



هدف این پرسشنامه بدست آوردن اطلاعات در مورد مصرف شما از مشروبات الکلی و سایر مواد مخدر (شامل قماربازی) و همچنین مطالب مربوطه می‌باشد.

با کمک پاسخ های شما می‌توان به شما در دریافت مشاوره در مورد درمان مناسب کمک کرد.

موارد زیر درمان می‌شوند: مصرف مشروبات الکلی و سایر مواد مخدر (شامل قماربازی)؛ مشکلاتی که شما به این دلیل با آن مواجه هستید؛ درمان‌های قبلی، کسالت‌ها و مشکلات در زمینه‌های مختلف و اینکه آیا می‌خواهید درمان را آغاز کنید.

بسیاری از پرسش‌ها بسیار شخصی هستند. برای اینکه بتوانیم به بهترین وجه ممکن به شما کمک کنیم، مهم است که به این پرسش‌ها صادقانه پاسخ دهید.

پر کردن این پرسشنامه حدود ۲۰ تا ۲۵ دقیقه طول می‌کشد.

برای اکثر پرسش‌ها می‌توانید پاسخی را که در مورد شما صدق می‌کند، علامت بزنید.

گاهی اوقات می‌توانید در روی نقطه چین یک عدد بنویسید.....

یا یک متن روی خط بنویسید.....

در ابتدا به پرسش‌های زیر پاسخ دهید

سن من است	۱. سن من						
<input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> یک مرد	۲. من هستم						
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">d</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">d</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">m</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">m</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">y</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">y</td> </tr> </table>	d	d	m	m	y	y	۳. تاریخ پاسخ دادن به پرسش‌ها
d	d	m	m	y	y		

پ.	مدول
۲	۰. MATE-S مواد مشکل‌ساز یا قماربازی
۳	۱. مصرف مواد و قماربازی در طول عمر
۴	۱. مصرف مواد و قماربازی در ۳۰ روز گذشته
۵	۲. تمایل به مواد یا قماربازی
۶	۳. کسالت‌های جسمی و روحی
۷	۴. افسردگی، ترس و اضطراب، استرس
۸	۵. درمان‌های قبلی و داروهای تجویز شده
۹	۶. انگیزه درمان
۱۰	۷. مسائل و مشکلات
۱۱	۸. شرایط
۱۱	۹. سؤالات پایانی

مشکلی را که اغلب با آن مواجه هستید، علامت بزنید. اگر بیش از یک مشکل در مورد شما صدق می‌کنند، آن موردی را علامت بزنید که در حال حاضر با آن بیشترین مشکل را دارید.

هم اکنون

<input type="checkbox"/>	۱ الکل	<input type="checkbox"/>	۶	اکستازی / CTX (AMDM) یا مواد دیگری مانند ADM, AEDM یا (۲BC)
<input type="checkbox"/>	۲ تنباکو (سیگار، شگ، سیگاربرگ، چُپُقی (پیپ)، انفیه)	<input type="checkbox"/>	۷	توهم‌زاها (BCP، کیتامین‌ها، مسکالین، سیلوسایبین، TMD، DSL)
<input type="checkbox"/>	۳ شاهدانه (حشیش، ماری‌جوانا، علف)	<input type="checkbox"/>	۸	مواد مخدر دیگر (BHG، مواد استنشاقی، گازخنده‌آور، پاپر) بنویسید کدام مواد:
<input type="checkbox"/>	۴ مواد افیونی (هروئین، متادون، بوپرنورفین، مورفین، گُدُنین، اُکسی‌گُدون، فنتانیل)	<input type="checkbox"/>	۹	آرام‌بخش‌ها (داروهای آرام‌بخش، داروهای خواب‌آور، بنزودیازپین‌ها)
<input type="checkbox"/>	۵ محرک‌ها (کوکائین، آمفیتامین‌ها، مواد دیگر مانند متیل‌فنیدات، قات)	<input type="checkbox"/>	۱۰	قماربازی بنویسید کدام بازی قمار:

4a برای پرسش‌های زیر به موادی فکر کنید که بیشتر با آن مشکل دارید.

۱۲ ماه

علامت بزنید بله یا خیر.		«آیا شما در ۲۱ ماه گذشته...»	
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۱ .. به طور منظم تمایل شدید به مصرف مواد داشتید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۲ .. به طور منظم آرزو داشتید، مصرف مواد را کنار بگذارید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۳ .. زمان زیادی را صرف تهیه مواد، مصرف آن و بهبود یافتن از اثرات آن کرده‌اید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۴ .. متوجه شدید که برای داشتن همان تأثیر به مقدار بیشتری از مواد نیاز دارید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۵ .. آیا پس از تلاش برای کاهش مصرف یا قطع کامل مصرف احساس بیماری یا ناخوشی کرده‌اید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۶ .. اغلب مقدار بیشتر و یا مدت بیشتری مصرف کرده‌اید از آنچه در نظر داشتید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۷ .. مصرف را ادامه داده‌اید، با وجود اینکه می‌دانستید که مصرف مواد باعث مشکلات سلامتی، احساسی و روحی می‌شود؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۸ .. مصرف را ادامه دادید با وجود اینکه می‌دانستید که مصرف مواد باعث بروز مشکلات با خانواده، با دوستان، در محل کار و در مدرسه می‌شود؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۹ .. به دلیل مصرف مواد فعالیتهای مهم مانند ورزش، کار یا وقت گذراندن با دوستان و خویشاوندان را کاهش داده یا کنار گذاشتید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۱۰ .. بدلیل مصرف مواد به طور منظم به خوبی به تعهدات خود در مدرسه، در محل کار یا در خانه عمل نکردید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۱۱ .. بیش از یکبار در موقعیتهایی با افزایش خطر آسیب بالا مصرف کرده‌اید (مانند نوحه بودن در حال بردن اسکوتر یا ماشین و یا استفاده از چاقو یا کار با ماشین‌آلات)؟

4b اگر مشکل قماربازی دارید، به پرسش‌های زیر پاسخ دهید. اگر نه، به سؤال ۱۱ بروید.

۱۲ ماه

علامت بزنید بله یا خیر.		«در ۲۱ ماه گذشته...»	
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۱ .. آیا اغلب در فکر قمار غرق شده‌اید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۲ .. برای رسیدن به رضایت کافی باید همواره پول بیشتری خرج می‌کردید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۳ .. مکرراً سعی کردید قماربازی را کنترل کرده، محدود کرده یا ترک کنید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۴ .. هنگام تلاش برای کاهش یا ترک قمار ناآرام یا حساس شده‌اید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۵ .. اغلب بازی می‌کردید در لحظاتی که استرس داشتید (بعنوان مثال زمانی که درمانده بودید، احساس گناه می‌کردید، اضطراب یا افسردگی داشتید؟)
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۶ .. اغلب بعد از باخت دوباره بازی کردید تا باخت را جبران کنید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۷ .. برای پنهان کردن میزان قمار خود دروغ گفتید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۸ .. بخاطر قماربازی ریسک کرده‌اید که یک رابطه مهم، شغل خود یا فرصت تحصیلی یا فرصت پیشرفت شغلی را از دست بدهید یا از دست داده‌اید؟
<input type="checkbox"/>	بله	<input type="checkbox"/>	۹ .. برای غلبه بر مشکلات مالی ناشی از قمار به حمایت مالی دیگران اتکا کرده‌اید؟

پرسش‌های زیر در مورد مصرف مشروبات الکلی، تنباکو، مواد مخدر و قماربازی است.

آیا دوره‌هایی در زندگی شما بوده‌است که مواد زیر را مصرف می‌کردید:

اگر در زمان‌هایی بطور مرتب مصرف کرده‌اید، چه مدت این مصرف مداوم در مجموع در زندگی شما به طول انجامیده است؟

† در زیر منظور لیوان‌هایی است که معمولاً از آن آشامیده می‌شود. این لیوان‌ها لیوان‌های استاندارد هم نامیده می‌شوند. † یک لیوان آبجو کمی بیشتر از یک لیوان استاندارد است، یعنی ۲,۱ لیوان استاندارد. نیم لیتر آبجو دو لیوان استاندارد است.

۱ الکل

تقریباً
عمر

بیش از ۲۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱ تا ۵ سال	کمتر از یک سال	بله، در زمان‌هایی بیشتر از ۲۸ (برای آقایان) یا ۲۱ (برای خانمها) لیوان در هفته مصرف کرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	بله، ولی هرگز نه بیشتر از ۲۸ (برای آقایان) و ۲۱ (برای خانمها) لیوان در هفته.	هرگز مصرف نکرده‌ام	۱ الکل
بیش از ۲۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱ تا ۵ سال	کمتر از یک سال	بله، در زمان‌هایی هر روز مصرف کرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	بله، ولی هرگز هر روز مصرف نکرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	۲ تنباکو (سیگار، شگ، سیگاربرگ، چُپُتی (پیپ)، انفیه)
بیش از ۲۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱ تا ۵ سال	کمتر از یک سال	بله، در زمان‌هایی حداقل یکبار در هفته مصرف کرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	بله، ولی هرگز حداقل یکبار در هفته مصرف نکرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	۳ شاهدانه (حشیش، ماری‌جوآنا، علف)
بیش از ۲۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱ تا ۵ سال	کمتر از یک سال	بله، در زمان‌هایی حداقل یکبار در هفته مصرف کرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	بله، ولی هرگز حداقل یکبار در هفته مصرف نکرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	۴ مواد افیونی (هروئین، متادون، بوپرنورفین، مورفین، گُدئین، اُکسی‌گُدون، فنتانیل)
بیش از ۲۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱ تا ۵ سال	کمتر از یک سال	بله، در زمان‌هایی حداقل یکبار در هفته مصرف کرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	بله، ولی هرگز حداقل یکبار در هفته مصرف نکرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	۵ محرک‌ها (کوکائین، آمفیتامین‌ها، مواد دیگر مانند متیل‌فنیدات، قات)
بیش از ۲۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱ تا ۵ سال	کمتر از یک سال	بله، در زمان‌هایی حداقل یکبار در هفته مصرف کرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	بله، ولی هرگز حداقل یکبار در هفته مصرف نکرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	۶ اِکستازی / AMDM) CTX یا مواد دیگری مانند ADMAEDM یا BC (۲)
بیش از ۲۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱ تا ۵ سال	کمتر از یک سال	بله، در زمان‌هایی حداقل یکبار در هفته مصرف کرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	بله، ولی هرگز حداقل یکبار در هفته مصرف نکرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	۷ توهم‌زاها (BCP)، کتامین‌ها، مسکالین، سیلوسایبین، (DSL، TMD)
بیش از ۲۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱ تا ۵ سال	کمتر از یک سال	بله، در زمان‌هایی حداقل یکبار در هفته مصرف کرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	بله، ولی هرگز حداقل یکبار در هفته مصرف نکرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	۸ مواد مخدر دیگر (BHG)، مواد استنشاقی، گازخنده‌آور، پاپر) بنویسید کدام مواد:
بیش از ۲۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱ تا ۵ سال	کمتر از یک سال	بله، در زمان‌هایی حداقل یکبار در هفته مصرف کرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	بله، ولی هرگز حداقل یکبار در هفته مصرف نکرده‌ام.	هرگز مصرف نکرده‌ام	۹ آرام‌بخش‌ها (داروهای آرام‌بخش، داروهای خواب‌آور، بنزودیازپین‌ها)
بیش از ۲۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱ تا ۵ سال	کمتر از یک سال	بله، در زمان‌هایی هر هفته بازی کرده‌ام	هرگز مصرف نکرده‌ام	بله، ولی هرگز هر هفته بازی نکرده‌ام	هرگز مصرف نکرده‌ام	۱۰ قماربازی بنویسید کدام بازی قمار:

در ۰۳ روز گذشته چند بار مصرف کرده‌اید:

روز ۳۰

a1	الکل	هیچوقت	۱ دفعه	چند دفعه	۱ یا ۲ دفعه در هفته	۳ تا ۴ دفعه در هفته	۵ تا ۶ دفعه در هفته	هر روز	
b1	<p>† در زیر منظور لیوان‌هایی است که معمولاً از آن آشامیده می‌شود. این لیوان‌ها لیوان‌های استاندارد هم نامیده می‌شوند.</p> <p>† یک لیوان آبجو کمی بیشتر از یک لیوان استاندارد است، یعنی ۲,۱ لیوان استاندارد. نیم لیتر آبجو دو لیوان استاندارد است.</p>	دوشنبه	سه‌شنبه	چهارشنبه	پنج‌شنبه	جمعه	شنبه	یک‌شنبه	
		لیوان‌ها	لیوان‌ها	لیوان‌ها	لیوان‌ها	لیوان‌ها	لیوان‌ها	لیوان‌ها	لیوان‌ها
		<p>برای هرروز تعداد لیوان‌هایی را که در ۰۳ روز گذشته در یک هفته معمولی نوشیده‌اید، بنویسید. اگر در یک روز هیچی نوشیده‌اید، بنویسید «۰».</p>							
a2	تنباکو (سیگار، شگ، سیگاربرگ، چُپتی (پیپ)، انفیه)	هیچوقت	۱ دفعه	چند دفعه	۱ یا ۲ دفعه در هفته	۳ تا ۴ دفعه در هفته	۵ تا ۶ دفعه در هفته	هر روز	
b2	بنویسید چه مقدار شما معمولاً در یک روز کشیده‌اید	سیگار / سیگار دست‌پیچ / سیگار برگ و غیر در روز							
۳	شاهدانه (حشیش، ماری‌جوانا، علف)	هیچوقت	۱ دفعه	چند دفعه	۱ یا ۲ دفعه در هفته	۳ تا ۴ دفعه در هفته	۵ تا ۶ دفعه در هفته	هر روز	
۴	مواد افیونی (هروئین، متادون، بوپرنورفین، مورفین، کُدین، اکسی‌کُدون، فنتانیل)	هیچوقت	۱ دفعه	چند دفعه	۱ یا ۲ دفعه در هفته	۳ تا ۴ دفعه در هفته	۵ تا ۶ دفعه در هفته	هر روز	
۵	محرک‌ها (کوکائین، آمفیتامین‌ها، مواد دیگر مانند متیل‌فنیدات، قات)	هیچوقت	۱ دفعه	چند دفعه	۱ یا ۲ دفعه در هفته	۳ تا ۴ دفعه در هفته	۵ تا ۶ دفعه در هفته	هر روز	
۶	اکستازی / <i>AMDM CTX</i> یا مواد دیگری مانند <i>ADM, AEDM</i> یا <i>BC</i>	هیچوقت	۱ دفعه	چند دفعه	۱ یا ۲ دفعه در هفته	۳ تا ۴ دفعه در هفته	۵ تا ۶ دفعه در هفته	هر روز	
۷	توهم‌زاها (<i>BCP</i> ، کتامین‌ها، مسکالین، سیلوسایبین، <i>TMD</i> ، <i>DSL</i>)	هیچوقت	۱ دفعه	چند دفعه	۱ یا ۲ دفعه در هفته	۳ تا ۴ دفعه در هفته	۵ تا ۶ دفعه در هفته	هر روز	
۸	مواد مخدر دیگر (<i>BHG</i>)، مواد استنشاقی، گازخنده‌آور، پاپر)	هیچوقت	۱ دفعه	چند دفعه	۱ یا ۲ دفعه در هفته	۳ تا ۴ دفعه در هفته	۵ تا ۶ دفعه در هفته	هر روز	
۹	آرام‌بخش‌ها (داروهای آرام‌بخش، داروهای خواب‌آور، بنزودیازپین‌ها)	هیچوقت	۱ دفعه	چند دفعه	۱ یا ۲ دفعه در هفته	۳ تا ۴ دفعه در هفته	۵ تا ۶ دفعه در هفته	هر روز	
۰۱	قماربازی	هیچوقت	۱ دفعه	چند دفعه	۱ یا ۲ دفعه در هفته	۳ تا ۴ دفعه در هفته	۵ تا ۶ دفعه در هفته	هر روز	

پرسش‌های زیر در مورد افکار و احساسات شما درباره مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر یا قماربازی است. به موادی فکر کنید که با آنها بیشترین مشکل را دارید. اگر مشکل شما بیشتر با قماربازی است، قسمت «بازی» را بجای «مصرف» بخوانید.

لطفاً جمله‌ای را علامت بزنید که بیش از همه با شرایط شما مطابقت دارد. اگر زمان دیگری ذکر نشده، سؤال در رابطه با ۷ روز گذشته است.

۷ روز

۱ اگر شما مواد مصرف نمی‌کنید، چه مدت تصور، فکر و انگیزه و یا تصاویر مصرف مواد شما را به خود مشغول می‌کند؟

- ۰ هیچ
- ۱ کمتر از یک ساعت در روز
- ۲ ۱ تا ۳ ساعت در روز
- ۳ ۴ تا ۸ ساعت در روز
- ۴ بیشتر از ۸ ساعت در روز

۲ چند بار این افکار و تصورات به ذهن شما می‌آید؟

- ۰ هرگز
- ۱ به ندرت بیشتر از ۸ بار در روز.
- ۲ بیشتر از ۸ بار در روز، ولی اغلب ساعات روز از این افکار و تصورات آزادم.
- ۳ بیشتر از ۸ بار در روز و طی اغلب ساعات روز.
- ۴ این افکار بیشتر از حد شمارش است و تقریباً همیشه درگیر این افکار هستم.

۳ زمانی که مصرف نمی‌کنید چقدر شما از تصور، افکار، انگیزه و تصاویر مصرف مواد رنج می‌برید، و اینکه چقدر این موضوع شما را آزار می‌دهد؟

- ۰ به هیچ وجه باعث ناراحتی و مزاحمت من نمی‌شود.
- ۱ بسیار کم، به ندرت یا چندان مرا آزار نمی‌دهد.
- ۲ نسبتاً مکرر و آزاردهنده، اما من هنوز می‌توانم آن را تحمل کنم.
- ۳ قوی و بسیار مکرر و بسیار آزاردهنده.
- ۴ بسیار قوی، تقریباً همیشه، بر همه چیز دیگر چیره می‌شود.

وقتی مصرف نمی‌کنید، چقدر سعی می‌کنید، در مقابل آن افکار مقاومت کنید،| به آنها بی‌اعتنایی کنید و به چیزهای دیگر توجه کنید؟ (میزان تلاش خود را برای مقابله با این افکار درج کنید، نه موفقیت یا شکستی که با آن روبرو شدید.)

- ۰ من آنقدر به ندرت چنین افکاری دارم که نیازی به مبارزه با آنها نیست. ولی اگر وقتی چنین افکاری بوجود می‌آیند، همیشه سعی می‌کنم در برابر آنها مقاومت کنم.
- ۱ بیشتر اوقات سعی می‌کنم با این افکار مقابله کنم.
- ۲ من برای مقابله با این افکار بسیار تلاش می‌کنم.
- ۳ من افکارم را آزاد می‌گذارم، و سعی نمی‌کنم آنها را کنترل کنم. ولی احساس بدی نسبت به این موضوع دارم.
- ۴ من این افکار را کاملاً آزاد می‌گذارم.

۵ تمایل شما برای مصرف این مواد چقدر قوی است؟

- ۰ من هیچ تمایلی به مصرف این مواد ندارم.
- ۱ من تمایل کمی برای مصرف این مواد دارم.
- ۲ من تمایل زیادی به مصرف این مواد دارم.
- ۳ من تمایل بسیار زیادی به مصرف این مواد دارم.
- ۴ میل به مصرف این مواد کاملاً طاقت‌فرسا و غیر قابل کنترل است.

3a

پرسش‌های زیر در رابطه با کسالت‌های جسمی است.

در ۰۳ روز گذشته چقدر رنج کشیدید از:

	اصلاً	به ندرت	گاهی اوقات	اغلب اوقات	همیشه
۱ بی‌اشتهایی	۰	۱	۲	۳	۴
۲ خستگی / بی‌حالی	۰	۱	۲	۳	۴
۳ حالت تهوع	۰	۱	۲	۳	۴
۴ معده درد	۰	۱	۲	۳	۴
۵ تنگی نفس	۰	۱	۲	۳	۴
۶ درد قفسه سینه	۰	۱	۲	۳	۴
۷ درد مفصل / انعطاف ناپذیری استخوان‌ها	۰	۱	۲	۳	۴
۸ ماهیچه درد	۰	۱	۲	۳	۴
۹ بی‌حسی / سوزن سوزن شدن (در بازوها و پاها)	۰	۱	۲	۳	۴
۱۰ لرزیدن	۰	۱	۲	۳	۴

3b

اگر موارد زیر در مورد شما صدق می‌کند، درج کنید. علامت بزنید بله یا خیر.

۱ آیا باردار هستید؟	بله	خیر
۲ به یک بیماری جدی یا مسری مبتلا هستید، به عنوان مثال بیماری قلبی، دیابت، هیپاتیت، اچ آی وی و VIH؟ نوع بیماری یا بیماری‌ها را درج کنید نوع بیماری یا بیماری‌ها را درج کنید	بله	خیر
۳ آیا علائمی از بیماری دارید، مانند رنگ پریدگی شدید، پف کردگی صورت، کبودی، مشکلات در راه رفتن، ورم پاها، لاغری شدید یا متورم شدن شکم، آبرسه یا خارش شدید؟	بله	خیر
۴ آیا با علائم مسمومیت یا علائم ناشی از ترک مواد مانند: لرزش، اختلالات در هماهنگی حرکات، گفتار نامفهوم، راه رفتن ناپایدار، حمله و تشنج، عرق کردن، ناهنجاری مردمک چشم روبرو هستید؟	بله	خیر
۵ آیا گاهی اوقات گیج یا فراموش کار هستید؟	بله	خیر
۶ آیا در ۰۳ روز گذشته آرزوی مردن داشتید یا فکر کردید که بهتر می‌بود که بمیرید؟	بله	خیر
۷ آیا در ۰۳ روز گذشته برنامه‌ریزی کرد که خود را بکشید یا اقدام به خودکشی کردید؟	بله	خیر
۸ آیا در ۰۳ روز گذشته چیزهایی دیدید یا شنیدید که انسان‌های دیگر نمی‌توانند ببینند یا بشنوند؟	بله	خیر
۹ آیا در ۰۳ روز گذشته فکر کردید که دیگر انسان‌ها بر علیه شما توطئه می‌کنند؟	بله	خیر

پرسش‌های زیر در رابطه با افسردگی، ترس و اضطراب و استرس است.

لطفاً هر عبارت را بخوانید و شماره‌های ۰، ۱، ۲ و ۳ را علامت بزنید تا نشان دهید کدام عبارت در هفته گذشته در مورد شما صدق کرده است. هیچ پاسخی درست یا غلط نیست. سعی کنید بدون فکرکردن عمیق یک پاسخ را انتخاب کنید.

مقیاس رتبه‌بندی به شرح زیر است:

۰ = اصلاً

۱ = کم

۲ = زیاد

۳ = زیاد خیلی

روز ۷	زیاد خیلی	زیاد	کم	اصلاً	
	۳	۲	۱	۰	۱ برایم مشکل است که آرام بگیرم.
	۳	۲	۱	۰	۲ متوجه شده‌ام که دهانم خشک می‌شود.
	۳	۲	۱	۰	۳ فکر نمی‌کنم بتوانم هیچ نوع احساس خوبی (احساس مثبتی) را تجربه کنم.
	۳	۲	۱	۰	۴ تنفس کردن برایم مشکل می‌شود.
	۳	۲	۱	۰	۵ برایم سخت است که در انجام کارها پیشقدم شوم.
	۳	۲	۱	۰	۶ به موقعیتها به طور افراطی واکنش نشان می‌دهم.
	۳	۲	۱	۰	۷ در بدنم احساس لرزش می‌کنم (مثلاً در دستها و پاهایم).
	۳	۲	۱	۰	۸ احساس می‌کنم انرژی روانی زیادی مصرف می‌کنم.
	۳	۲	۱	۰	۹ نگرانم که مبدا در بعضی موقعیتها دچار ترس شوم یا به کار احمقانه‌ای دست بزنم.
	۳	۲	۱	۰	۱۰ احساس می‌کنم چیزی ندارم که منتظرش باشم.
	۳	۲	۱	۰	۱۱ خودم را پریشان و سردرگم احساس می‌کنم.
	۳	۲	۱	۰	۱۲ آرام بودن و در آرامش بسر بردن برایم مشکل است.
	۳	۲	۱	۰	۱۳ احساس دلدردگی و دلشکستگی دارم.
	۳	۲	۱	۰	۱۴ نسبت به هر چیزی که مرا از کار بازدارد بی‌تحمل و ناپردبارم (صبر و تحمل ندارم).
	۳	۲	۱	۰	۱۵ احساس می‌کنم هر لحظه ممکن است دچار ترس و وحشت شوم.
	۳	۲	۱	۰	۱۶ قادر نیستم درباره چیزها شور و شوق از خود نشان دهم.
	۳	۲	۱	۰	۱۷ احساس می‌کنم به عنوان یک فرد ارزش زیادی ندارم.
	۳	۲	۱	۰	۱۸ فکر می‌کنم بسیار حساس و زودرنج هستم.
	۳	۲	۱	۰	۱۹ بدون آنکه هیچگونه فعالیت بدنی انجام بدهم متوجه شده‌ام که قلبم غیر عادی کار می‌کند (مثلاً ضربان شدید قلب یا از کار افتادن آن برای چند لحظه).
	۳	۲	۱	۰	۲۰ بدون دلیل موجهی احساس ترس می‌کنم.
	۳	۲	۱	۰	۲۱ احساس می‌کنم زندگی بی‌معناست.

5a

پرسش‌های زیر در رابطه با درمان‌ها می‌باشند.

۵ سال

در ۵ سال گذشته چند بار تحت درمان سرپایی یا درمان روزانه در کلینیک قرار گرفته‌اید؟
 † توجه: یک درمان شامل چندین قرارملاقات و جلسه است. لطفاً نه تعداد جلسات بلکه تعداد درمان‌های تکمیل شده را بنویسید.

بله ←
 خیر
 چند تا؟

بله ←
 خیر
 آیا این در ۵ سال گذشته بوده است؟

آیا تا به حال بدلیل اختلالات ناشی از مواد تحت درمان بوده‌اید؟

در ۵ سال گذشته چند دفعه برای درمان در کلینیک بستری شده‌اید؟

بله
 خیر

آیا در حال حاضر (یا در ۲۱ ماه گذشته) تحت درمان روانپزشک یا روانشناس هستید؟

۱۳ ماه

5b

پرسش‌های زیر در مورد داروهایی است که پزشک برای شما تجویز کرده است.

هم اکنون

بله ←
 خیر
 کدام؟

آیا برای شما بخاطر اعتیادتان دارو تجویز شده است؟

بله ←
 خیر
 کدام؟

آیا برای شما بخاطر مشکلات روحی و روانی دارو تجویز شده است؟

بله ←
 خیر
 کدام؟

آیا بخاطر بیماری‌های دیگر برای شما دارو تجویز شده است؟

پرسش‌های زیر به نحوه فکر شما در مورد مصرف‌تان مربوط می‌شود. پرسش‌های زیر به نحوه فکر شما در مورد مصرف‌تان مربوط می‌شود. لطفاً برای هر عبارت بنویسید که تا چه حد در مورد شما صدق می‌کند.

مصرف مواد من . . .	صدق نمی‌کند	کمی صدق می‌کند	تا حدی صدق می‌کند	موافق	کاملاً صدق می‌کند
۱ . . . یک مشکل برای من است.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲ . . . زیان آن بیشتر از سود آن است.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳ . . . باعث مشکلات قانونی می‌شود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴ . . . باعث اختلال در تمرکز حواس می‌شود و نمی‌گذارد کارم را انجام بدهم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵ . . . باعث مشکلات با خانواده یا دوستان می‌شود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶ . . . باعث مشکلات در یافتن یا حفظ شغل می‌شود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷ . . . ۷ باعث مشکلات سلامتی می‌شود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸ . . . وضعیت زندگی من را بدتر و بدتر می‌کند.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹ . . . من را خواهد کشت اگر به زودی ترک نکنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

پرسش‌های زیر در مورد نظر شما در مورد دریافت کمک و درمان مصرف مواد است. اگر در حال حاضر تحت درمان هستید، سؤالات زیر به درمان فعلی مربوط می‌شود.

مصرف مواد من . . .	صدق نمی‌کند	کمی صدق می‌کند	تا حدی صدق می‌کند	موافق	کاملاً صدق می‌کند
۰۱ برای کنترل مصرف مواد به کمک نیاز دارم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱ در حال حاضر تعهدات زیادی دارم و نمی‌توانم درمان شوم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۱ درمان برای من خیلی سخت خواهد بود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۱ من واقعاً فوراً به کمک نیاز دارم تا مصرف مواد را متوقف کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۱ ممکن است که درمان آخرین فرصت من برای کنترل مصرف مواد باشد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵۱ من از مشکلات ناشی از مصرف مواد خسته شده‌ام.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶۱ برای حل مشکلاتم با مصرف مواد دوستان و آشنایانم را ترک می‌کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷۱ دریافت درمان کمک زیادی به من نخواهد کرد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸۱ من قصد دارم برای مدت طولانی‌تری تحت درمان قرار بگیرم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹۱ من می‌توانم مصرف مواد را بدون کمک ترک کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۰۲ من فقط به این دلیل به دنبال درمان هستم چرا که شخص دیگری مرا مجبور به این کار می‌کند.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲ زندگی من از کنترل خارج شده‌است.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۲ درمان واقعاً می‌تواند به من کمک کند.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۲ من می‌خواهم کنترل زندگی‌م را دوباره به دست بگیرم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۲ من می‌خواهم درمان شوم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

پرسش‌های زیر مربوط به مشکلاتی است که در زمینه‌های مختلف زندگی خود داشته‌اید. بنویسید چندین دفعه با مشکلات مواجه شده‌اید و در ۰۳ روز گذشته چند بار احساس محدودیت کرده‌اید.

مقیاس رتبه‌بندی به شرح زیر است:

- ۰ = مشکلی نداشته‌ام یا اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند.
- ۱ = به ندرت مشکل داشتم یا محدودیت‌های کمی داشتم
- ۲ = گاهی مشکل یا تاحدی محدودیت داشتم
- ۳ = اکثر اوقات مشکل و محدودیت‌های شدیدی داشتم
- ۴ = همیشه مشکل و محدودیت‌های کامل داشتم

۲۰ روز

	خبر / هیچ / صحیح است	به ندرت / کمی	گاهی / متوسط	مکرر / شدید	همیشه / کلاً	
۱	۰	۱	۲	۳	۴	آیا با شریک زندگی خود مشکل داشتید؟ (یا نداشتن شریک زندگی برای شما مشکل بوده است؟)
۲	۰	۱	۲	۳	۴	آیا در برخورد با فرزند (فرزندان) خود مشکل داشته‌اید؟
۳	۰	۱	۲	۳	۴	آیا با خانواده یا دوستان مشکل داشته‌اید؟
۴	۰	۱	۲	۳	۴	آیا در برخورد با کارفرمای خود / نیروهای متخصص / ارائه دهندگان خدمات یا کارمندان سیستم مراقبت بهداشتی مشکل داشته‌اید؟
۵	۰	۱	۲	۳	۴	آیا برای شما برقرار کردن رابطه یا معاشرت با دیگران مشکل بوده است؟
۶	۰	۱	۲	۳	۴	آیا با کار یا تحصیل خود مشکل داشته‌اید؟
۷	۰	۱	۲	۳	۴	آیا با مدیریت پول خود با مشکل مواجه شده‌اید؟
۸	۰	۱	۲	۳	۴	آیا گذراندن اوقات فراغت یا مرخصی گرفتن برای شما مشکل بوده است (مانند ورزش کردن، استراحت کردن)؟
۹	۰	۱	۲	۳	۴	آیا در فعالیتهای معنوی یا مذهبی (مانند جوامع مذهبی یا معنوی، دیگر فعالیت‌ها برای یافتن معنای زندگی) با مشکل مواجه شده‌اید؟
۱۰	۰	۱	۲	۳	۴	آیا بی‌خانمان بوده‌اید یا مشکلات دیگری در رابطه با شرایط خانه داشته‌اید؟
۱۱	۰	۱	۲	۳	۴	آیا انجام تکالیف منزل مانند خرید، فراهم کردن و پخت و پز غذا یا کارهای خانه برای شما سخت بوده است؟
۲۱	۰	۱	۲	۳	۴	آیا مراقبت از خود، یعنی شستن و نظافت بدن و پوشیدن لباس برای شما دشوار بوده است؟
۳۱	۰	۱	۲	۳	۴	آیا برای شما یافتن یک مکان خواب امن یا لباس محافظ سخت بوده است؟
۴۱	۰	۱	۲	۳	۴	آیا تغذیه سالم و تندرست ماندن برای شما سخت بوده است؟
۵۱	۰	۱	۲	۳	۴	آیا پیروی از توصیه‌های پزشکی یا همکاری در مراحل درمان برای شما مشکل بوده است؟ آیا از مراجعه به پزشک خودداری می‌کرده‌اید، حتی اگر این امر الزامی بوده است؟
۶۱	۰	۱	۲	۳	۴	آیا تماسی جنسی حفاظت نشده با اشخاص مختلف داشته‌اید، در حالی که تحت تأثیر مواد مخدر (یا الکل) بوده‌اید در ترافیک حضور داشته‌اید یا از سرنگ‌های غیر استریل استفاده کرده‌اید؟
۷۱	۰	۱	۲	۳	۴	آیا برای شما برنامه‌ریزی کارهای روزمره و انجام آنها مشکل بوده است؟
۸۱	۰	۱	۲	۳	۴	آیا برای شما مقابله با استرس در مواقع دشوار یا تحمل فشار در انجام تکالیف پر مسئولیت مشکل بوده است؟
۹۱	۰	۱	۲	۳	۴	آیا یادگیری مطالب جدید، حل مشکلات یا تصمیم‌گیری برای شما دشوار بوده است؟

۸. شرایط

سؤالات زیر به شرایطی مربوط می‌شود که تاثیر منفی بر توانایی شما برای بهبود یافتن یا تغییر مقدار مصرف الکل یا استعمال مواد مخدر یا قماربازی دارند. این سؤالات مربوط به ۰۳ روز گذشته است.

مقیاس رتبه‌بندی به شرح زیر است:

۰ = بدون تاثیر منفی یا وجود ندارد

۱ = تاثیر منفی خفیف

۲ = تاثیر منفی متوسط

۳ = تاثیر منفی قابل توجه

۴ = تاثیر منفی فوق‌العاده

هیچ وجود ندارد	کمی	در حد متوسط	بسیار زیاد	خارق‌العاده	
۰	۱	۲	۳	۴	۱ آیا افرادی در اطراف شما هستند که تاثیر منفی در بازایی سلامت شما دارند؟
۰	۱	۲	۳	۴	۲ آیا در سال گذشته شما شخص مهمی را در زندگی از دست داده‌اید، به عنوان مثال از طریق مرگ یا طلاق؛ و آیا این مورد تاثیر منفی در بازایی سلامت شما داشته است؟
۰	۱	۲	۳	۴	۳ آیا با برخوردهای اجتماعی در برابر اشخاصی که مشکلات روانی دارند مواجه هستید که تاثیر منفی بر بازایی سلامت شما دارند؟
۰	۱	۲	۳	۴	۴ آیا در زمینه قضایی یا حقوقی رویکرد یا موردی وجود دارد که تاثیر منفی در بازایی سلامت شما داشته باشد؟
۰	۱	۲	۳	۴	۵ آیا شرایط دیگری وجود دارد که تاثیر منفی بر بازایی سلامت شما دارد؟ اگر در مورد شما صدق می‌کند، این شرایط منفی را درج کنید. علامت بزنید، تاثیر منفی تا چه حد است. اگر فاکتورهای منفی دیگری وجود ندارد، "۰" علامت بزنید.

۳۰ روز

۹. سؤالات پایانی

صدق نمی‌کند	کمی صدق می‌کند	تا حدی صدق می‌کند	موافق	کاملاً صدق می‌کند	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱ من سؤالات را کاملاً فهمیدم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲ تکمیل پرسشنامه برای من آسان بود.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳ به نظر من این سؤالات برای تشریح مشکلات من مهم هستند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴ بنظر من تعداد سؤالات زیاد هستند.
					۵ تکمیل پرسشنامه حدوداً چند دقیقه طول کشید؟ دقیقه
					۶ اگر در تکمیل پرسشنامه با مشکل مواجه شدید، این مشکلات کدامند؟
					۷ آیا مطالبی هستند که هنوز بیان نشده‌اند ولی برای مشورت دادن به شما مهم هستند؟ بله ← خیر کدام؟