



Questionnaire1

پرسشنامه وان - مرجع پرسشنامه ایران

صبحانه و فرایندهای شناختی ۴۳

بیوست.۱ پرسشنامه مقدماتی

* با اجرای پژوهشی در دانشکده روانشناسی سعی بر این است تا تأثیر خوردن یا نخوردن صبحانه بر عملکرد افراد در دو نوع آزمون (کامپیوتری و مناد-کاغذی) بررسی شود. این پژوهش که زیر نظر دکتر جواد صالحی فدردی انجام می‌گیرد، طی دو مرحله اجرا خواهد شد. این پرسشنامه، مرحله مقدماتی تحقیق می‌باشد که در آن به عادات صبحانه خوردن شرکت کنندگان پرداخته می‌شود. ضمن تشکر فراوان از همکاری صمیمانه شما، خواهشمندیم به سوالات زیر پاسخ دهید:

مشخصات:	نام و نام خانوادگی:	تلفن:	جنس: مرد <input type="checkbox"/>
			زن <input type="checkbox"/>

۱- به طور معمول چند روز در هفته صبحانه می‌خورید؟

- (A) ۷-۶ روز در هفته (B) ۵-۴ روز در هفته (C) ۳-۲ روز در هفته (D) کمتر از ۲ روز در هفته

۱-۱ در صورتیکه بیشتر از ۴ روز در هفته صبحانه می‌خورید (گزینه A)؛

الف- اگر روزی صبحانه میل نکند، چه تغییری در عملکرد خود (نظیر حفظ کردن مطالب، فکر کردن و...) احساس می‌کنید؟

- بهبتر می‌شود کمی بهتر می‌شود تغییری نمی‌کند کمی بدتر می‌شود بدتر می‌شود

۱-۲ در صورتیکه کمتر از ۴ روز در هفته صبحانه می‌خورید (گزینه C)؛

صحنه و فرایندهای شناختی ۴۴

الف- دلیل صبحانه خوردن شما چیست؟

- وقت ندارم میل ندارم اهمیتی نمی‌دهم به دلیل ساعت کاری، باید تنها صبحانه بخورم
- هیچکدام از افرادی که با من زندگی می‌کنند، صبحانه نمی‌خورند سایر موارد (ذکر کنید).....

ب- اگر روزی صبحانه میل کنید، چه تغییری در عملکرد خود (نظیر حفظ کردن مطالب، فکر کردن و...) احساس می‌کنید؟

- بهتر می‌شود کمی بهتر می‌شود تغییری نمی‌کند کمی بدتر می‌شود بدتر می‌شود

۲- آخرین وعده غذایی شما معمولاً بین چه ساعاتی است؟

- ۶-۸ بعد از ظهر ۸-۱۰ شب ۱۰-۱۲ شب بعد از ۱۲ شب

۳- اگر امروز امتحان داشتید، آیا صبحانه می‌خوردید؟

- منماً به احتمال زیاد، بله شاید به احتمال زیاد، نه اصلاً

۴- چرا؟ عملکردم فرق نخواهد کرد عملکردم بهتر خواهد شد عملکردم بدتر خواهد شد

** در مرحله دوم آزمایش، از آزمودنی خواسته می‌شود یک بار پس از خوردن و بار دیگر بدون خوردن صبحانه به دو

آزمونی که در بالا شرح داده شد، پاسخ دهد. هر جلسه آزمایش مدود ۱۵ دقیقه طول خواهد کشید.

* آیا مایلید در مرحله دوم آزمایش (به عنوان آزمودنی) شرکت کنید؟ بلی خیر

تذکر مهم: در صورت داشتن مشکلاتی نظیر زخم معده، دیابت و... نمی‌توانید در آزمایش شرکت کنید.

پیوست ۲. فرم اطلاعات مربوط به آزمون برای افرادی که قبل از آزمون صبحانه خورده بودند

نام آزمونها:	اتاق آزمایش:	عادت دارد <input type="checkbox"/> عادت ندارد <input type="checkbox"/>
نام آزمودنی:	سن:	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
تاریخ آزمایش:	ساعت آزمایش:	کد آزمودنی:

الف- شام شب قبل را بین چه ساعتی میل کرده اید؟

۶-۸ بعد از ظهر ۸-۱۰ شب ۱۰-۱۲ شب بعد از ۱۲ شب

ب- صبحانه امروز صبح را در چه ساعتی میل نموده اید؟

قبل از ساعت ۶ صبح ۶-۷ صبح ۷-۸ صبح ۸-۹ صبح

ج- صبحانه امروز شما کدامیک از موارد نامبرده را شامل می شود؟

(لطفاً در هر دسته، زیر گزینه مورد نظر خط کشیده و در صورتیکه گزینه مورد نظر شما در موارد نامبرده وجود ندارد آن را در قسمت سایر موارد ذکر نمایید.)

۱- شیر - پنیر - ماست
۲- برنج - نان - کیک - بیسکویت - شیرین گندمک
۳- میوه - سبزی - آبمیوه طبیعی
۴- گوشت- تخم مرغ - ماهی - عدس - گردو - بادام - پسته
۵- روغن - کره - خامه
۶- عمل - مربا - قند - شکر - شیرینی - شکلات - آبمیوه قندی
۷- چای - قهوه - نسکافه
۸- سایر موارد:

د- در حال حاضر مقدار احساس گرسنگی می کنید؟

بسیار زیاد زیاد متوسط کم بسیار کم

صبحانه و قریبدهای شناختی ۴۶

بیوست ۳. فرم اطلاعات مربوط به آزمون برای افرادی که قبل از آزمون صبحانه نخورده بودند

نام آزمونگر:.....	اتاق آزمایش:.....	عادت دارد <input type="checkbox"/>	عادت ندارد <input type="checkbox"/>
نام آزمودنی:.....	سن:.....	جنس: مرد <input type="checkbox"/>	زن <input type="checkbox"/>
تاریخ آزمایش:/...../.....	ساعت آزمایش:.....	کد آزمودنی:.....	

الف- شام شب قبل را بین چه ساعاتی میل کرده اید ؟

۶-۸ بعد از ظهر ۸-۱۰ شب ۱۰-۱۲ شب بعد از ۱۲ شب

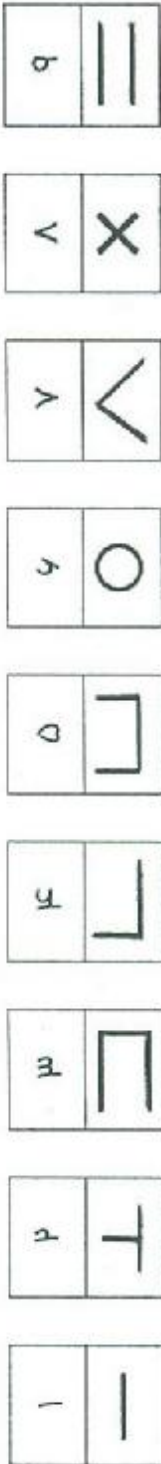
ب- آیا از شام شب قبل تا کنون مواد قندی مانند شکلات، آدامس و ... ویا مواد قوراکتی دیگر مصرف کرده اید ؟ چه ساعاتی ؟ لطفاً ذکر کنید.

.....

ج- در حال حاضر مقدار احساس گرسنگی می کنید ؟

بسیار زیاد زیاد متوسط کم بسیار کم

پیوست ۴: خورده آزمون نماد ارقام و کسرها بزرگسالان (WAIS)



۲	۱	۳	۷	۲	۴	۸	۲	۱	۴	۲	۳	۵	۲	۱	۴	۶	۳	۱	۴
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

۱	۵	۴	۲	۷	۶	۳	۵	۷	۲	۸	۳	۷	۲	۸	۱	۹	۵	۸	۴	۷	۴
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

۶	۲	۵	۱	۹	۲	۸	۳	۷	۴	۸	۳	۷	۲	۶	۴	۱	۵	۴	۶	۳	۷
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

۹	۲	۸	۱	۷	۹	۴	۸	۵	۹	۱	۸	۵	۲	۹	۴	۸	۶	۷	۹	۸	۶
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

نام آزمودنی: شماره گد: نامه:

پیوست پرسشنامه هلندی رفتارهای غذایی (DEBQ)

برگه نمره گذاری

لطفا بخش يك و دو را کامل کنید و سپس به صفحه بعد بروید.

۱- آزمونی و جزئیات آزمون

نام و نام خانوادگی

تاریخ تولد

سن

جنسیت زن مرد

تاریخ امروز

۲- وزن، قد و... فعلی شما

الف) وزن فعلی (کیلو گرم)

ب) قد (به سانتیمتر)

ج) آیا وزن شما در طول شش ماه گذشته ثابت بوده است؟

بله، وزن ام تغییر چندانی نکرده است.

خیر، من کیلو گرم از دست داده ام.

خیر، من کیلو گرم اضافه کرده ام.

خیر، گاهی وزن اضافه کرده ام و گاهی کم کرده ام.

د) حداکثر وزن شما تا به حال چه قدر بوده است (سواي دوره بارداری برای خانمها)؟

ه) کمترین وزنی که تا به حال داشته اید (سواي دوران کودکی)، چه قدر بوده است؟