

أستبيان الأكتئاب

المعلومات الشخصية :

الأسم :		
رقم الملف:	الجوال:	
العمر :	الجنس:	

أستبيان الاكتئاب:

- أجب على الأسئلة التالية باختيار الأجابة المناسبة: يجب ان تكون اجابتك دقيقة وشاملة لغالبية الأيام أو الوقت ولمدة أسبوعين على الأقل خلال الشهر الماضي.

لا	نعم	
		1- هل شعرت بالحزن أو تعكر المزاج ؟
		2- هل شعرت بعدم السعادة أو فقدان الاهتمام بالحياة ؟
		3- هل شعرت بالإرهاق والخمول ؟

- في حال الإجابة بنعم على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه هل تعاني مما يلي:

لا	نعم	
		4- اضطراب النوم
		5- قلة التركيز او التردد
		6- عدم الثقة بالنفس
		7- قلة أو زيادة الشهية
		8- محاولة الانتحار أو التفكير فيه
		9- الهيجان او السكون
		10- الشعور بالذنب أو لوم النفس

*INTERPRETATION:

NOT DEPRESSED (FEWER THAN FOUR SYMPTOMS)

MILD DEPRESSION (FOUR SYMPTOMS)

MODERATE DEPRESSION (FIVE TO SIX SYMPTOMS)

SEVERE DEPRESSION (SEVEN OR MORE SYMPTOMS)

مقياس شدة الأرق (فقط لمن يعاني من الأرق)

- يحتوي مؤشر شدة الأرق على سبعة أسئلة ويتم حساب مجموع الإجابات للحصول على الدرجة الإجمالية.
- فضلاً قم بأختيار إجابته واحدة فقط لكل سؤال مما يلي:

1- فضلاً، قم بتقييم شدة الأرق لديك خلال الأسبوعين الماضيين بأختيار إجابة واحدة دقيقة لكل مشكلة من مشاكل الأرق التالية:

مشاكل الأرق	لا يوجد (0)	معتدل (1)	متوسط (2)	شديد (3)	شديد جداً (4)
أ- صعوبة الدخول في النوم					
ب- صعوبة النوم بشكل متواصل					
ت- الاستيقاظ لا إرادياً مبكر جداً قبل الموعد المطلوب					

2- مامدى رضاك/عدم رضاك عن نمط نومك الحالي؟

راض جداً (0)	راض (1)	راض بدرجة متوسطة (2)	غير راض (3)	غير راض أبداً (4)
--------------	---------	----------------------	-------------	-------------------

3- مامدى ملاحظة الآخرين لمشاكل نومك من حيث تأثير ذلك على حياتك ؟

غير ملحوظ أبداً (0)	ملحوظ بدرجة قليلة (1)	إلى حد ما (2)	ملحوظ بدرجة كبيرة (3)	ملحوظ بدرجة كبيرة جداً (4)
---------------------	-----------------------	---------------	-----------------------	----------------------------

4- مامدى قلقك فيما يخص مشاكل نومك حالياً؟

غير قلق أبداً (0)	قلق بدرجة قليلة (1)	إلى حد ما (2)	قلق بدرجة كبيرة (3)	قلق بدرجة كبيرة جداً (4)
-------------------	---------------------	---------------	---------------------	--------------------------

5- ألى أي مدى تعتقد أن مشاكل النوم لديك تؤثر على حياتك اليومية حالياً (مثل: الشعور بالأرهاق خلال النهار، حالة المزاج العام، القدرة على العمل وأنجاز المهام اليومية، التركيز، الخ)؟

لا تؤثر إطلاقاً (0)	ملحوظ بدرجة قليلة (1)	إلى حد ما (2)	ملحوظ بدرجة كبيرة (3)	ملحوظ بدرجة كبيرة جداً (4)
---------------------	-----------------------	---------------	-----------------------	----------------------------

- TOTAL SCORE = _____
INTERPRETATION: _____

TOTAL SCORE CATEGORIES:

0 – 7 = NO CLINICALLY SIGNIFICANT INSOMNIA

8 – 14 = SUB – THRESHOLD INSOMNIA

15 -21 = CLINICAL INSOMNIA (MODERATE SEVERITY)