------|------------------|----------------------------|
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> 4 | تمام مدت | <input type="checkbox"/> 1 |
| مدت کمی | <input type="checkbox"/> 5 | بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> 3 |

7 در ظرف ماه گذشته چند بار از کارهایی که انجام میدید بطور کلی لذت بردید؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|------------|----------------------------|------------------|----------------------------|
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> 4 | همیشه | <input type="checkbox"/> 1 |
| مدت کمی | <input type="checkbox"/> 5 | بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> 3 |

8 در طی ماه گذشته آیا دلیلی داشتید که نگران از دست دادن سلامت فکری خود شده کنترل خود را در نحوه عمل، بیان، فکر، احساس و حافظه تان از دست بدهید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | |
|---|----------------------------|
| هرگز | <input type="checkbox"/> 1 |
| شاید کمی | <input type="checkbox"/> 2 |
| بله، ولی نه آنقدر که از بابت آن مشوش و نگران بشوم | <input type="checkbox"/> 3 |
| بله، و قدری نگران بوده ام | <input type="checkbox"/> 4 |
| بله، و خیلی نگران هستم | <input type="checkbox"/> 5 |
| بله، و بسیار زیاد نگران هستم | <input type="checkbox"/> 6 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

9 آیا در طول ماه گذشته احساس افسردگی کردید؟ (یکی را علامت بگذارید)

بله، به حدی که هر بار تا چند روز به هیچ چیز اهمیت ندادم 1

بله، تقریباً هر روز افسرده بودم 2

بله، چند بار بسیار افسرده بودم 3

بله، گاهی افسرده بودم 4

نه، اصلاً احساس افسردگی نکردم 5

10 در طول مدت ماه گذشته چه مدت احساس کردید که مورد محبت قرار دارید و در کارها به شما نیاز است؟ (یکی را علامت بگذارید)

همیشه 1

بعضی وقتها 4

بیشتر وقتها 2

کمی 5

نسبتاً مدت زیادی 3

هیچوقت 6

11 در طی ماه گذشته چه مدت آدمی بسیار نگران و عصبی بوده اید؟ (یکی را علامت بگذارید)

تمام مدت 1

بعضی وقتها 4

بیشتر وقتها 2

مدت کمی 5

نسبتاً مدت زیادی 3

هیچوقت 6

12 در ظرف ماه گذشته تقریباً چند بار وقتی صبح از خواب برخاستید انتظار داشتید که روز جالبی در پیش داشته باشید؟ (یکی را علامت بگذارید)

همیشه 1

بعضی وقتها 4

مکرر 2

تقریباً هیچوقت 5

کم و بیش اغلب 3

هیچوقت 6



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

13 در طی ماه گذشته چه مدت احساس عصبی بودن و یا "از کوره در رفتن" داشتید؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|------------|----------------------------|------------------|----------------------------|
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> 4 | تمام مدت | <input type="checkbox"/> 1 |
| کمی | <input type="checkbox"/> 5 | بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> 3 |

14 در طی ماه گذشته آیا رفتار، افکار، هیجانات و یا احساسات خود را کاملاً تحت کنترل خود داشته اید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| نه، خیلی خوب نه | <input type="checkbox"/> 4 | بله، کاملاً | <input type="checkbox"/> 1 |
| نه، و قدری مضطرب هستم | <input type="checkbox"/> 5 | بله، بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> 2 |
| نه، و خیلی مضطرب هستم | <input type="checkbox"/> 6 | بله، فکر میکنم اینطور بوده | <input type="checkbox"/> 3 |

15 در طی ماه گذشته چند بار وقتی خواستید کاری را انجام دهید دستتان لرزید؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|----------------|----------------------------|----------|----------------------------|
| بعضی اوقات | <input type="checkbox"/> 4 | همیشه | <input type="checkbox"/> 1 |
| تقریباً هیچوقت | <input type="checkbox"/> 5 | مکرر | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | کم و بیش | <input type="checkbox"/> 3 |

16 در ظرف ماه گذشته چند بار احساس کردید که هیچ امیدی به آینده ندارید؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|----------------|----------------------------|----------|----------------------------|
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> 4 | همیشه | <input type="checkbox"/> 1 |
| تقریباً هیچوقت | <input type="checkbox"/> 5 | مکرر | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | کم و بیش | <input type="checkbox"/> 3 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

17 در طی ماه گذشته چه مدت احساس آرامش و آسودگی خیال کردید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> | 2 | مدت کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

18 در طی ماه گذشته چه مدت احساس کردید از نظر احساسات ثابت هستید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> | 2 | مدت کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

19 در طی ماه گذشته چه مدت احساس دل شکستگی و غمگینی نمودید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی اوقات | <input type="checkbox"/> | 4 |
| بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> | 2 | اوقات کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

20 در ظرف ماه گذشته چند بار احساس کردید که میخواهید گریه کنید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|----------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| همیشه | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| مکرر | <input type="checkbox"/> | 2 | تقریباً هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| کم و بیش | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

21 در ظرف ماه گذشته چند بار احساس کردید که اگر شما بمیرید به نفع دیگران است؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|----------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| همیشه | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| مکرر | <input type="checkbox"/> | 2 | تقریباً هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| کم و بیش | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

22 در طی ماه گذشته چه مدت از وقتتان را توانستید بدون مشکل و آرامش بگذرانید؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | |
|------------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> | 2 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 |
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| مدت کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

23 در طی ماه گذشته چه مدت احساس کردید که روابط صمیمانه با احساس دوست داشتن و مورد محبت قرار گرفتن شما کاملاً برآورد شده است؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | |
|------------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> | 2 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 |
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| مدت کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

24 در طی ماه گذشته چند بار احساس کردید که کارها بر وفق مرادتان پیش نرفته است؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | |
|----------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 |
| مکرر | <input type="checkbox"/> | 2 |
| کم و بیش | <input type="checkbox"/> | 3 |
| بعضی اوقات | <input type="checkbox"/> | 4 |
| تقریباً هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

25 در طی ماه گذشته چند بار از اینکه در تشویش و اضطراب بودید ناراحت شدید؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| بی نهایت زیاد به حدی که نمیتوانستم امور را اداره کنم | <input type="checkbox"/> | 1 |
| خیلی زیاد ناراحت شدم | <input type="checkbox"/> | 2 |
| بخاطر اعصاب قدری ناراحت شدم | <input type="checkbox"/> | 3 |
| آنقدر که قابل احساس باشد ناراحت شدم | <input type="checkbox"/> | 4 |
| کمی از نظر اعصاب ناراحت شدم | <input type="checkbox"/> | 5 |
| اصلاً ناراحت نشدم | <input type="checkbox"/> | 6 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

26 در طی ماه گذشته چه مدت برای شما زندگی کردن یک ماجرای فوق العاده بوده؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> | 2 | مدت کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

27 در طی ماه گذشته چند بار احساس کردید که آنچنان در دلتنگی فرو رفته اید که هیچ چیز نمیتواند شما را سر حال بیاورد؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|----------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| همیشه | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| مکرر | <input type="checkbox"/> | 2 | تقریباً هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| کم و بیش | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

28 در طی ماه گذشته آیا به فکرتان رسید که به زندگی خود خاتمه بدهید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|
| بله، خیلی وقتها | <input type="checkbox"/> | 1 | بله، یکبار | <input type="checkbox"/> | 4 |
| بله، کم و بیش | <input type="checkbox"/> | 2 | نه، هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 5 |
| بله، یکی دو بار | <input type="checkbox"/> | 3 | | | |

29 در ظرف ماه گذشته چه مدت احساس بیقراری، بی تابي یا نا آرامی کردید؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| بیشتر اوقات | <input type="checkbox"/> | 2 | مدت کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |

30 در ظرف ماه گذشته چه مدت بد خلق بوده و نگرانی در مورد امور داشته اید؟
(یکی را علامت بگذارید)

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|
| تمام مدت | <input type="checkbox"/> | 1 | بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> | 4 |
| بیشتر اوقات | <input type="checkbox"/> | 2 | مدت کمی | <input type="checkbox"/> | 5 |
| نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> | 3 | هیچوقت | <input type="checkbox"/> | 6 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

31 در طی ماه گذشته چه مدت احساس شادی و خوشحالی کرده اید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|------------|----------------------------|------------------|----------------------------|
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> 4 | تمام مدت | <input type="checkbox"/> 1 |
| مدت کمی | <input type="checkbox"/> 5 | بیشتر وقتها | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> 3 |

32 در طی ماه گذشته چند بار عصبی، ناراحت، و یا رنجیده خاطر شده اید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|----------------|----------------------------|----------|----------------------------|
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> 4 | همیشه | <input type="checkbox"/> 1 |
| تقریباً هیچوقت | <input type="checkbox"/> 5 | مکرر | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | کم و بیش | <input type="checkbox"/> 3 |

33 در طی ماه گذشته آیا مضطرب یا نگران بوده اید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|--|----------------------------|
| بله، قدری، آنقدر که مرا ناراحت کند | <input type="checkbox"/> 4 | بله، بی نهایت به حدی که بیمار و یا نزدیک به بیماری بوده ام | <input type="checkbox"/> 1 |
| بله، کمی | <input type="checkbox"/> 5 | بله، خیلی زیاد | <input type="checkbox"/> 2 |
| نه، هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | بله، خیلی | <input type="checkbox"/> 3 |

34 در ظرف ماه گذشته چه مدت آدم خوشحالی بودید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|------------|----------------------------|------------------|----------------------------|
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> 4 | همیشه | <input type="checkbox"/> 1 |
| مدت کمی | <input type="checkbox"/> 5 | بیشتر اوقات | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> 3 |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

35 در طی ماه گذشته چه مدت سعی کردید به خودتان آرامش بدهید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|----------------|----------------------------|----------|----------------------------|
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> 4 | تمام مدت | <input type="checkbox"/> 1 |
| تقریباً هیچوقت | <input type="checkbox"/> 5 | مکرر | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | کم و بیش | <input type="checkbox"/> 3 |

36 در طی ماه گذشته چه مدت از نظر روحی احساس خستگی و یا احساس خستگی شدید نمودید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|---------------|----------------------------|------------------|----------------------------|
| بعضی وقتها | <input type="checkbox"/> 4 | همیشه | <input type="checkbox"/> 1 |
| گاهی از اوقات | <input type="checkbox"/> 5 | بیشتر اوقات | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت | <input type="checkbox"/> 6 | نسبتاً مدت زیادی | <input type="checkbox"/> 3 |

37 در طی ماه گذشته چند بار از خواب که بیدار شدید احساس تازگی و آرامش کردید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|----------------|----------------------------|
| بعضی روزها، ولی معمولاً نه | <input type="checkbox"/> 4 | همیشه، هر روز | <input type="checkbox"/> 1 |
| به ندرت | <input type="checkbox"/> 5 | تقریباً هر روز | <input type="checkbox"/> 2 |
| هیچوقت با احساس آرامش بیدار نمیشوم | <input type="checkbox"/> 6 | بیشتر روزها | <input type="checkbox"/> 3 |

38 در ظرف ماه گذشته آیا تحت فشار بوده و یا احساس کرده اید که تحت هیچگونه فرسودگی، فشار روحی یا فشار بوده اید؟ (یکی را علامت بگذارید)

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| بله، بیش از قدرت تحمل | <input type="checkbox"/> 1 |
| بله، مقدار زیادی فشار | <input type="checkbox"/> 2 |
| بله، قدری بیش از معمول | <input type="checkbox"/> 3 |
| بله، قدری، ولی تقریباً طبیعی | <input type="checkbox"/> 4 |
| بله، کمی | <input type="checkbox"/> 5 |
| نه، هرگز | <input type="checkbox"/> 6 |

تاریخ تکمیل: / /

از همکاری شما متشکریم