



Questionnaire1

پرسشنامه وان - مرجع پرسشنامه ایران

گروه ۱: احساسات نگران کننده				
۳- خیلی زیاد	۲- تا اندازه‌ای	۱- کمی	۰- اصلاً	
				۱- آیا احساس اضطراب ، دستپاچگی ، نگرانی یا ترس داشته اید ؟
				۲- آیا احساس عجیب ، غیرواقعی و یا مبهم بودن اشیاء داشته اید ؟
				۳- آیا احساس جدا بودن از تمام یا بخشی از جسم خود داشته اید ؟
				۴- آیا دچار هراس ناگهانی و غیرمنتظره بوده اید ؟
				۵- آیا احساس کرده اید سرنوشت شوم دارید ؟
				۶- آیا احساس گرفتگی و فشار روانی داشته اید ؟
				۷- آیا دشواری در تمرکز داشته اید ؟
				۸- آیا پرش ذهن از موضوعی به موضوع دیگر داشته اید ؟
				۹- آیا خیالات هراس انگیز داشته اید ؟
				۱۰- آیا ترس از دست دادن کنترل خود داشته اید ؟
				۱۱- آیا ترس از دیوانگی و اختلال مشاعر داشته اید ؟
				۱۲- آیا ترس از بیهوش شدن داشته اید ؟
				۱۳- آیا ترس از بیماری جسمی ، حمله قلبی یا مردن داشته اید ؟
				۱۴- آیا ترس از مضحکه شدن داشته اید ؟
				۱۵- آیا از تنها ماندن و منزوی شدن ترسیده اید ؟
				۱۶- آیا ترس از انتقاد و تأیید نشدن داشته اید ؟
				۱۷- آیا حوادث وحشتناک را پیش بینی کرده اید ؟
				۱۸- آیا تپش قلب داشته اید ؟
				۱۹- آیا درد ، فشار و گرفتگی در ناحیه ی سینه داشته اید ؟
				۲۰- آیا احساس کرختگی سر انگشتان پا یا دست داشته اید ؟
				۲۱- آیا تشویش و دلهره داشته اید ؟
				۲۲- آیا دچار یبوست یا اسهال بوده اید ؟
				۲۳- آیا دچار بی قراری یا از جا پریدن بوده اید ؟
				۲۴- آیا گرفتگی عضلات داشته اید ؟
				۲۵- آیا عرق کردن بدون تب داشته اید ؟
				۲۶- آیا احساس ورم در ناحیه گلو داشته اید ؟
				۲۷- آیا لرزش و تکان بدن داشته اید ؟
				۲۸- آیا لرزش در ناحیه ی ساق پا داشته اید ؟
				۲۹- آیا احساس سرگیجه ، حواس پرتی ، یا از دست دادن کنترل داشته اید ؟
				۳۰- آیا احساس خفگی و دشواری در تنفس کردن داشته اید ؟
				۳۱- آیا درد در ناحیه سر ، گردن و پشت داشته اید ؟
				۳۲- آیا احساس گرما یا سرمای ناگهانی داشته اید ؟