



Questionnaire1

پرسشنامه وان - مرجع پرسشنامه ایران

تاریخ مصاحبه:

نوبت مصاحبه: اول دوم سوم

"پرسشنامه بررسی Distress"

شماره پرونده انکولوژی: جنس: مرد زن سن:

نوع کانسر: متاستاتیک غیر متاستاتیک

زمان تشخیص بیماری: / / کد می داند نمی داند

آیا بیمار در ۳ ماه گذشته تحت درمان قرار گرفته است؟

خیر بلی: جراحی رادیوتراپی شیمی درمانی

وضعیت تاهل: مجرد متاهل طلاق گرفته همسر فوت کرده تعداد فرزندان

آیا تنها زندگی می کنید؟ بله خیر محل سکونت: شهر روستا

سطح سواد: تحصیلات دانشگاهی دیپلم ابتدایی بی سواد

شغل: آزاد کارمند بیکار

درآمد ماهیانه: زیر ۴۰۰۰۰۰ تومان در ماه ۴۰۰۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰۰۰ تومان در ماه بیش از ۱۵۰۰۰۰۰ تومان در ماه

تعداد افراد ساکن در خانه و خانوار

استفاده از سیگار مواد مخدر (تریاک، شیره و...)

لطفا مشخص کنید کدام یک از موارد زیر توانایی جسمی حال حاضر شما را بهتر بیان می کند:

من قادر به انجام فعالیتهای معمول جسمی بدون هیچگونه محدودیتی هستم.

من قادر به انجام فعالیتهای سنگین جسمی نیستم، ولی توانایی انجام فعالیتهای جسمی سبک تر مثل کار سبک خانه یا کارهای

دفتری را دارم.

من قادر به انجام کارهای شخصی خودم هستم، ولی توانایی کار فیزیکی دیگری ندارم. من بیش از نیمی از زمان بیداریم را

مشغول به فعالیت هستم.

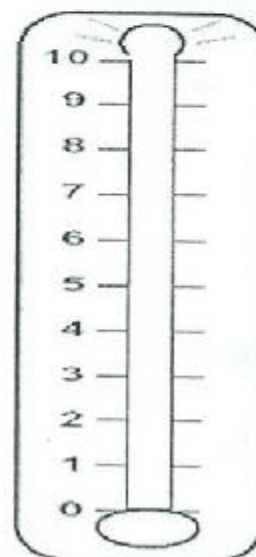
من تنها قادر به انجام بخشی از کارهای شخصی خودم هستم. من بیش از نیمی از زمان بیداریم را به اجبار روی صندلی یا تخت

می گذرانم.

من قادر به هیچ گونه فعالیت جسمی نیستم. من تمام وقتم را روی صندلی یا تخت می گذرانم

*:لطفا مشخص نمایید که کدام عدد بهتر از همه میزان رنج یا زجر عاطفی شما را که در هفته گذشته تجربه نموده اید، بازگو می کند

(صفر کمترین و ۱۰ بیشترین میزان زجر عاطفی است)



***: مشخص کنید کدامیک از موارد زیر در هفته گذشته (شامل امروز) باعث ایجاد مشکل و رنج عاطفی در شما شده است؟

مشکلات عملی

- | | | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| نگهداری از فرزندان | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| مشکل مسکن (تهیه جا) | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| مشکلات اقتصادی یا بیمه | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| مشکلات رفت و آمد | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| مشکلات کاری یا تحصیلی | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| مشکلات مربوط به درمان | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |

مشکلات خانوادگی

- | | | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| مشکلات با فرزندان | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| مشکلات با همسر | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| مشکلات با سایر اعضاء | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |

مشکلات عاطفی

- | | | | | |
|---------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| افسردگی | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| ترس | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| عصبانیت | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| غمگینی | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| نگرانی | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |

عدم علاقه به فعالیتهای معمول بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

تغییر در باورهای مذهبی بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

مشکلات جسمی

اشکال در راه رفتن بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

اشکال در ظاهر (زیبایی) بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

اشکال در استحمام و لباس پوشیدن بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

درد بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

اشکال در تکلم بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

اشکال در ادرار کردن بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

یبوست بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

اسهال بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

اشکال در خوردن مواد غذایی بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

خستگی بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

ورم بدن یا اندامها بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

تب بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

سرگیجه بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

سوء هاضمه بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

اشکال در حافظه و تمرکز بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

زخم دهانی بلی خیر نوبت ۱ نوبت ۲

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| تھوع | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| گرفتگی بینی یا خشکی بینی | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| اشکال در روابط جنسی | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| خشکی و خارش پوست | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| اشکال در خواب | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |
| سوزش و گزگز دست و پا | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> نوبت ۱ | <input type="checkbox"/> نوبت ۲ |

دیگر مشکلات.....

از این که وقت خود را در اختیار ما گذاشتید، صمیمانه سپاسگزاریم

لطفا این قسمت را به دقت مطالعه کنید

می خواهیم درباره کسالت و ناراحتی های پزشکی و اینکه سلامت عمومی شما در طی یکماه گذشته تا به امروز چگونه بوده است اطلاعاتی بدست آوریم. لطفا در تمامی سوالات زیر پاسخی را که فکر میکنید با وضع شما بیشتر مطابقت دارد مشخص کنید. بخاطر داشته باشید که ما می خواهیم درباره ناراحتی های اخیر شما اطلاعاتی به دست آوریم. نه مشکلات و ناراحتی هایی که در گذشته داشته اید. سعی کنید به تمامی سوالات پاسخ دهید.

از همکاری شما متشکریم

- ۱- آیا از یکماه گذشته تا به امروز کاملا احساس کرده اید که خوب و سالم هستید؟
الف- بیشتر از همیشه ب- مثل همیشه ج- کمتر از همیشه د- خیلی بدتر از همیشه
- ۲- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که به داروهای تقویتی نیاز دارید؟
الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد
- ۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید؟
الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد
- ۴- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بیمار هستید؟
الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد
- ۵- آیا از یکماه گذشته تا به امروز سردرد داشته اید؟
الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد
- ۶- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اید یا اینکه فشاری به سرتان وارد میشود؟
الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد
- ۷- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بعضی وقتها بدنتان داغ و سرد میشود؟
الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد
- ۸- آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید؟
الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۹ آیا از یکماه گذشته تا به امروز شبها وسط خواب بیدار می شوید؟

الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۱۰- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که دائما تحت فشار هستید؟

الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۱۱- آیا از یکماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده اید؟

الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۱۲- آیا از یکماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان و یا وحشت زده شده اید؟

الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۱۳- آیا از یکماه گذشته تا به امروز متوجه شده اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است؟

الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۱۴- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید؟

الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۱۵- آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانسته اید خودتان را سرگرم نگه دارید؟

الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۱۶- آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمائید؟

الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۱۷- آیا از یکماه گذشته تا به امروز بطور کلی احساس کرده اید که کارها را بخوبی انجام میدهید؟

الف- بیشتر از همیشه ب- مثل همیشه ج- کمتر از همیشه د- خیلی کمتر از همیشه

۱۸- آیا از یکماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت کرده اید؟

- الف- بیشتر از همیشه ب- مثل همیشه ج- کمتر از همیشه د- خیلی کمتر از همیشه

۱۹- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده دارید؟

- الف- بیشتر از همیشه ب- مثل همیشه ج- کمتر از همیشه د- خیلی کمتر از همیشه

۲۰- آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته اید؟

- الف- بیشتر از همیشه ب- مثل همیشه ج- کمتر از همیشه د- خیلی کمتر از همیشه

۲۱- آیا از یکماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیتهای روزمره زندگی لذت ببرید؟

- الف- بیشتر از همیشه ب- مثل همیشه ج- کمتر از همیشه د- خیلی کمتر از همیشه

۲۲- آیا از یکماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخصی بی ارزش هستید؟

- الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۲۳- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی کاملاً نا امید کننده است؟

- الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۲۴- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟

- الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۲۵- آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟

- الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۲۶- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری انجام

دهید؟

- الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۲۷- آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده اید که کاش مرده بودید و کلا از زندگی خلاص میشدید؟

الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

۲۹- آیا از یکماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید؟

الف- خیر ب- کمی ج- زیاد د- خیلی زیاد

کاربر گرامی: در صورتی که نیاز به پرسشنامه استاندارد و جامع دارید به **سایت مادسیج** مراجعه کنید و نام پرسشنامه خود را جستجو کنید.