



Questionnaire1

پرسشنامه وان - مرجع پرسشنامه ایران

ضمیمه ب: پرسشنامه ارزیابی PTSD (مخصوص افراد بالای ۱۵ سال)

پیوست ۵  
پرسشنامه ارزیابی PTSD (مخصوص افراد بالای ۱۵ سال)

ردیف	چه مقدار شما گرفتار مشکلات زیر هستید؟	خیر (۱)	خیلی کم (۲)	کم (۳)	تا حدودی (۴)	زیاد (۵)	خیلی زیاد (۶)	بسیار شدید (۷)	کد
B/1	آیا در یکماه اخیر خاطرات آشفتۀ و ناراحت کننده حادثه به طور مکرر و مداوم به ذهن شما فشار می آورند؟								<input type="checkbox"/>
B/2	آیا در یکماه اخیر در مورد زلزله خوابهای آشفتۀ و ناخوشایند می بینید؟								<input type="checkbox"/>
B/3	آیا در یکماه اخیر هیچگاه به طور ناگهانی دچار احساسی شده ای یا دست به عملی زده اینکه گویی حادثه قبلی دوباره اتفاق افتاده است؟ شامل: تجدید خاطره خطاهای ادراک توهمات یا وقوع مجدد حوادث حتی آنهایی که در زمان خواب و یا بیداری شما روی می دهند؟								<input type="checkbox"/>
B/4	آیا در یکماه اخیر گاهی اوقات در بر خورد با حوادثی که یاد آور خاطرات حادثه قبلی هستند شدیداً آشفتۀ می شوید؟								<input type="checkbox"/>
B/5	آیا در یکماه اخیر بر خورد با مواردی که یادآور حادثه هستند واکنشهای جسمی شدیدی مانند عرق کردن تنفس عمیق لرزش و... از خود نشان میدهند؟								<input type="checkbox"/>
C/1	آیا در یکماه اخیر هیچ گاه تلاش کرده اید تا از افکار مربوط به حادثه یا از احساسات همراه آن خود داری کنید؟								<input type="checkbox"/>
C/2	آیا در یکماه اخیر گاهی اوقات از فعالیت ها یا موقعیتهایی که یادآور حادثه هستند خودداری میکنید؟								<input type="checkbox"/>
C/3	آیا در یکماه اخیر پی برده اید که بعضی وقتها جنبه های مهمی از حادثه را نمی توانید بخاطر بیاورید؟								<input type="checkbox"/>

رتبه	چه مدار سدرتدر مشكلات ربر هستيد؟	ميز (1)	سپي كم (2)	كم (3)	ا حردى (4)	اينه (5)	طلى ريند (6)	سنا نشيد (7)	ك
c/4	ايا علاقه مندى خود را رانسبت به جيز هاى كه قبل از حادثه بر بيتان خيلى مهم بودند از دست داده ايد؟								<input type="checkbox"/>
c/5	ايا فكر نميكنيد بعضى مواقع نصبت به ديگران احساسى نداريد در حاليكه قبل از زلزله چنين نبوديد؟								<input type="checkbox"/>
c/6	ايا احساس ندى كنيد كه انگار عاطفه شما كمتر از سابق شده است يا ندى توانيد مانند گذشته ديگران را دوست داشته باشيد؟								<input type="checkbox"/>
c/7	ايا پس از زلزله هيچ احساسى کرده ايد كه اينده اى نداريد مثلا انتظار نداريد شغلى پيدا كنيد تشكيل خانواده بدهيد يا عمر طبيعى داشته باشيد؟								<input type="checkbox"/>
D/1	ايا به طور معمول خيلى سخت خوابتان ميبرد يادر طول مدت خواب چند بار بيدار مى شويد؟								<input type="checkbox"/>
D/2	ايا در مقايسه با قبل از زلزله اكثر اوقات شديداً عضباتى شده و از جا در ميرويد؟								<input type="checkbox"/>
D/3	ايا پس از زلزله موقعى بينش آمده كه با تلاش زياد بتوانيد تمرکز حواس بيداكند در حاليكه قبلا تمرکز داشتيد؟								<input type="checkbox"/>
D/4	ايا اكثر اوقات نصبت به صناهاى وحشتناك ويا ديگر محركهاى ناگهاني شديداً گوش بزنگ هوشيار ويا فوق العاده مواظب بوده ايد؟								<input type="checkbox"/>
D/5	ايادر مقايسه با گذشته از صداهاى ناگهاني وغير منتظره حرركات يا تكتيا و نواس ناگهاني از جا در ميرويد؟								<input type="checkbox"/>
F/1	ايا حالات فوق برى شما ناراحت كننده بوده است؟ چه قدر؟								<input type="checkbox"/>
F/2	ايا حالات فوق در برخورد هاى اجتماعى شما مشكل ايجاد کرده است؟								<input type="checkbox"/>
F/3	ايا حالات فوق در امور شغلى شما مشكل ايجاد کرده است؟								<input type="checkbox"/>
F/4	ايا حالات فوق در امور تحصيلى شما مشكل ايجاد کرده است؟								<input type="checkbox"/>
F/5	ايا حالات فوق در امور خانوا دگى شما مشكل ايجاد کرده است؟								<input type="checkbox"/>
	اين احساسات با مشكلات برى اولين بار چه زماني رخ داد؟	ماه:	سال:						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>