

پرسشنامه عمومی

وضعیت اقتصادی - اجتماعی	
تحصیلات	<input type="checkbox"/> بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان/دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دکتر حرفه ای <input type="checkbox"/> دکتری تخصصی
وضعیت ازدواج	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> بی همسر بر اثر فوت همسر <input type="checkbox"/> بی همسر بر اثر طلاق
وضعیت شغلی	<input type="checkbox"/> کارمند بخش دولتی <input type="checkbox"/> کارمند بخش خصوصی <input type="checkbox"/> بیکار(جویای کار) <input type="checkbox"/> کشاورز <input type="checkbox"/> دامدار <input type="checkbox"/> دارای درآمد بدون کار <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> محصل/دانشجو <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> سایر
محل سکونت	<input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> روستا
تعداد اعضای خانوار	<input type="checkbox"/> ۱ نفر <input type="checkbox"/> ۲ نفر
جنس سرپرست خانوار	<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
سطح تحصیلات سرپرست خانوار	<input type="checkbox"/> بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان/دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دکتر حرفه ای <input type="checkbox"/> دکتری تخصصی
وضعیت شغلی سرپرست خانوار	<input type="checkbox"/> کارمند بخش دولتی <input type="checkbox"/> کارمند بخش خصوصی <input type="checkbox"/> بیکار(جویای کار) <input type="checkbox"/> کشاورز <input type="checkbox"/> دامدار <input type="checkbox"/> دارای درآمد بدون کار <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> محصل/دانشجو <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> راننده <input type="checkbox"/> سایر
نوع پوشش بیمه ای	<input type="checkbox"/> کارکنان دولت <input type="checkbox"/> بیمه روستایی <input type="checkbox"/> سایر اقشار <input type="checkbox"/> بیمه سلامت همگانی <input type="checkbox"/> بیمه تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> کمیته امداد <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر بیمه ها، نام ببرید..... <input type="checkbox"/> بیمه ندارد
بیمه تکمیلی	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
نوع مدرسه فرزندان	<input type="checkbox"/> دولتی معمولی <input type="checkbox"/> نمونه دولتی <input type="checkbox"/> غیرانتفاعی/خصوصی <input type="checkbox"/> فرزند مدرسه ای ندارم

آیا خانوار شما از امکانات زیر در محل سکونت خود برخوردار است؟

اتومبیل اگر بلی، گروه ماشین (موجود در پائین) انتخاب گردد	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	ظرفشویی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	مایکروویو	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
رایانه/لپ تاپ	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	لباشویی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	تلفن همراه نوع <input type="checkbox"/> هوشمند <input type="checkbox"/> ساده	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
جاروبرقی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	فریزر	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	تلویزیون نوع <input type="checkbox"/> معمولی <input type="checkbox"/> OLED/LED/LCD	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
نوع مسکن مورد استفاده: <input type="checkbox"/> شخصی <input type="checkbox"/> رهن/اجاری <input type="checkbox"/> سازمانی <input type="checkbox"/> امانی					
متراژ واحد مسکونی شما چقدر است؟ <input type="checkbox"/> ۱۰ متر مربع <input type="checkbox"/> ۱۱ تا ۲۰ متر مربع <input type="checkbox"/> ۲۱ تا ۳۰ متر مربع <input type="checkbox"/> ۳۱ تا ۴۰ متر مربع <input type="checkbox"/> ۴۱ تا ۵۰ متر مربع <input type="checkbox"/> ۵۱ تا ۶۰ متر مربع <input type="checkbox"/> ۶۱ تا ۷۰ متر مربع <input type="checkbox"/> ۷۱ تا ۸۰ متر مربع <input type="checkbox"/> ۸۱ تا ۹۰ متر مربع <input type="checkbox"/> ۹۱ تا ۱۰۰ متر مربع <input type="checkbox"/> بیش از ۱۰۰ متر مربع					
نوع آشپزخانه منزل مسکونی: <input type="checkbox"/> اوپن <input type="checkbox"/> غیر اوپن <input type="checkbox"/> بیرون از منزل					

گروه ماشین ها:

لندمارک	ساب	پلیموت	اپل
لوبو	ساینگ یانگ	پورشه	استین
لیتوس	ساینا	پونتیاک	اسمارت
لیفان	سمند	پیکان	اشکودا
لینکلن	سویارو	تریومف	الدمیل
مازراتی	سوزوکی	تویوتا	ام جی
مرکوری	سیتروئن	تیبیا	ام وی ام
مزدا	سیمرغ	جک	ایسوزو
مک لارن	سیناد	جگوار	اینفینیتی
مورگان	سئات	جی ام سی	آریا
میتسوبیسی	شورولت	جیپ	آلفارومئو
مینی	فراری	جیلی	آمیگو
نیسان	فوتون	جین بی	آئودی
واکس هال	فورد	چانگان	ب ام وی
وانت	فولکس	چری	بایک
وست فیلد	فیات	داتسون	برلیانس
ولوو	کاپرا	دامای	بسترن
ون	کادیلاک	دانگ فنگ	بنتلی
هامر	کرایسلر	دایهاتسو	بنز
هاوال	کونیگزگ	دنا	بورگوارد
هایما	کوبیک	دوج	بوفوری
هن تنگ	کیا	دوو	بوگاتی
هولدن	گریت وال	دی اس	بی وی دی
هوندا	گک	دامبلر	بیسو
هیلمن	لادا	رانا	بیوک
هیوسو	لامبورگینی	راین	پازن
هیوندای	لانچیا	رنو	پراید
	لکسوس	ریگان	پروتون
	لندرور	زوتی	پژو

### کیفیت خواب

سوالات زیر به عادات معمول خواب شما در طی ماه گذشته مربوط می شود. لطفا سوالات زیر را به دقت خوانده و گزینه متناسب با وضعیت خود را انتخاب نمایید.

در طی ماه گذشته:

□□ : □□	۱. معمولاً شب ها چه ساعتی می خوابید؟
□□	۲. از زمانی که به رختخواب می روید، چقدر (به دقیقه) طول می کشد تا خوابتان ببرد؟
□□ : □□	۳. معمولاً صبح ها چه ساعتی از خواب بیدار می شوید؟
□□	۴. میزان خواب واقعی شما در شب چند ساعت است؟
	۵. در طی ماه گذشته، چند بار به خاطر موارد زیر در خوابیدن مشکل داشته اید؟ هیچ (۰) یک بار در هفته (۱) دو بار در هفته (۲) سه بار یا بیشتر در هفته (۳)
□	۵-۱. پس از رفتن به رختخواب، با گذشت ۳۰ دقیقه هنوز خوابتان نبرده است.
□	۵-۲. نیمه های شب یا صبح زود از خواب بیدار شدن
□	۵-۳. مجبور به دوش گرفتن قبل از خوابیدن
□	۵-۴. عدم توانایی در نفس کشیدن راحت هنگام خواب
□	۵-۵. در خواب با صدای بلند خروپف کردن
□	۵-۶. احساس سرمای زیاد (هنگام به خواب رفتن و یا در حین خواب، که باعث بیدار شدن می شود)
□	۵-۷. احساس گرمای شدید (هنگام به خواب رفتن و یا در حین خواب، که باعث بیدار شدن می شود)
□	۵-۸. خواب های بد دیدن
□	۵-۹. شکایت از درد در خواب
□	۵-۱۰. سایر دلایل (لطفا نوع مشکل را بنویسید).....
□	۶. در طی ماه گذشته، چند بار برای بخواب رفتن مجبور به استفاده از دارو (دستور داده شده توسط پزشک یا خارج از دستور) شده اید؟
□	۷. در طی ماه گذشته، چند بار در حین رانندگی، خوردن غذا یا شرکت در فعالیت های اجتماعی، در بیدار ماندن مشکل داشته اید؟
□	۸. در طی ماه گذشته، چند بار این احساس را داشته اید که شور و ذوق به دست آوردن چیزها را ندارید؟
<input type="checkbox"/> خیلی خوب <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> بد <input type="checkbox"/> خیلی بد	۹. در طی ماه گذشته، در کل کیفیت خواب خود را چگونه توصیف می کنید؟



### فعالیت فیزیکی

ما قصد داریم درباره فعالیت‌های بدنی که مردم به عنوان بخشی از زندگی روزمره‌شان انجام می‌دهند، اطلاعات کسب کنیم. سؤالها در مورد زمان‌هایی خواهد بود که شما در طول **۷ روز گذشته** به صورت حرکات بدنی فعال بوده‌اید. لطفاً به تک تک سؤالات پاسخ دهید حتی اگر خود را فرد فعالی به حساب نمی‌آورید. لطفاً فعالیت‌هایی را که در محل کار، یا به عنوان بخشی از کار منزل و حیاط (باغچه)، رفتن از جایی به جای دیگر، تمرینات ورزشی و فعالیت‌هایی که به عنوان سرگرمی در اوقات فراغت انجام می‌دهید، مدنظر قرار دهید.

تمام فعالیت‌های **شدیدی** را که در طول **۷ روز اخیر** انجام داده‌اید، مدنظر قرار دهید. فعالیت‌های **شدید** به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که قدرت بدنی زیادی می‌خواهد و باعث می‌شود بسیار شدیدتر از حالت عادی نفس بکشید. لطفاً فقط فعالیت‌هایی را مدنظر قرار دهید که **حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته** انجام داده‌اید.

۱. در طول **۷ روز اخیر** چند روز آن فعالیت بدنی **شدید** مانند بلند کردن اجسام سنگین، حفاری (مثل کندن باغچه)، ایروبیک (ورزش هوازی)، دوچرخه‌سواری سریع، فوتبال و دویدن داشته‌اید؟  
 □ □ روز در هفته  
 □ فعالیت بدنی شدید نداشته‌ام (مراجعه به سؤال ۳)

۲. معمولاً چه مدت زمانی در چنین روزهایی برای انجام این فعالیت‌های بدنی **شدید** به صورت پیوسته صرف کرده‌اید؟  
 □ □ ساعت در روز  
 □ □ دقیقه در روز

فعالیت‌های بدنی **متوسطی** را که در طول **۷ روز اخیر** انجام داده‌اید، مدنظر قرار دهید. فعالیت‌های فیزیکی **متوسط** به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که قدرت متوسطی می‌خواهد و باعث می‌شود شما کمی تندتر از حالت عادی نفس بکشید. لطفاً فقط فعالیت‌هایی را مدنظر قرار دهید که **حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته** انجام داده‌اید

۳. در طول **۷ روز اخیر** چند روز آن فعالیت فیزیکی **متوسط** مانند حمل بارهای سبک، دوچرخه‌سواری با سرعت متوسط یا والیبال انجام داده‌اید؟ لطفاً پیاده‌روی را به حساب نیاورید.  
 □ □ روز در هفته  
 □ فعالیت بدنی متوسط نداشته‌ام (مراجعه به سؤال ۵)

۴. معمولاً چه مدت زمانی در چنین روزهایی برای انجام فعالیت‌های بدنی **متوسط** صرف کرده‌اید؟  
 □ □ ساعت در روز  
 □ □ دقیقه در روز

لطفاً مدت زمانی را که در طول **۷ روز گذشته** به پیاده‌روی اختصاص داده‌اید، مدنظر قرار دهید. این قسمت پیاده‌روی در محل کار، در خانه، برای رفتن از محلی به محل دیگر و هر نوع پیاده‌روی دیگر که شما به عنوان تفریح، ورزش، تمرینات جسمانی یا در اوقات فراغت انجام داده‌اید را شامل می‌شود.

۵. در طول **۷ روز اخیر**، چند روز آن به مدت **حداقل ۱۰ دقیقه** و به صورت پیوسته پیاده‌روی داشته‌اید؟  
 □ □ روز در هفته  
 □ پیاده‌روی نداشته‌ام (مراجعه به سؤال ۷)

۶. معمولاً چه مدت زمانی در چنین روزهایی برای پیاده‌روی صرف کرده‌اید؟  
 □ □ ساعت در روز  
 □ □ دقیقه در روز  
 □ نمی‌دانم / مطمئن نیستم

آخرین سؤال مربوط به اوقاتی است که شما در طول **۷ روز اخیر** به نشستن اختصاص داده‌اید که شامل نشستن در محل کار، در خانه، هنگام انجام تکالیف و در اوقات فراغت می‌باشد. این زمان نشستن پشت میز، نشستن یا لم دادن هنگام تماشای تلویزیون و مطالعه و زمانی که برای نشستن با دوستان و فامیل اختصاص داده‌اید را هم شامل می‌شود.

۷. در طول **۷ روز اخیر**، چه مدت زمانی را در هر روز به نشستن اختصاص داده‌اید؟  
 □ □ ساعت در روز  
 □ □ دقیقه در روز  
 □ نمی‌دانم / مطمئن نیستم

پرسشنامه مقیاس دیسترسهای روانشناختی کسلر (K10)

سوالهای ذیل در مورد احساس شما و اینکه در طی ماه گذشته چگونه بوده اید، پرسیده میشود. لطفا گزینه ای را انتخاب کنید که به احساس شما نزدیکتر میباشد.

گزینه ها					سوالات
تمام اوقات	اکثر اوقات	گاهی اوقات	اندک زمانی	هیچ وقت	در یک ماه گذشته:
					۱. تقریبا به چه میزان بدون دلیل خاصی، احساس خستگی کرده اید؟
					۲. تقریبا به چه میزان احساس عصبی بودن کرده اید؟
					۳. تقریبا به چه میزان آنقدر احساس عصبی بودن کرده اید که هیچ چیز نتوانسته شما را آرام کند؟
					۴. تقریبا به چه میزان احساس ناامیدی کرده اید؟
					۵. تقریبا به چه میزان احساس ناآرامی و بی قراری کرده اید؟
					۶. تقریبا به چه میزان آن قدر بی قرار بوده اید که نتوانید در یک جا بنشینید؟
					۷. تقریبا به چه میزان احساس افسردگی داشته اید؟
					۸. تقریبا به چه میزان احساس میکردید که انجام همه امورات با سختی و دشواری همراه است؟
					۹. تقریبا به چه میزان آنقدر احساس غمگینی کرده اید که هیچ چیز نتوانسته شما را شاد کند؟
					۱۰. تقریبا به چه میزان احساس بی ارزش بودن کرده اید؟

PERSIAN  
Cohort