



تم تصميم هذا الاستبيان ليخدم لك نظرة عامة حول تعاطيك للكحول والمواد المخدرة الأخرى (بما في ذلك القمار)، بالإضافة إلى مجموعة أخرى من الموضوعات.

إجاباتك يمكن أن تساعد في حصولك على الاستشارة بشأن العلاج المناسب.

يتم مناقشة ما يلي: تعاطي الكحول والمخدرات الأخرى (بما في ذلك القمار)؛ مناقشة المشكلات التي تترتب على ذلك؛ العلاجات السابقة، والأعراض المرضية والمشكلات في مختلف المجالات، وما إذا كنت ترغب في بدء رحلة العلاج.

العديد من الأسئلة شخصية للغاية. لكي تتمكن من مساعدتك بأفضل شكل ممكن، من المهم أن تجيب عن هذه الأسئلة بصدق.

يستغرق الملء حوالي ٢٠-٢٥ دقيقة.

مع معظم الأسئلة يمكنك تحديد الإجابة التي تنطبق عليك.

أحياناً يمكنك كتابة تسجيل على خط منقط

أو كتابة نص على السطر.

في البداية أجب عن الأسئلة التالية

١. عمري سنة												
٢. أنا	<input type="checkbox"/> رجل <input type="checkbox"/> امرأة <input type="checkbox"/> متنوع												
٣. تاريخ المعالجة	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>							d	d	m	m	y	y
d	d	m	m	y	y								

وحدة	ص.
٠. MATE-S: مشكلة المخدرات أو القمار	٢
١أ. تعاطي المخدرات ولعب القمار كنمط حياة	٣
١أ. تعاطي المخدرات ولعب القمار في آخر ٣٠ يوم	٤
٢. إدمان المخدرات أو لعب القمار	٥
٣. الأعراض الجسدية والنفسية	٦
٤. الاكتئاب والقلق والتوتر	٧
٥. العلاج السابق والأدوية الموصوفة	٨
٦. الدافع للعلاج	٩
٧. الصعوبات والمشكلات	١٠
٨. الظروف	١١
٩. الأسئلة الختامية	١١

0a

ضع علامة على أكثر ما يسبب لك المشكلات. إذا انطبقت عليك أكثر من عبارة، اختر فقط أكثر ما يسبب لك المشكلات في الوقت الحالي.

في الوقت الحاضر

<input type="checkbox"/>	٦	إكستاسي/CTX (AMDM أو غيرها وكذلك AEDM، ADM، أو BC٢)	<input type="checkbox"/>	١	الكحول
<input type="checkbox"/>	٧	المهلوسات (PCP، كيتامين، ميسكالين، بسيلوسيبين، TMD، DSL)	<input type="checkbox"/>	٢	التبغ (السجائر، الشاج، السيجار، الغليون، السعوط)
<input type="checkbox"/>	٨	مخدرات أخرى (BHG، المستنشقات، أكسيد النيتروز، البوبرز) دوّن المادة (المواد):	<input type="checkbox"/>	٣	القنب (الحشيش، الماريجوانا، البانجو)
<input type="checkbox"/>	٩	المهدئات (المواد المهدئة والمنومة والبنزوديازيبينات)	<input type="checkbox"/>	٤	المواد الأفيونية (الهيروين، الميثادون، البوبرينورفين، المورفين، الكوديين، الأوكسيكودون، الفنتانيل)
<input type="checkbox"/>	١٠	لعب القمار دوّن ما تلعبه:	<input type="checkbox"/>	٥	المنشطات (الكوكايين، الأمفيتامين، وغيرها مثل ميثيلفينيديت والقات)

4a

مع الأسئلة التالية فكر في المخدر الذي يسبب لك معظم المشكلات.

١٢ شهر

ضع علامة على نعم أو لا.		«هل كان لديك في آخر ٢١ شهرًا..»	
لا	نعم	١	.. حاجة قوية ومنتظمة لتعاطي المخدر؟
لا	نعم	٢	.. رغبة منتظمة في التوقف عن تعاطي المخدرات؟
لا	نعم	٣	.. رغبة في قضاء الكثير من الوقت لتوفير المادة المخدرة أو تعاطيها أو التعافي من آثارها؟
لا	نعم	٤	.. يقين أنك تحتاج للمزيد من المادة المخدرة للحصول على نفس التأثير؟
لا	نعم	٥	.. مرض أو شعور بوعكة بعد محاولة تقليل الاستهلاك أو التوقف تمامًا؟
لا	نعم	٦	.. زيادة التعاطي أو طول مدة التعاطي أكثر مما كنت تنوي فعلًا؟
لا	نعم	٧	.. استمرار التعاطي على الرغم من أنك كنت تعرف أن التعاطي يسبب مشاكل صحية أو عاطفية أو نفسية؟
لا	نعم	٨	.. استمرار التعاطي على الرغم من أنك كنت تعرف أن التعاطي يسبب مشاكل مع الأسرة والأصدقاء وفي مكان العمل أو في المدرسة؟
لا	نعم	٩	.. تقليل أو التوقف عن الأنشطة المهمة مثل الرياضة أو العمل أو التواجد مع الأصدقاء أو الأقارب بسبب التعاطي؟
لا	نعم	١٠	.. بسبب التعاطي أنت غير قادر على الانتظام في الوفاء بالتزاماتك في المدرسة، أو في مكان العمل أو في المنزل؟
لا	نعم	١١	.. تعاطيت أكثر من مرة في المواقف التي يزداد فيها خطر الإصابة (على سبيل المثال، تعاطيت مادة مخدرة بينما كنت مضطرًا لقيادة دراجة بخارية أو سيارة، أو استخدام سكين أو تشغيل آلة؟)

4b

إذا كان لديك مشكلات تتعلق بلعب القمار، فأجب عن الأسئلة التالية. وإذا لم يكن لديك، انتقل إلى السؤال أ.

١٢ شهر

ضع علامة على نعم أو لا.		«في آخر ٢١ شهرًا...»	
لا	نعم	١	.. كنت تتعاطى كثيرًا وبقوة بسبب أفكار في لعب القمار؟
لا	نعم	٢	.. اضطررت دائمًا لدفع المزيد من المال للوصول إلى النشوة المرغوبة؟
لا	نعم	٣	.. قمت بمحاولات متكررة فاشلة للسيطرة على المقامرة أو تقليلها أو إيقافها؟
لا	نعم	٤	.. هل أصبحت مضطربًا أو سريع الانفعال عند محاولتك التقليل من لعب القمار أو إيقافه؟
لا	نعم	٥	.. هل راهنت كثيرًا عند الشعور بالتوتر (على سبيل المثال، عند الشعور بالعجز، والشعور بالذنب، والخوف، والمزاج الاكتئابي)؟
لا	نعم	٦	.. هل راهنت كثيرًا بعد الخسارة لمحاولة تعويض الخسارة؟
لا	نعم	٧	.. هل كذبت للتستر على عدد مرات الرهان التي قمت بها؟
لا	نعم	٨	.. هل تعرضت للخطر أو خسرت فعلًا علاقة مهمة أو وظيفتك أو فرصك التعليمية أو المهنية بسبب القمار؟
لا	نعم	٩	.. هل اعتمدت على الدعم المالي للأخريين للتغلب على ضائقة مالية نتجت عن لعب القمار؟

كم مرة تعاطيت في آخر ٠٣ يومًا:

a1	الكحول	أبدًا	مرة واحدة	عدة مرات	١ أو ٢ مرة كل أسبوع	٣ أو ٤ مرات كل أسبوع	٥ أو ٦ مرات كل أسبوع	كل يوم
<p>† تشير الأسئلة التالية إلى الكؤوس التي تحتوي عادة على مشروب. يطلق عليها أيضًا الكؤوس القياسية.</p> <p>† كأس البيرة أكثر بقليل من الكأس القياسي، تحديداً ٣,١ كأس قياسي. نصف لتر من البيرة يساوي ٢ كأس قياسي.</p>								
b1	دوّن عدد الأكواب التي شربتها كل يوم خلال آخر ٠٣ يومًا في الأسبوع العادي. اكتب «٠» إذا لم تشرب في أحد الأيام.	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد
		الكؤوس	الكؤوس	الكؤوس	الكؤوس	الكؤوس	الكؤوس	الكؤوس
a2	التبغ (السجائر، الشاج، السيجار، الغليون، السعوط)	أبدًا	مرة واحدة	عدة مرات	١ أو ٢ مرة كل أسبوع	٣ أو ٤ مرات كل أسبوع	٥ أو ٦ مرات كل أسبوع	كل يوم
b2	اكتب مقدار ما كنت تدخن عادة في اليوم الواحد	سجائر/ سجائر ملفوفة يدويًا/ سيجار إلخ يوميًا						
٣	الغشيش، الماريجوانا، البانجو)	أبدًا	مرة واحدة	عدة مرات	١ أو ٢ مرة كل أسبوع	٣ أو ٤ مرات كل أسبوع	٥ أو ٦ مرات كل أسبوع	كل يوم
٤	المواد الأفيونية (الهيروين، الميثادون، البوبرينورفين، المورفين، الكوديين، الأوكسيكودون، الفنتانيل)	أبدًا	مرة واحدة	عدة مرات	١ أو ٢ مرة كل أسبوع	٣ أو ٤ مرات كل أسبوع	٥ أو ٦ مرات كل أسبوع	كل يوم
٥	المنشطات (الكوكايين، الأمفيتامين، وغيرها مثل ميشيلفينيديت والقات)	أبدًا	مرة واحدة	عدة مرات	١ أو ٢ مرة كل أسبوع	٣ أو ٤ مرات كل أسبوع	٥ أو ٦ مرات كل أسبوع	كل يوم
٦	إكستاسي/ CTX أو AMDM أو غيرها وكذلك ADM، AEDM (أو BC٢)	أبدًا	مرة واحدة	عدة مرات	١ أو ٢ مرة كل أسبوع	٣ أو ٤ مرات كل أسبوع	٥ أو ٦ مرات كل أسبوع	كل يوم
٧	المهلوسات، PCP، كيتامين، ميسكالين، بسيلوسيبين، TMD، (DSL)	أبدًا	مرة واحدة	عدة مرات	١ أو ٢ مرة كل أسبوع	٣ أو ٤ مرات كل أسبوع	٥ أو ٦ مرات كل أسبوع	كل يوم
٨	مخدرات أخرى (BHG، المستنشقات، أكسيد النيتروز، البوبرز)	أبدًا	مرة واحدة	عدة مرات	١ أو ٢ مرة كل أسبوع	٣ أو ٤ مرات كل أسبوع	٥ أو ٦ مرات كل أسبوع	كل يوم
٩	المهدئات (المواد المهدئة والمنومة والبنزوديازيبينات)	أبدًا	مرة واحدة	عدة مرات	١ أو ٢ مرة كل أسبوع	٣ أو ٤ مرات كل أسبوع	٥ أو ٦ مرات كل أسبوع	كل يوم
١٠	لعب القمار	أبدًا	مرة واحدة	عدة مرات	١ أو ٢ مرة كل أسبوع	٣ أو ٤ مرات كل أسبوع	٥ أو ٦ مرات كل أسبوع	كل يوم

الأسئلة التالية تستكشف أفكارك ومشاعرك حول تعاطي الكحول أو المخدرات أو القمار. فكر في المادة التي تسبب لك أكبر قدر من المتاعب.

إذا كانت المقامرة هي ما يسبب لك معظم المشكلات، فاقراً «المقامرة» بدلاً من «التعاطي».

يرجى وضع علامة على العبارة التي تنطبق عليك على أفضل وجه. ما لم يذكر خلاف ذلك، فإن الأسئلة تشير إلى فترة الأيام السبعة الماضية.

١ إذا كنت لا تتعاطى، فكم تنفق من وقتك على التصورات أو الأفكار أو الدوافع أو الصور المتعلقة بالتعاطي؟

- ٠ لا شيء.
- ١ أقل من ساعة في اليوم
- ٢ من ١ - ٣ ساعات في اليوم
- ٣ من ٤ - ٨ ساعات في اليوم
- ٤ أكثر من ٨ ساعات في اليوم

٢ كم مرة تظهر هذه الأفكار والتصورات؟

- ٠ أبداً.
- ١ ليس أكثر من ثمان مرات في اليوم.
- ٢ أكثر من ثمان مرات في اليوم، لكن معظم ساعات اليوم خالية من ذلك.
- ٣ أكثر من ثمان مرات في اليوم ومعظم ساعات اليوم.
- ٤ تظهر الأفكار كثيراً لدرجة لا يمكن إحصاؤها، ولا تكاد تنقضي ساعة دون ظهور هذه الأفكار.

٣ إذا كنت لا تتعاطى، فإلى أي مدى تعاني من التصورات أو الأفكار أو الدوافع أو الصور المتعلقة بالتعاطي؟

- ٠ لا عبء أو إزعاج.
- ١ طفيفة ونادرة ولا يمكن اعتبارها مزعجة بشكل واضح.
- ٢ متكررة إلى حد ما ومزعجة؛ لكن لا يزال بإمكانني التعامل معها.
- ٣ قوية ومتكررة كثيراً ومزعجة جداً.
- ٤ قوية للغاية، شبه ثابتة، تؤثر سلباً على كل شيء آخر.

٤ إذا لم تتعاطى، كم تبذل من جهد عندئذ لمقاومة هذه الأفكار، أو عدم الالتفات لها، أو توجيه انتباهك إلى شيء آخر؟ (اذكر حجم جهودك لمقاومة هذه الأفكار، وليس النجاح أو الفشل الذي تعرضت له.)

- ٠ نادراً ما تراودني مثل هذه الأفكار لدرجة أنه لا داعي لمحاربتها. لكن عندما تظهر فإنني أجتهد دائماً لمقاومتها.
- ١ غالباً أحاول مقاومة هذه الأفكار.
- ٢ أبذل بعض المجهودات لمقاومة هذه الأفكار.
- ٣ أطلق العنان لهذه الأفكار دون محاولة السيطرة عليها. ومع ذلك لدي شعور بعدم الراحة.
- ٤ أطلق العنان كاملاً لهذه الأفكار.

٥ ما مدى قوة دافعك لتعاطي المادة؟

- ٠ لا أشعر بأي دافع لتعاطي المادة.
- ١ أشعر بدافع بسيط لتعاطي المادة.
- ٢ أشعر بدافع قوي لتعاطي المادة.
- ٣ أشعر بدافع قوي جداً لتعاطي المادة.
- ٤ الدافع للتعاطي مسيطر علي تماماً ولا يمكن التأثير عليه.

3a

الأسئلة التالية تنسحب على الأعراض الجسدية.

٢٠ يومًا

في آخر ٠٣ يومًا كم مرة عانيت من:	لم يحدث مطلقًا	نادرًا	أحيانًا	متكرر	دائمًا
١ فقدان الشهية	٠	١	٢	٣	٤
٢ الإرهاق/ الإنهاك	٠	١	٢	٣	٤
٣ الغثيان	٠	١	٢	٣	٤
٤ آلام في المعدة	٠	١	٢	٣	٤
٥ تسارع التنفس/ ضيق التنفس	٠	١	٢	٣	٤
٦ آلام الصدر	٠	١	٢	٣	٤
٧ آلام المفاصل/ التصلب	٠	١	٢	٣	٤
٨ آلام العضلات	٠	١	٢	٣	٤
٩ الخدر/ الوخز (في الذراعين والساقين)	٠	١	٢	٣	٤
١٠ الرعشة/ الاهتزاز	٠	١	٢	٣	٤

3b

وضّح ما إذا كان ما يلي ينطبق عليك. ضع علامة على نعم أو لا.

في الوقت الحاضر

١ هل أنت حامل؟	نعم	لا
٢ هل تعاني من مرض خطير أو معدي: على سبيل المثال مشاكل القلب والسكري والتهاب الكبد وفيروس نقص المناعة البشرية؟ دوّن المرض (الأمراض)	نعم	لا
٣ هل لديك أي علامات مرضية مثل: الشحوب الشديد، أو انتفاخ الوجه، أو كدمات دموية، أو صعوبات عند الجري، أو وذمات في الساقين، أو نحافة شديدة، أو انتفاخ في البطن، أو خراجات، أو حكة شديدة؟	نعم	لا
٤ هل تعاني من صعوبات مع أعراض التسمم أو الانسحاب مثل: الرعشة، اضطرابات الأطراف، التلعثم في الكلام، المشية غير الواثقة، نوبات الشد العضلي، التعرق، تشوهات حدقة العين؟	نعم	لا
٥ هل تشعر بين الجنين والآخر بالحيرة أو النسيان؟	نعم	لا
٦ هل كنت تتمنى في آخر ٠٣ يومًا أن تموت، أو فكرت أنه ربما كان من الأفضل لو أنك كنت ميتًا؟	نعم	لا
٧ هل خططت في آخر ٠٣ يومًا بشكل محدد في قتل نفسك أو القيام بمحاولة انتحار؟	نعم	لا
٨ هل رأيت أو سمعت في آخر ٠٣ يومًا أشياء لا يستطيع الأشخاص الآخرون رؤيتها أو سماعها؟	نعم	لا
٩ هل أعتقدت في آخر ٠٣ يومًا أن أشخاصًا آخرين يتآمرون عليك؟	نعم	لا

الأسئلة التالية تنسحب على الشعور بالاكتئاب والقلق والتوتر.

اقرأ كل من النصوص التالية ثم ضع دائرة حول الرقم ١، ٢، أو ٣ الذي يبين درجة انطباق هذا الشعور عليك في الأسبوع الماضي. لا يوجد إجابات صحيحة أو خاطئة. لا تقضي وقتاً طويلاً في أي منها.

استعمل التقديرات التالية:

٠ = لا ينطبق عليّ بتاتا

١ = ينطبق عليّ بعض الشيء أو قليلاً من الأوقات

٢ = ينطبق عليّ بدرجة ملحوظة أو بعض الأوقات

٣ = ينطبق عليّ كثيراً جداً، أو معظم الأوقات

٧ أيام	لا ينطبق عليّ بتاتا	ينطبق عليّ بعض الشيء أو قليلاً من الأوقات	ينطبق عليّ بدرجة ملحوظة أو بعض الأوقات	ينطبق عليّ كثيراً جداً، أو معظم الأوقات
١	٠	١	٢	٣
٢	٠	١	٢	٣
٣	٠	١	٢	٣
٤	٠	١	٢	٣
٥	٠	١	٢	٣
٦	٠	١	٢	٣
٧	٠	١	٢	٣
٨	٠	١	٢	٣
٩	٠	١	٢	٣
١٠	٠	١	٢	٣
١١	٠	١	٢	٣
٢١	٠	١	٢	٣
٣١	٠	١	٢	٣
٤١	٠	١	٢	٣
٥١	٠	١	٢	٣
٦١	٠	١	٢	٣
٧١	٠	١	٢	٣
٨١	٠	١	٢	٣
٩١	٠	١	٢	٣
١٠٢	٠	١	٢	٣
١٢	٠	١	٢	٣

5a

الأسئلة التالية تنسحب على العلاجات.

٥ سنوات

كم مرة خلال الخمس سنوات الأخيرة
تلقيت علاجًا في عيادة خارجية أو
عيادة داخلية يهارية؟
† انتبه: العلاج يتكون من عدة مواعيد
أو جلسات. لا تدون عدد الجلسات، بل
عدد العلاجات التي أتممتها.

نعم ←
لا
كم عدد؟

نعم ←
لا
هل كان ذلك في آخر
خمس سنوات؟

١ هل تلقيت ذات مرة علاجًا بسبب
اضطرابات بسبب مادة الإدمان؟

كم عدد العلاجات السريرية خلال
الخمس سنوات الأخيرة؟

نعم
لا

٢ هل تتلقى حاليًا (أو خلال آخر ٢١ شهرًا) علاجًا نفسيًا أو عقليًا؟

١٣ شهر

5b

الأسئلة التالية تنسحب على الأدوية التي وصفها لك الطبيب/ الطبيبة.

في الوقت الحاضر

نعم ←
لا
ما هي؟

١ هل وصف لك الطبيب أدوية
للإدمان؟

نعم ←
لا
ما هي؟

٢ هل وصف لك الطبيب أدوية
بسبب مشكلات عقلية/ نفسية؟

نعم ←
لا
ما هي؟

٣ هل وصف لك الطبيب أدوية
بسبب أمراض أخرى؟

الأسئلة التالية تنسحب على وجهة نظرك في الإدمان الذي تعاني منه.
الأسئلة التالية تنسحب على وجهة نظرك في الإدمان الذي تعاني منه.الرجاء تقييم مدى انطباق كل من العبارات التالية عليك.

في الوقت الحاضر

لاينطبق	ينطبق قليلاً	ينطبق جزئياً	يوافق	ينطبق جداً	استخدامي للمواد المخدرة . . .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١ . . . مشكلة بالنسبة لي.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢ . . . تضرني أكثر مما تنفعني.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٣ . . . تسبب مشكلات مع القانون.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٤ . . . تسبب لي صعوبات في التركيز أو في أداء عملي.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٥ . . . تسبب مشاكل مع العائلة أو الأصدقاء.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٦ . . . تسبب صعوبات في إيجاد وظيفة أو الاحتفاظ بها.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٧ . . . تسبب مشكلات صحية.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٨ . . . تجعل ظروف الحياة أسوأ وأسوأ.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٩ . . . سوف تقتلني إذا لم أتوقف قريباً.
الأسئلة التالية تتطرق لشعورك حيال الحصول على المساعدة والعلاج من تعاطي المخدرات. إذا كنت تخضع بالفعل لعلاج الآن، فإن الأسئلة التالية تتعلق بهذا العلاج الحالي.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٠ أحتاج إلى مساعدة للسيطرة على تعاطي المخدرات.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١١ لدي العديد من الالتزامات الأخرى للحصول على العلاج في الوقت الحالي.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢١ العلاج ربما يكون شاقاً للغاية بالنسبة لي.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٣١ أحتاج حقاً إلى مساعدة فورية كي أكون مستعداً للتعامل مع تعاطي المخدرات.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٤١ قد يكون العلاج فرصتي الأخيرة للسيطرة على مشاكلي.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٥١ لقد سئمت من المشاكل الناجمة عن تعاطي المخدرات.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٦١ من أجل حل مشاكل تعاطي المخدرات، أتخلى عن دائرة الأصدقاء والمعارف.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٧١ الحصول على العلاج لن يساعدني كثيراً.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٨١ أنوى مواصلة العلاج لمدة أطول.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٩١ أستطيع دون مساعدة الإقلاع عن تعاطي المخدرات.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٠٢ لا أسعى للعلاج إلا لأن شخصاً آخر يحثني على ذلك.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٢ حياتي أصبحت خارج السيطرة.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢٢ العلاج يمكن أن يساعدني حقاً.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٣٢ أريد أن أعيد حياتي إلى مسارها الصحيح.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٤٢ أريد أن أخضع لعلاج.

الأسئلة التالية تنسحب على الصعوبات التي حدثت لك في مختلف مجالات الحياة. اذكر عدد المرات التي حدثت فيها مشكلات أو إلى أي مدى كنت تشعر في آخر ٠٣ يوماً أنك مقيد بسببها.

استعمل التقديرات التالية:

٠ = لا توجد أي صعوبات أو لا ينطبق.

١ = نادراً ما توجد صعوبات أو يوجد فقط تقييد خفيف

٢ = أحياناً توجد صعوبات أو يوجد فقط تقييد خفيف

٣ = صعوبات متكررة أو تقييد كبير

٤ = دائماً صعوبات أو تقييد كامل

لا يوجد /
ليس أبداً من
ذلك/ غير
منطبق
نادرًا/
خفيف
أحيانًا/
متوسط
متكرر /
شديد
دائمًا/ كامل

٢٠ يوماً

١ هل عانيت من مشكلات مع شريك/ شريكة حياتك؟
(أو واجهت صعوبة في إيجاد شريك؟)

٢ هل كانت هناك صعوبات في التعامل مع الطفل (الأطفال)؟

٣ هل عانيت من مشكلات مع الأسرة أو الأصدقاء؟

٤ هل واجهت صعوبات في التعامل مع صاحب العمل/ صاحبة العمل أو المتخصصين أو مقدمي الخدمات أو موظفي الرعاية الصحية؟

٥ هل كان من الصعب عليك الاختلاط بالآخرين أو التعامل معهم؟

٦ هل واجهت أي صعوبات في عملك أو تعليمك؟

٧ هل عانيت من مشكلات مع أموالك؟

٨ هل وجدت صعوبة في الانخراط في الأنشطة الترفيهية أو قضاء وقت الفراغ (مثل ممارسة الرياضة أو الاسترخاء)؟

٩ هل واجهت صعوبة في الانخراط في الأنشطة الروحية أو الدينية (على سبيل المثال المجتمعات الدينية أو الروحية، والأنشطة الأخرى ذات البعد الديني)

١٠ هل كنت بلا مأوى أو واجهتك صعوبات أخرى بخصوص مسكنك؟

١١ هل وجدت صعوبة في القيام بالأعمال المنزلية مثل التسوق أو إعداد وجبات الطعام أو القيام بالعمل المنزلي؟

٢١ هل وجدت صعوبة في الاعتناء بنفسك، بمعنى أن تغتسل بنفسك وتعتني بجسمك وترتدي ملابسك؟

٣١ هل وجدت صعوبة في الحصول على مكان آمن للنوم أو ملابس واقية؟

٤١ هل وجدت صعوبة في تناول طعام صحي والحفاظ على صحتك؟

٥١ هل وجدت صعوبة في اتباع النصائح الطبية أو المشاركة في العلاج؟ هل كنت تتجنب زيارة الطبيب حتى لو كانت ضرورية؟

٦١ هل كنت تمارس علاقات جنسية غير محمية مع شركاء متغيرين، وهل كنت تقوم بقيادة السيارة تحت تأثير المخدرات (أو الكحول) أو هل كل كنت تستخدم محاقن غير معقمة؟

٧١ هل وجدت صعوبة في تخطيط الروتين اليومي وإدارته والتغلب عليه؟

٨١ هل وجدت صعوبة أثناء المواقف الصعبة في التعامل مع التوتر أو في التعامل مع الضغط أثناء أداء المهام التي تتطلب مسئولية خاصة؟

٩١ هل وجدت صعوبة في تعلم شيء جديد، أو حل مشكلات، أو اتخاذ قرارات؟

٨. الظروف

الأسئلة التالية تنسحب على الظروف التي لها تأثير سلبي على استردادك لصحتك، أو على تغيير تعاطيك للكحول أو المخدرات أو لعب القمار.
الأسئلة تنسحب على آخر ٣ يوم.

استعمل التقديرات التالية:

٠ = لا يوجد أي تأثير سلبي أو لا ينطبق

١ = تأثير سلبي خفيف

٢ = تأثير سلبي متوسط

٣ = تأثير سلبي خطير

٤ = تأثير سلبي غير عادي

لا يوجد/
غير منطبق

غير عادي

خطير

متوسط

خفيف

١

٢

٣

٤

٣٠ يومًا

١	هل يوجد أشخاص في محيطك لهم تأثير سلبي على إعادة تأهيلك؟	٠	١	٢	٣	٤
٢	هل فقدت شخصاً مرجعياً أساسياً بالنسبة لك في السنة الماضية، مثلاً بسبب الوفاة أو الطلاق، وهل لذلك تأثير سلبي على إعادة تأهيلك؟	٠	١	٢	٣	٤
٣	هل أنت مهتم بالمواقف المجتمعية العامة تجاه الأشخاص الذين يعانون من مشاكل عقلية، وكان لها تأثير سلبي على إعادة تأهيلهم؟	٠	١	٢	٣	٤
٤	لديك اتصالات ذات طبيعة قانونية أو توجد إجراءات قانونية لها تأثير سلبي على إعادة تأهيلك؟	٠	١	٢	٣	٤
٥	هل توجد ظروف أخرى لها تأثير سلبي على إعادة تأهيلك؟ إذا كان هذا ينطبق عليك، فاكتب الظروف السلبية. يرجى تحديد حجم التأثير السلبي. إذا لم تكن هناك عوامل سلبية أخرى، ضع علامة على «٠».	٠	١	٢	٣	٤

٩. الأسئلة الختامية

الأسئلة الأخيرة تنسحب على تعبئة الاستبيان، والخطوات اللاحقة المحتملة.

١	١ فهمتُ الأسئلة جيداً.	لا ينطبق	ينطبق قليلاً	ينطبق جزئياً	يوافق	ينطبق جداً
٢	٢ كانت التعبئة بسيطة بالنسبة لي.	لا ينطبق	ينطبق قليلاً	ينطبق جزئياً	يوافق	ينطبق جداً
٣	٣ أعتقد أن الأسئلة مهمة لوصف مشاكلي.	لا ينطبق	ينطبق قليلاً	ينطبق جزئياً	يوافق	ينطبق جداً
٤	٤ أعتقد أن الأسئلة كثيرة للغاية.	لا ينطبق	ينطبق قليلاً	ينطبق جزئياً	يوافق	ينطبق جداً
٥	٥ تكميل پرسشنامه حدودا چند دقیقه طول کشید؟	لا ينطبق	ينطبق قليلاً	ينطبق جزئياً	يوافق	ينطبق جداً
٦	٦ إذا واجهتك صعوبات في التعبئة، فماذا كانت؟	لا ينطبق	ينطبق قليلاً	ينطبق جزئياً	يوافق	ينطبق جداً
٧	٧ هل ما زالت هناك أشياء لم يتم التطرق لها، وتعتقد أنها مهمة لتقديم الاستشارة لك؟	لا	نعم	ما هي؟		