

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----



پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس؛ دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم؛ دانشگاه علوم پزشکی تهران

پرسشنامه برنامه سلامت سالمندی بوشهر

فاز دوم - مرحله اول

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

حوزه		خوشه	
کد شرکت کننده			>>

رضایت نامه شرکت در مطالعه

من می دانم که افزایش سن با مسائل و مشکلات سلامت همراه است که در صورت توجه نکردن می تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. بسیاری از این مشکلات قابل پیشگیری و درمان بوده و در صورت شناسایی به موقع و درمان صحیح به افزایش طول عمر و کیفیت زندگی فرد می انجامد. بیماری های قلبی و عروقی، مشکلات ذهنی و مغزی، بیماری های اسکلتی و عضلانی و سرطان ها از مهم ترین تهدیدهای سلامت در سالمندی به شمار می روند.

من می دانم در این پروژه، پژوهشگران دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و تهران به سرپرستی آقای دکتر ایرج نبی پور و آقای دکتر باقر لاریجانی، اساتید دانشگاه، در جستجوی آن هستند که بدانند چه عواملی سلامت افراد ۵۰ سال و بیشتر ساکن شهر بوشهر را تهدید می کند و شیوع هر کدام از این عوامل چقدر است. همچنین می دانم که برای شناسایی این عوامل خطر نیاز به انجام معاینات و آزمایش های متعدد می باشد.

این معاینات و آزمایش ها شامل نمونه خون و سایر مایعات بدن، نمونه دی ان آ، معاینات فیزیکی، اندازه گیری قد، وزن و سایر اندازه های بدن، فشار خون، تراکم استخوان و سایر معاینات و آزمایش ها به تشخیص پژوهشگران می باشد. همه این معاینات و آزمایش ها با استفاده از بهترین روش های موجود و توسط افراد متخصص و دوره دیده انجام می گردد. انجام هر نوع معاینه یا آزمایش برای شرکت کنندگان در مطالعه با رضایت آن ها بوده و شرکت کنندگان می توانند هر زمان که مایل باشند از انجام معاینه یا آزمایش خودداری نمایند. اندازه گیری به صورت رایگان در مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام می شود و می دانم که نتایج آن بلافاصله در اختیار من قرار داده می شود و جهت درمان های احتمالی مربوطه مورد راهنمایی قرار می گیرم.

من می دانم که نتایج آزمایش ها به شکل محرمانه نگهداری شده ولی مجموعه اطلاعات من با دیگر شرکت کنندگان به صورت جمعی مورد مطالعه و تجزیه و تحلیل قرار می گیرد. از این رو، اطلاعات شخصی من در اطلاعات منتشر شده قابل یافت نمی باشد. من می دانم که نتایج مربوط به آزمایشات خونی در بانک داده های بین المللی به طور ناشناس تحت عنوان یک کد ذخیره می شوند و از آن در جهت ساخت دستگاهی برای تشخیص خطر شکستگی ناشی از پوکی استخوان استفاده می شود. من مطلع هستم که در صورت تصمیم به خروج از مطالعه می توانم تصمیم بگیرم که داده های منتج از آزمایشات خود را به طور کامل از این منابع اطلاعاتی حذف نمایم.

شرکت من در این پروژه داوطلبانه بوده و به پرسش های پرسشنامه پروژه نیز داوطلبانه پاسخ می دهم. من می دانم که می توانم هر زمان که مایل باشم از مطالعه خارج شوم.

برای هر گونه پرسش در مورد پروژه و نتایج آزمایشگاهی نیز می بایست با آقای دکتر حائری که در مرکز تحقیقات طب عفونی و گرمسیری خلیج فارس مشغول به کار هستند، تماس بگیرم. با آگاهی از موارد فوق برای شرکت در این پروژه رضایت کتبی خود را اعلام می دارم.

تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی (شرکت کننده و یا همراه)

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

فرم خروج از مطالعه

اینجانب، تمایل دارم از مطالعه سلامت سالمندی بوشهر خارج شوم. استفاده از نتایج حاصل از مشارکت اینجانب در مطالعه با رعایت اصول و اخلاق پژوهشی بلامانع است.

در صورت تمایل به حذف اطلاعات خود از منابع اطلاعاتی و ممانعت از استفاده از آن مطابق با اهداف پژوهشی باکس روبرو را علامت بزنید و دکتر حائری را مطلع نمایید.

☐

امضای شرکت کننده و یا همراه

مشخصات شرکت کننده

						خوشه			حوزه
									کد شرکت کننده

			نام پدر		نام خانوادگی								نام
>>													کد ملی
>>													شماره شناسنامه
بیوه	مطلقه	جدا شده	متاهل	مجرد	وضعیت تأهل		زن	مرد	جنس	سال	ماه	روز	تاریخ تولد
							۲	۱					

آدرس منزل: _____

[illegible]

آدرس محل کار:

[illegible]

>>					داخلي
----	--	--	--	--	-------

شخصی که بتوان در موقع لزوم با وی تماس گرفت:

نام و نام خانوادگی:

نسبت با شرکت کننده:

آدرس منزل: _____

[illegible]

تکمیل کننده		
نام	نام خانوادگی	کد پرسشگر

تاریخ تکمیل		
روز	ماه	سال

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

سؤالات وضعیت اجتماعی - اقتصادی

شغل و بیمه	سؤال	پاسخ
۱	وضعیت فعلی اشتغال شما چگونه است؟ ۱= شاغل ۲= بازنشسته ۳= بیکار	JCURR
۲	آیا هرگز شاغل بوده اید؟ ۱= بله ۲= خیر	JEVER
۳	در میان همه شغل هایی که داشته اید، کدامیک از همه طولانی تر بوده است؟ نام کامل شغل را در کادر بنویسید.	JTYPE
۴	طولانی ترین شغل شما چند سال ادامه داشته است؟	JDURT
۵	آیا شما تحت پوشش بیمه پایه (دفترچه یا کارت) هستید؟ ۱= بله ۲= خیر	INSUR
۶	اگر بله، نوع بیمه پایه شما چیست؟ ۱= خدمات درمانی ۲= تامین اجتماعی ۳= بیمه روستایی ۴= نیروهای مسلح ۵= کمیته امداد ۶= سایر بیمه ها (صدا و سیما، نفت، روحانیت، شهرداری و ...) ۷= بیمه ندارد ۸= نمی داند	INSTP
۷	آیا شما تحت پوشش بیمه تکمیلی هستید؟ ۱= بله ۲= خیر	CPINS
۸	به طور کلی شما چند سال درس خوانده اید؟	EDUYR
۹	بالاترین سطح تحصیلی که شما تکمیل نموده اید، چیست؟ ۱= لیسانس یا بالاتر ۲= فوق دیپلم ۳= علوم حوزوی ۴= دبیرستان و یا فنی حرفه ای ۵= راهنمایی ۶= دبستان و یا کمتر ۷= نهضت سواد آموزی یا اکابر ۸= نظام آموزشی سنتی (مکتب خانه) ۹= بی سواد	EDULV
۹-۱ پرسش مخصوص بانوان:	بالاترین سطح تحصیلی که همسر شما تکمیل نموده است، چیست؟ ۱= لیسانس یا بالاتر ۲= فوق دیپلم ۳= علوم حوزوی ۴= دبیرستان و یا فنی حرفه ای ۵= راهنمایی ۶= دبستان و یا کمتر ۷= نهضت سواد آموزی یا اکابر ۸= نظام آموزشی سنتی (مکتب خانه) ۹= بی سواد	EDUSL

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

درآمد و هزینه

INCLV	به طور کلی سطح درآمد خانوار چقدر است؟ ۱= زیر یک میلیون تومان ۲= یک تا ۲ میلیون تومان ۳= دو تا سه میلیون تومان ۴= بیش از ۳ میلیون تومان ۵= نمی داند / تمایل به پاسخگویی ندارد.	۱۰
--------------	---	--

EXPEN	در مجموع طی ۱ ماه گذشته هزینه خانوار شما چقدر بوده است؟ مجموع هزینه ها به تومان ۸۸۸۸= نمی داند / تمایل به پاسخگویی ندارد	۱۱
--------------	---	---

دارایی

ASET1	در خانه ای که شما زندگی می کنید، کدام یک از وسایل زیر وجود دارد؟ الف) یخچال ب) فریزر پ) یخچال فریزر سایه بای سایه ت) تلویزیون رنگی معمولی (غیر از ال سی دی / پلاسما / ال ای دی) ث) LCD، پلاسما، LED ج) تلفن ثابت چ) ماشین لباسشویی ح) ماشین ظرفشویی خ) مبلمان د) مایکروویو (مایکروفر) ذ) جاروبرقی ر) کامپیوتر / لپ تاپ ز) دسترسی به شبکه اینترنت در منزل س) کولر گازی نوع اسپلیت (دو تکه) ۱= بله ۲= خیر	۱۲ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%; text-align: center;">الف</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">ب</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">پ</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">ت</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">ث</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">ج</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">چ</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">ح</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">خ</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">د</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">ذ</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">ر</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">ز</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">س</td></tr> </table>		الف		ب		پ		ت		ث		ج		چ		ح		خ		د		ذ		ر		ز		س
	الف																													
	ب																													
	پ																													
	ت																													
	ث																													
	ج																													
	چ																													
	ح																													
	خ																													
	د																													
	ذ																													
	ر																													
	ز																													
	س																													

ASET2	آیا هیچ یک از اعضای خانوار مالک وسایلی که نام برده می شوند هست؟ الف) تلفن همراه معمولی ب) تلفن همراه هوشمند پ) موتورسیکلت ت) اتومبیل ث) قایق موتوری ۱= بله ۲= خیر	۱۳ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%; text-align: center;">الف</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">ب</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">پ</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">ت</td></tr> </table>		الف		ب		پ		ت
	الف									
	ب									
	پ									
	ت									

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

وضعیت سکونت

HOMEP

در حال حاضر محل سکونت شما چگونه است؟

۱۴

۱= به طور مستقل در منزل خود با همسر و/یا فرزندان

۲= در منزل یکی از فرزندان به همراه خانواده آنها

۳= در منزل خواهر، برادر یا یکی دیگر از بستگان به همراه خانواده آنها

۴= آسایشگاه یا خانه سالمندان

☐

HOUSE

وضعیت مسکنی که شما در آن زندگی می کنید، از نظر مالکیت چگونه است؟

۱۵

۱= مالک خانه

۲= اجاره

۳= منزل سازمانی

۴= موارد دیگر

☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی

دخانیات

(۱) آیا در طول عمر خود سیگار یا قلیان مصرف کرده اید؟

SMOKING01_C-H

۱=بله

۲=خیر

۳=عدم تمایل به پاسخ

در صورت پاسخ خیر یا عدم تمایل به پاسخ به سؤال ۱۰ بروید

(۲) آیا شما در حال حاضر سیگار یا قلیان می کشید؟

SMOKING02_C-H

۱=بله به طور منظم (حداقل یک سیگار یا یک سر قلیان در هر روز

هفته)

۲=بله گهگاهی

۳=خیر

سیگار	
قلیان	

در صورت پاسخ خیر برای هر دو حالت به سؤال ۵ بروید.

(۳) در صورت مصرف منظم، شما به طور متوسط در یک روز چند نخ سیگار و یا چند سر قلیان

می کشید؟

SMOKING03_C-H

در صورتی که برای هر یک از موارد سیگار یا قلیان مصرف گهگاهی در سؤال ۲

ذکر شده است، این سؤال برای آن مورد (سیگار یا قلیان) پر نشود

سیگار	
قلیان	

(۴) در صورت مصرف گهگاه، شما به طور متوسط چند روز در هفته یا ماه سیگار یا قلیان می کشید؟

SMOKING04_C-H

	هفته	ماه
سیگار		
قلیان		

در صورتی که برای هر یک از موارد سیگار یا قلیان مصرف منظم در سؤال ۲ ذکر شده است، این سؤال برای آن مورد

(سیگار یا قلیان) پر نشود

SMOKING05_C-H

(۵) آیا شما در گذشته سیگار و یا قلیان می کشیده اید؟

۱=بله به طور منظم

۲=بله گهگاهی

۳=خیر

سیگار	
قلیان	

(۶) شما چند ساله بودید که به طور منظم شروع به کشیدن سیگار، سر قلیان نموده اید؟

SMOKING06_C-H

سیگار			>>
قلیان			>>

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

۷) بیشترین تعداد سیگار، قلیان را که شما روزانه کشیده‌اید چقدر بوده است؟

SMOKING07_C-H

>>				سیگار
>>				قلیان

(ثبت تعداد سیگار، تعداد سر قلیان در یک روز مدّ نظر است.)

SMOKING08_C-H

۸) آیا شما کشیدن منظم سیگار، قلیان را در طی یک سال گذشته ترک کرده‌اید؟

۱=بله
۲=خیر

				سیگار
				قلیان

در صورت پاسخ خیر برای هر دو حالت (مصرف سیگار، قلیان) به سؤال ۹ بروید.

SMOKING09_C-H

۹) شما از چه زمانی کشیدن منظم سیگار، قلیان را در طی یک سال گذشته ترک کرده‌اید؟

۱=کمتر از یک ماه
۲=یک تا شش ماه
۳=شش تا دوازده ماه

				سیگار
				قلیان

۱۰) آیا در محل زندگی یا کار شما فرد سیگاری و یا فردی که قلیان مصرف می‌کند، وجود دارد که شما در معرض دود او باشید؟

SMOKING10_C-H

۱=بله
۲=خیر

				سیگار
				قلیان

در صورت پاسخ خیر برای هر سه حالت (مصرف سیگار، قلیان) بروید به سوالات مصرف نوشابه های الکلی

SMOKING11_C-H

۱۱) در مجموع در محل کار و زندگی خود در معرض دود سیگار یا قلیان چند نفر هستید؟

				سیگار
				قلیان

(تعداد نفرات را در جدول بنویسید.)

SMOKING12_C-H

۱۲) به طور متوسط چند روز در هفته در معرض دود سیگار، قلیان این فرد یا افراد قرار دارید؟

۱=۱-۲ روز
۲=۳-۵ روز
۳=۶-۷ روز

				سیگار
				قلیان

SMOKING13_C-H

۱۳) به طور متوسط در هر شبانه روز جمعاً چند ساعت در معرض دود سیگار، قلیان این فرد یا افراد قرار دارید؟

۱=کمتر از یک ساعت
۲=یک تا سه ساعت
۳=بیش از سه ساعت

				سیگار
				قلیان

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

مصرف نوشابه‌های الکلی

LSAL01

(۱) آیا نوشابه‌های الکلی مصرف می‌کنید؟

۱ = بله به طور منظم

۲ = بله گهگاهی

۳ = خیر

۹۹ = مایل به پاسخ دادن نمی‌باشد.

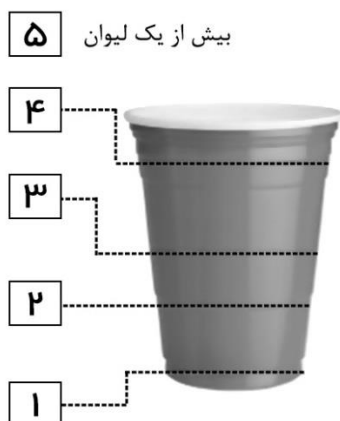
☐

در صورت پاسخ خیر یا عدم تمایل به پاسخ بروید به سؤالات مصرف مواد مخدر

LSAL02

(۲) چند سال است که نوشابه‌های الکلی مصرف می‌کنید؟

(۳) چه نوع نوشابه الکلی مصرف می‌کنید؟



نوع نوشابه الکلی	۱ = بله ۲ = خیر	در صورت بله: چند بار در ماه	در صورت بله: (مقدار مصرف بر اساس تصویر لیوان رو به رو در هر بار مصرف)
LSAL03B		LSAL03BF	LSAL03BV
آبجو			
LSAL03W		LSAL03WF	LSAL03WV
شراب قرمز/ شراب سفید			
LSAL03L		LSAL03LF	LSAL03LV
لیکور			
LSAL03A		LSAL03AF	LSAL03AV
عرق			
LSAL03O		LSAL03OF	LSAL03OV
ودکا، ویسکی، Gin، Rum، Bourbon، پرندي و ...			

مصرف مواد مخدر

LSAd01

(۱) آیا مواد مخدر مصرف می‌کنید؟

۱ = بله به طور منظم

۲ = بله گهگاهی

۳ = خیر

۹۹ = مایل به پاسخ دادن نمی‌باشد.

☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه	
--	------	--

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

پرسشنامه بین المللی فعالیت بدنی

از شما سوالاتی در مورد زمانی که در هفت روز گذشته برای فعالیت فیزیکی صرف کرده اید پرسیده می شود. لطفاً حتی اگر خودتان را شخصی فعال محسوب نمی کنید به هر یک از سوالات پاسخ دهید. لطفاً به فعالیتی که در زمان کار انجام می دهید فکر کنید، چه بخشی از خانه باشد چه محل کار، رفتن از مکانی به مکانی دیگر در زمان فراغت جهت تفریح، تمرین یا ورزش.

تمام فعالیت های شدید و متوسطی را که در طول ۷ روز اخیر انجام داده اید، مدنظر قرار دهید. فعالیت های شدید به فعالیت هایی گفته می شود که قدرت بدنی زیاد می خواهد و باعث می شود بسیار سریع تر از حالت عادی نفس بکشید. فعالیت های متوسط به فعالیت هایی گفته می شود که قدرت بدنی متوسطی می خواهد و باعث می شود شما کمی تندتر از حالت عادی نفس بکشید.

بخش یک: فعالیت بدنی مرتبط با کار روزانه

قسمت اول مربوط به فعالیت بدنی شما در محل کار است، شامل کارهایی که در ازای آن حقوق می گیرید، کشاورزی، شغل های داوطلبانه، شغل های دوره ای و هر شغل بدون حقوق دیگری که شما بیرون منزل انجام می دهید، کارهای بدون حقوقی که شما در منزل یا بیرون منزل برای مراقبت از خانه و خانواده انجام می دهید مانند کار خانه، کار در حیاط (باغچه)، تعمیرات عمومی جزء این بخش محسوب نمی شود.

PAWork01	۱) آیا اخیراً شغل یا بدون حقوقی (مانند شغل های داوطلبانه درهلال احمر) در بیرون منزل داشته اید؟ ۱=بلی ۲=خیر در صورت پاسخ خیر بروید به سؤالات بخش دوم
PAWork02-1	۲) آیا در طول ۷ روز اخیر <u>فعالیت بدنی شدید</u> مانند بلند کردن اجسام سنگین، حفر (حفاری، کندن)، ساخت و ساز سنگین یا بالا رفتن از پله ها به عنوان <u>بخشی از کارتان</u> داشته اید؟ تنها آن فعالیت های بدنی که حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته طول کشیده اند، مدنظر قرار دهید.
PAWork02-2	۱) فعالیت فیزیکی شدید وابسته به کار داشته ام. ۲) فعالیت فیزیکی شدید وابسته به کار نداشته ام. در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤال ۴
PAWork03	۳) معمولاً چه مدت زمانی در طول روز (در روزهایی که <u>فعالیت های بدنی شدید</u> داشته اید) به صورت پیوسته صرف این فعالیت ها کرده اید؟ ساعت در روز دقیقه در روز
PAWork04-1	۴) آیا در طول ۷ روز اخیر <u>فعالیت های بدنی متوسط</u> مانند حمل بارهای سبک <u>به عنوان بخشی از کار خود</u> انجام داده اید؟ لطفاً راه رفتن (پیاده روی) را به حساب نیاورید.
PAWork04-2	۱) فعالیت فیزیکی متوسط وابسته به کار داشته ام. ۲) فعالیت فیزیکی متوسط وابسته به کار نداشته ام. در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤال ۶
PAWork05	۵) معمولاً چه مدت زمانی در طول روز (در روزهایی که <u>فعالیت های متوسط بدنی</u> داشته اید) به صورت پیوسته صرف این فعالیت ها کرده اید؟ ساعت در روز دقیقه در روز
PAWork06-1	۶) آیا در طول ۷ روز اخیر حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت <u>پیوسته پیاده روی</u> به عنوان <u>بخشی از کار خود</u> داشته اید؟
PAWork06-2	لطفاً پیاده رفتن به سرکار یا بازگشت از محل کار را به حساب نیاورید ۱) پیاده روی وابسته به کار داشته ام. ۲) پیاده روی متوسط وابسته به کار نداشته ام. در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤالات بخش دوم

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه	
--	------	--

>>		
----	--	--

(۵) معمولاً چه مدت از زمان را در چنین روزهایی برای پیاده روی به عنوان بخشی از کار خود صرف کرده اید؟	 ساعت در روز دقیقه در روز
---	---

بخش ۲: فعالیت بدنی جهت حمل و نقل (رفت و آمد)

این سؤالات در ارتباط با چگونگی رفت و آمد شما از مکانی به مکان دیگر است (شامل مکان هایی مانند محل کار، فروشگاه ها، سینما و... می باشد).

PATransport01-1 PATransport01-2	(۱) در طول ۷ روز اخیر، چند روز آن را با وسایل نقلیه موتوری از قبیل مترو، قایق، اتوبوس، موتور سیکلت یا اتومبیل سواری سفر کرده اید؟ (۱) سفر با وسایل نقلیه موتوری داشته ام (۲) سفر با وسایل نقلیه موتوری نداشته ام روز در هفته
در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤال ۳	
(۲) معمولاً چه مدت زمانی را برای سفر با مترو، قایق، اتوبوس، موتورسیکلت، اتومبیل سواری یا سایر وسایل نقلیه موتوری صرف کرده اید؟ PATransport02 ساعت در روز دقیقه در روز	
PATransport03-1 PATransport03-2	(۳) آیا در طول ۷ روز اخیر، برای رفتن از مکانی به مکان دیگر آن هم حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته دوچرخه سواری کرده اید؟ (۱) دوچرخه سواری داشته ام. (۲) دوچرخه سواری نداشته ام روز در هفته
در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤال ۵	
PATransport04 (۴) معمولاً چه مدت زمانی در چنین روزهایی برای رفتن از مکانی به مکان دیگر دوچرخه سواری کرده اید؟ ساعت در روز دقیقه در روز	
PATransport05-1 PATransport05-2	(۵) آیا در طول ۷ روز اخیر، حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته برای رفتن از مکانی به مکان دیگر پیاده روی کرده اید؟ (۱) پیاده روی داشته ام. (۲) پیاده روی نداشته ام روز در هفته
در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤالات بخش سوم	
PATransport06 (۶) معمولاً چه مدت از زمان را در چنین روزهایی برای رفتن از مکانی به مکان دیگر پیاده روی کرده اید؟ ساعت در روز دقیقه در روز	

بخش ۳: کار منزل، امور تعمیراتی منزل و مراقبت از خانواده

این قسمت در مورد فعالیت هایی است که در طول ۷ روز اخیر در داخل یا خارج از منزل انجام داده اید از قبیل کارهای منزل، کارهای مربوط به باغچه یا حیاط منزل، امور تعمیراتی عمومی و مراقبت از خانواده .

PAHome01-1 PAHome01-2	(۱) آیا در طول ۷ روز اخیر چند روز آن فعالیت بدنی شدید مانند برف روبی یا کارهایی از قبیل کندن و شخم زدن زمین، حمل بارهای سنگین در باغچه یا حیاط منزل خود داشته اید؟ تنها آن فعالیت های بدنی که حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته طول کشیده اند، مدنظر قرار دهید. (۱) فعالیت فیزیکی شدید در باغچه یا حیاط خانه داشته ام. (۲) فعالیت فیزیکی شدید در باغچه یا حیاط خانه نداشته ام روز در هفته
در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤال ۳	
(۲) معمولاً چه مدت زمانی برای انجام فعالیت های شدید بدنی داشته اید در <u>باغچه یا حیاط خانه</u> صرف کرده اید؟ PAHome02 ساعت در روز دقیقه در روز	

	خوشه	حوزه	
>>			کد شرکت کننده

۳) آیا در طول ۷ روز اخیر چند روز آن فعالیت های بدنی متوسط مانند حمل بارهای سبک، جارو کردن، تمیز کردن شیشه های پنجره، کار کردن با چنگک (جهت جمع آوری برگ ها، صاف کردن سطح خاک و...) در حیات یا باغچه داشته اید؟ ۱) فعالیت فیزیکی متوسط در حیات یا باغچه داشته ام. ۲) فعالیت فیزیکی متوسط در حیات یا باغچه نداشته ام <u>در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤال ۵</u>	PAHome02-1 PAHome02-2 روز در هفته
۴) معمولاً چه مدت زمانی در (در روزهایی که فعالیت های متوسط داشته اید) در حیات یا باغچه صرف کرده اید؟ ساعت در روز دقیقه در روز	
۵) آیا در طول ۷ روز اخیر، چند روز فعالیت های بدنی متوسط مانند حمل بارهای سبک، تمیز کردن شیشه های پنجره، ساییدن کف اتاق و جارو زدن درون منزل خود انجام داده اید؟ ۱) فعالیت فیزیکی متوسط درون منزل خود داشته ام. ۲) فعالیت فیزیکی متوسط درون منزل خود نداشته ام <u>در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤالات بخش چهارم</u>	PAHome04-1 PAHome04-2 روز در هفته
۵) معمولاً چه مدت از زمان را در چنین روزهایی برای فعالیت فیزیکی متوسط درون منزل خود صرف کرده اید؟ ساعت در روز دقیقه در روز	

بخش ۴: تفریح، ورزش و فعالیت فیزیکی در اوقات فراغت

این قسمت در مورد فعالیت هایی است که شما در طول ۷ روز اخیر تنها به منظور **تفریح، ورزش، تمرینات جسمانی یا در اوقات فراغت** انجام داده اید.

۱) آیا در طول ۷ روز اخیر (بدون در نظر گرفتن پیاده روی هایی که قبلاً اشاره کرده اید)، چند روز آن حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته در اوقات فراغت خود پیاده روی کرده اید؟-PAleisure01 1 PAleisure01-2 روز در هفته <u>در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤال ۳</u>	۱) اوقات فراغت خود پیاده روی داشته ام ۲) در اوقات فراغت خود پیاده روی نداشته ام
۲) معمولاً چه مدت زمانی برای پیاده روی در اوقات فراغت صرف کرده اید؟ PAleisure02 ساعت در روز دقیقه در روز	
۳) آیا در طول ۷ روز اخیر، چند روز آن برای فعالیت های بدنی شدید (مانند مانند ایروبیک، دویدن، دوچرخه سواری سریع، شنای سریع، فوتبال...) در اوقات فراغت که حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته صرف کرده اید؟ ۱) فعالیت فیزیکی شدید در اوقات فراغت داشته ام. ۲) فعالیت فیزیکی شدید در اوقات فراغت نداشته ام <u>در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤال ۵</u>	PAleisure03-1 PAleisure03-2 روز در هفته
۴) معمولاً چه مدت زمانی در چنین روزهایی برای فعالیت فیزیکی شدید در اوقات فراغت صرف کرده اید؟ ساعت در روز دقیقه در روز	
۵) آیا در طول ۷ روز اخیر، چند روز آن حداقل به مدت ۱۰ دقیقه فعالیت های بدنی متوسط مانند دوچرخه سواری با سرعت متوسط، شنا با سرعت متوسط، تنیس دو نفره، والیبال در اوقات فراغت خود صرف کرده اید؟ ۱) فعالیت فیزیکی متوسط در اوقات فراغت داشته ام. ۲) فعالیت فیزیکی متوسط در اوقات فراغت نداشته ام <u>در صورت پاسخ ۲ بروید به سؤالات بخش پنجم</u>	PAleisure05-1 PAleisure05-2 روز در هفته

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

PAleisure06	۶) معمولاً چه مدت از زمان را در چنین روزهایی برای فعالیت فیزیکی متوسط در اوقات فراغت صرف کرده اید؟ ساعت در روز دقیقه در روز
-------------	---

بخش ۵: زمان صرف شده در حالت نشسته

این سؤالات مربوط به زمان هایی است که شما موقع انجام کارهای خود یا در اوقات فراغت در منزل یا در محل کار در حالت "نشسته" هستید .
 این زمان می تواند شامل زمان هایی باشد که شما پشت میز نشسته اید یا دوستان و اقوام خود را ملاقات می کنید، مطالعه می کنید و نشسته یا لم داده و تلویزیون تماشا می کنید .زمان هایی که در اتوبوس، اتومبیل، مترو، موتور و یا وسایل نقلیه موتوری نشسته اید را در نظر نگیرید.

PASit01	۱) در طول ۷ روز اخیر چه مدت زمانی را، <u>در یک روز کاری به صورت نشسته</u> سپری کرده اید؟ ساعت در روز دقیقه در روز
PASit02	۲) در طول ۷ روز اخیر چه مدت زمانی را، <u>در یک روز تعطیل به صورت نشسته</u> سپری کرده اید؟ ساعت در روز دقیقه در روز

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

سوالات تاریخچه باروری (مختص زنان)

۱) آیا می دانید در چه سنی عادت ماهیانه شدید؟

HiPR01

(در صورت پاسخ خیر بروید به سؤال ۳)

۱ = بله

۲ = خیر

☐

۲) در چه سنی عادت ماهیانه شدید؟

HiPR02

>>		
----	--	--

HiPR03

۳) آیا می دانید در چه سنی عادت ماهیانه شما به طور کامل قطع شد؟

۱ = بله

۲ = خیر

۳ = هنوز قطع نشده است

☐

(در صورت پاسخ خیر بروید سوال ۵ در صورت پاسخ هنوز قطع نشده بروید به سؤال ۸)

۴) در چه سنی عادت ماهیانه شما قطع شد؟

HiPR04

>>		
----	--	--

HiPR05

۵) آیا پس از یائسگی از هورمون های جنسی جایگزین استفاده کرده اید؟

۱ = بله

۲ = خیر

۹۹ = نمی دانم

☐

(در صورت پاسخ خیر یا نمی دانم بروید به سؤال ۸)

۶) در چه سنی از هورمون های جنسی جایگزین استفاده کرده اید؟

HiPR06

>>		
----	--	--

HiPR07

۷) چند سال از این داروها استفاده کرده اید؟

>>		
----	--	--

HiPR08

۸) تعداد حاملگی های خود را ذکر کنید.

(کلیه حاملگی های خود، اعم از آنهایی که منجر به تولد فرزند شده و یا منجر به سقط یا مرده زایی شده است.)

>>		
----	--	--

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه	
--	------	--

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

HiPR09

(۹) تعداد زایمان های خود را ذکر کنید.

(تعداد دفعات زایمان که منجر به تولد فرزند زنده شده است، محسوب می شود. در صورتی که فرزند پس از تولد فوت شده باشد.)

>>		
----	--	--

(۱۰) آیا سابقه شیردهی دارید؟

HiPR10

۱=بلی

۲=خیر

(در صورت پاسخ خیر بروید به سؤال (۱۱))

HiPR11

(۱۱) در صورت بلی جدول زیر پر شود:

در صورت پاسخ بلی: مدت شیردادن (ماه)	شیردهی ۱ = بلی ۲ = خیر	فرزند
		فرزند ۶
		فرزند ۷
		فرزند ۸
		فرزند ۹
		فرزند ۱۰

در صورت پاسخ بلی: مدت شیردادن (ماه)	شیردهی ۱ = بلی ۲ = خیر	فرزند
		فرزند ۱
		فرزند ۲
		فرزند ۳
		فرزند ۴
		فرزند ۵

HiPR12

(۱۲) در صورت داشتن سابقه سقط جنین، تعداد سقط های خود را ذکر کنید.

(مواردی سقط محسوب می شود که جنین قبل از ۲۰ هفتگی (۵ ماهگی) از بین رفته باشد.)

>>		
----	--	--

HiPR13

(۱۳) در صورت داشتن سابقه هر یک از موارد زیر، مشخص نمایید:

ردیف	سابقه	۱ = بلی ۲ = خیر ۳ = نمی دانم	در صورت پاسخ بلی: سن در زمان برداشتن
۱	HiPR08_1		HiPR08_1A
	برداشتن رحم		
۲	HiPR08_2		HiPR08_2A
	برداشتن تخمدان یک طرفه		
۳	HiPR08_3		HiPR08_3A
	برداشتن تخمدان دو طرفه		

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

پرسشنامه بیماری های قلبی عروقی و سابقه خانوادگی آن

FAHX-1 (۱) آیا تاکنون برای کسی از افراد خانواده شما تشخیص دیابت توسط پزشک داده شده است؟

بله = ۱ ☐

خیر = ۲

FAME-1 (۲) اگر سؤال قبلی بلی است، نسبت را مشخص کنید؟

الف = پدر

ب = مادر

پ = خواهر/برادر

ت = فرزندان

ث = پدر بزرگ / مادر بزرگ

الف	
ب	
پ	
ت	
ث	

۱ = در صورتی که هر کدام از افراد خانواده که بیمار است.

۲ = در صورتی که هر کدام از افراد خانواده که بیمار نیست.

۳ = در صورتی که نمی داند افراد خانواده بیمار است یا خیر

FAHX-2 (۳) آیا تاکنون برای کسی از افراد خانواده شما تشخیص پر فشاری خون توسط پزشک داده شده است؟

بله = ۱ ☐

خیر = ۲

FAME-2 (۴) اگر سؤال قبلی بلی است، نسبت را مشخص کنید؟

الف = پدر

ب = مادر

پ = خواهر/برادر

ت = فرزندان

ث = پدر بزرگ / مادر بزرگ

الف	
ب	
پ	
ت	
ث	

۱ = در صورتی که هر کدام از افراد خانواده که بیمار است.

۲ = در صورتی که هر کدام از افراد خانواده که بیمار نیست.

۳ = در صورتی که نمی داند افراد خانواده بیمار است یا خیر

MAMI (۵) آیا مادر، خواهر یا دختر شما زیر سن ۶۵ سالگی مبتلا به سکنه قلبی، مغزی یا مرگ ناگهانی شده است؟

بله = ۱ ☐

خیر = ۲

نمی دانم = ۳

FAMI (۶) آیا پدر، برادر یا پسر شما زیر سن ۵۵ سالگی مبتلا به سکنه قلبی، مغزی یا مرگ ناگهانی شده است؟

بله = ۱ ☐

خیر = ۲

نمی دانم = ۳

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

			خوشه		حوزه			
>>							کد شرکت کننده	

STKHx	آیا تاکنون شده است که پزشک به شما بگوید که دچار سکنه‌ی مغزی شده اید؟	(۷)	
	بله = ۱ خیر = ۲ = ۳ نمی‌دانم		

TIAHX	آیا تاکنون شده است که پزشک به شما بگوید که دچار سکنه مغزی گذرا یا سکنه‌ی مغزی خفیف شده اید؟	(۸)	
	بله = ۱ خیر = ۲ = ۳ نمی‌دانم		

WEAKN	آیا تاکنون شده است که دچار ضعف ناگهانی بدون درد در یک قسمت از بدن خود شوید؟	(۹)	
	بله = ۱ خیر = ۲ = ۳ نمی‌دانم		

PARLY	آیا تاکنون دچار کرختی یا بی‌حسی در یک طرف بدن خود شده اید؟	(۱۰)	
	بله = ۱ خیر = ۲ = ۳ نمی‌دانم		

SIGHT	آیا تاکنون دچار از دست دادن ناگهانی دید بدون ایجاد درد در یک یا هر دو چشم خود شده اید؟	(۱۱)	
	بله = ۱ خیر = ۲ = ۳ نمی‌دانم		

SEMST	آیا تاکنون نیمی از بینایی خود را به صورت ناگهانی از دست داده اید؟	(۱۲)	
	بله = ۱ خیر = ۲ = ۳ نمی‌دانم		

APHAS	آیا تاکنون به صورت ناگهانی شده است که قادر به درک صحبت دیگران نباشید؟	(۱۳)	
	بله = ۱ خیر = ۲ = ۳ نمی‌دانم		

TLKWR	آیا تاکنون شده است که به صورت ناگهانی توانایی صحبت کردن یا نوشتن را از دست بدهید؟	(۱۴)	
	بله = ۱ خیر = ۲ = ۳ نمی‌دانم		

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

پرسشنامه رز

CPAIN	(۱)	آیا تاکنون هیچگاه در قفسه سینه خود احساس درد یا ناراحتی کرده اید؟ (شامل درد به دنبال ضربه - تصادف - ترکش - جسم برنده و یا شکستگی نمی شود)	☐										
		۱ = بله ۲ = خیر											
در صورت پاسخ خیر بروید به سوال ۱۰													
UPCPAIN	(۲)	آیا هنگامی که سربالایی و یا با عجله راه می روید، دچار آن می شوید؟	☐										
		۱ = بله ۲ = خیر ۳ = هرگز با عجله یا سربالایی راه نمی رود. ۴ = معلولیت عضوی دارد.											
TCPAIN	(۳)	آیا هنگامی که با سرعت معمولی در سطح صاف راه می روید دچار آن می شوید؟	☐										
		۱ = بله ۲ = خیر ۳ = معلولیت عضوی دارد.											
WATUDO	(۴)	اگر در حال راه رفتن دچار آن شوید چه می کنید؟ (در صورت پاسخ بلی به سوال ۲ یا ۳، این سوال و سوال های ۵-۶-۷-۸-۹ پرسیده شود)	☐										
		۱ = می ایستم یا سرعتم را کم می کنم. ۲ = ادامه می دهم. ۳ = پس از مصرف نیتروگلیسرین به راه خود ادامه می دهم.											
STWALK	(۵)	اگر بی حرکت بایستید چه تغییری می کند؟	☐										
		۱ = برطرف می شود. ۲ = برطرف نمی شود.											
TIM	(۶)	در عرض چند دقیقه برطرف می شود؟	☐										
		۱ = ۱۰ دقیقه یا کمتر ۲ = بیشتر از ده دقیقه											
WHER	(۷)	ممکن است محل آن را نشان دهید؟	<table border="1"> <tr><td>الف</td><td>☐</td></tr> <tr><td>ب</td><td>☐</td></tr> <tr><td>پ</td><td>☐</td></tr> <tr><td>ت</td><td>☐</td></tr> <tr><td>ث</td><td>☐</td></tr> </table>	الف	☐	ب	☐	پ	☐	ت	☐	ث	☐
الف	☐												
ب	☐												
پ	☐												
ت	☐												
ث	☐												
		الف = جناغ (بالا یا وسط آن) ب = جناغ (پایین آن) پ = قسمت جلویی - چپ سینه ت = بازوی چپ ث = سایر محل ها											
		۱ = بله ۲ = خیر											
OTHERSTT	(۸)	آیا در جای دیگری نیز آن را حس می کنید؟	☐										
		۱ = بله (در این صورت در سؤال قبلی اطلاعات را ثبت نمایید).											

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

۲= خیر

SEVCHEP آیا تاکنون هیچگاه دچار درد شدیدی در جلوی سینه خود شده اید که برای مدت نیم ساعت یا بیشتر طول بکشد؟ (۹)

☐

۱= بله

۲= خیر

LEGPN آیا هنگام راه رفتن در ساق پای (یا ساق‌های پا) خود احساس درد یا ناراحتی می‌کنید؟ (۱۰)

☐

۱= بله

۲= خیر

۳= نمی‌توانم راه بروم.

چنانچه پاسخ به پرسش فوق بله است، سؤالات زیر را ادامه دهید، در غیر این صورت با ادامه پرسش‌های شماره ۱۰ نیازی نیست.

STSPN آیا تاکنون این درد یا ناراحتی در هنگام ایستادن یا نشستن نیز شروع شده است؟ (۱۱)

☐

۱= بله

۲= خیر

STPPN آیا هنگامی که سربالایی و یا با عجله راه می‌روید دچار درد یا ناراحتی می‌شوید؟ (۱۲)

☐

۱= بله

۲= خیر

FLTPN آیا هنگامی که با سرعت معمولی روی سطح صاف راه می‌روید دچار درد یا ناراحتی می‌شوید؟ (۱۳)

☐

۱= بله

۲= خیر

STNPN اگر درد یا ناراحتی رخ دهد و شما متوقف شوید، درد یا ناراحتی چگونه می‌شود؟ (۱۴)

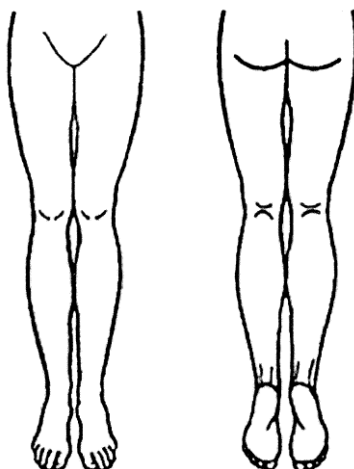
☐

۱= معمولاً بیش از ده دقیقه ادامه می‌یابد.

۲= معمولاً ظرف ده دقیقه یا کمتر یا ناپدید می‌شود.

LOCPN در کدام قسمت ساق پائین درد را احساس می‌کنید؟ (۱۵)

در تصویر زیر علامت × بزنید.



برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

پرسشنامه نارسایی قلبی

Dysp-1	(۱)	آیا در هنگام فعالیت دچار تنگی نفس می شوید؟	۱ = بله ۲ = خیر ۳ = نمی دانم	☐
Dysp-2	(۲)	آیا در هنگام فعالیت عادی دچار تنگی نفس و یا درد قفسه سینه می شوید؟	۱ = بله ۲ = خیر ۳ = نمی دانم	☐
Dysp-3	(۳)	آیا در هنگام فعالیت خفیف دچار تنگی نفس و یا درد سینه می شوید؟	۱ = بله ۲ = خیر ۳ = نمی دانم	☐
Dysp-4	(۴)	آیا در حال استراحت دچار تنگی نفس و یا درد سینه می شوید؟	۱ = بله ۲ = خیر ۳ = نمی دانم	☐
PILOW	(۵)	آیا برای اینکه نفس شما در هنگام خوابیدن راحت باشد، شده است که دو بالش یا بیشتر زیر سرتان بگذارید؟	۱ = بله ۲ = خیر ۳ = نمی دانم	☐
DYSPNA	(۶)	آیا شده است که در موقع شب با تنگی نفس و خفگی از خواب بیدار شوید؟	۱ = بله ۲ = خیر ۳ = نمی دانم	☐
ANEDM	(۷)	آیا تاکنون شده است که در پاها یا قوزک پاهایتان دچار ورم شوید (به جز حاملگی)؟	۱ = بله ۲ = خیر ۳ = نمی دانم	☐
در صورت پاسخ خیر یا نمی دانم به سوال ۹ بروید				
TMEDM	(۸)	آیا این تورم در هنگام روز می آید و در هنگام شب از بین می رود؟	۱ = بله ۲ = خیر ۳ = نمی دانم	☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

Tach	۹) آیا تاکنون متوجه تپش قلب ناگهانی، و یا نامنظم شده ضربان قلب خود شده اید؟ ۱=بله ۲=خیر ۳=نمی دانم	(۹)
Stopbang-1	۱۰) آیا شما خروپف شبانه دارید؟ ۱=بله ۲=خیر ۳=نمی دانم	(۱۰)
Stopbang-2	۱۱) آیا تاکنون شده است که خود و یا اطرافیان متوجه شوید که در حین خواب، شما دچار قطع ناگهانی تنفس شده اید؟ ۱=بله ۲=خیر ۳=نمی دانم	(۱۱)
Urine-1	۱۲) آیا در طول شب برای ادرار کردن از خواب بیدار می شوید؟ ۱=بله ۲=خیر	(۱۲)
Urine-2	۱۳) در صورت پاسخ بله، چند بار بیدار می شوید؟ >>	(۱۳)

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

سؤالات مربوط به سلامت عضلات و استخوان‌ها

OSMU01

(۱) به طور معمول چقدر در طول روز در معرض تماس مستقیم با آفتاب هستید؟

(به صورت دقیقه در روز)

>>			
----	--	--	--

OSMU02

(۲) به طور معمول چه میزان از سطح بدن شما در معرض تماس مستقیم با آفتاب می‌باشد؟

۱= دست‌ها و صورت

۲= بیشتر از دست‌ها و صورت

☐

OSMU03

(۳) آیا کرم ضد آفتاب استفاده می‌کنید؟

۱= بله به طور منظم

۲= بله گهگاهی

۳= خیر

☐

OSMU04

(۴) آیا تا کنون تشخیص پوکی استخوان برای شما توسط پزشک داده شده است؟

۱= بله

۲= خیر

☐

(۵) در صورت جواب بله چه داروهایی توسط پزشک در این رابطه برای شما تجویز شده است؟

OSMU05

الف) آلدرونا، استئوفس، استئومود، فوزوماکس

ب) کلسیم دی

پ) رالوکسین

ت) کلسی تونین

ث) هورمون‌های جایگزینی HRT

ج) استروژن، پروژسترون

چ) سایر داروها

.....

طرز مصرف:		
۱= اصلاً مصرف نمی‌کنم		
۲= مصرف می‌کردم ولی الان مصرف نمی‌کنم		
۳= همچنان مصرف می‌کنم (۱-۳= منظم، ۳-۲= نامنظم)		
	الف	
	ب	
	پ	
	ت	
	ث	
	ج	
	چ	

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه	
--	------	--

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

OSMU06

۶) آیا در مجموع در طول زندگی خود برای بیش از ۳ ماه کورتیکواستروئید (کورتون) ۵ میلی گرم در روز یا بیشتر مصرف نموده‌اید؟ (منظور ۵ میلی گرم پردنیزولون یا معادل آن می باشد)

جدول میزان کورتون های معادل با ۵ میلی گرم پردنیزولون	
کورتیزون	۲۵
هیدروکورتیزون	۲۰
متیل پردنیزولون	۴
تریامسینولون	۴
بتامتازون	۰/۶-۰/۷۵
دگزامتازون	۰/۷۵

۱= بله

۲= خیر

۹۹= نمی دانم

(منظور در هر زمان از زندگی فرد می باشد و ۳ ماه پشت سر هم مد نظر نیست.)

☐

اسپری، پماد، قطره های چشم و یا گوش یا بینی مدنظر نیست

OSMU07

۷) آیا سابقه شکستگی با حداقل ضربه (مانند زمین خوردن، افتادن از تخت و ...) در طول زندگی خود داشته اید ؟

۱= بله

۲= خیر

۹۹= نمی دانم

(در صورت پاسخ خیر یا نمی دانم به سؤال ۹ بروید.)

☐

OSMU08

۸) در صورت بلی سمت شکستگی، سن شکستگی و تعداد دفعات را در جدول ذیل مشخص نمایید؟

ردیف	محل شکستگی	سمت شکستگی (۱= راست؛ ۲= چپ؛ ۳= هر دو مورد)	سن شکستگی *	تعداد دفعات (۱= یک بار؛ ۲= بیش از یک بار)
۱	OSMU08-1	OSMU08_1S	OSMU08_1A	OSMU08_1F
	مج دست (دیستال رادیوس)			
۲	OSMU08-2	OSMU08_2S	OSMU08_2A	OSMU08_2F
	قسمت فوقانی بازو (پروگزیمال هومروس)			
۳	OSMU08-3	OSMU08_3S	OSMU08_3A	OSMU08_3F
	لگن (هپ)			
۴	OSMU08-4	OSMU08_4S	OSMU08_4A	OSMU08_4F
	استخوان ران (فمور)			
۵	OSMU08-5	OSMU08_5S	OSMU08_5A	OSMU08_5F
	مج پا (دیستال تی بیا)			
۶	OSMU08-6	OSMU08_6S	OSMU08_6A	OSMU08_6F
	مهره های کمری یا پستی			
۷	OSMU08-7	OSMU08_7S	OSMU08_7A	OSMU08_7F
	سایر اندام ها			

* در صورت شکستگی های مکرر در دوره های زمانی مختلف، پایین ترین سن هنگام بروز شکستگی مد نظر است.

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

OSMU09

۹) آیا سابقه زمین خوردن در یک سال اخیر داشته‌اید؟

- ۱ = بله در اثر حادثه
 ۲ = بله به صورت خود به خودی
 ۳ = بله در اثر حادثه یا خود به خودی
 ۴ = خیر
 ۹۹ = نمی‌دانم

☐

(در صورت پاسخ خیر یا نمی‌دانم به سؤال ۱۳ بروید.)

OSMU10

۱۰) تعداد زمین خوردن در یک سال اخیر را ذکر کنید.

OSMU11

۱۱) آیا زمین خوردن شما منجر به صدمه شده است؟

- ۱ = بله
 ۲ = خیر
 ۹۹ = نمی‌دانم

☐

OSMU12

۱۲) در صورتی که جواب سؤال قبل بله است نوع صدمه را مشخص کنید.

OSMU13

۱۳) آیا شما تکران زمین خوردن هستید؟

- ۱ = بله
 ۲ = خیر

☐

OSMU14

۱۴) آیا شما سابقه کمردرد داشته‌اید؟

- ۱ = بله
 ۲ = خیر

☐

(در صورت پاسخ خیر به سؤال ۱۲ بروید.)

OSMU15

۱۵) بیشترین مدت کمردردی که شما در یک دوره داشته‌اید، چه مدت طول کشیده است؟

- ۱ = کمتر از ۶ هفته طول کشیده است. (حاد)
 ۲ = بیش از ۶ هفته طول کشیده است. (مزمن)

☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

۱۶) کیفیت کمردرد به چه

۱= مبهم

OSMU16

صورت است؟

۲= در محل مشخص

OSMU17

۱۷) به چه میزان در بلند کردن یک بار حدود ۴/۵ کیلوگرمی (مانند یک قوطی روغن نباتی ۵ کیلویی) مشکل دارید؟

۱= مشکلی ندارم

۲= مقداری مشکل دارم

۳= خیلی مشکل دارم / نمی توانم انجام بدهم

☐

OSMU18

۱۸) به چه میزان راه رفتن در اتاق برایتان مشکل است؟

۱= مشکلی ندارم

۲= مقداری مشکل دارم

۳= خیلی مشکل دارم / نمی توانم انجام بدهم

☐

OSMU19

۱۹) به چه میزان در بلند شدن از صندلی یا برخاستن از تخت مشکل دارید؟

۱= مشکلی ندارم

۲= مقداری مشکل دارم

۳= خیلی مشکل دارم / نمی توانم انجام بدهم

☐

OSMU20

۲۰) به چه میزان در بالا رفتن از ۱۰ پله مشکل دارید؟

۱= مشکلی ندارم

۲= مقداری مشکل دارم

۳= خیلی مشکل دارم / نمی توانم انجام بدهم

☐

OSMU21

۲۱) آیا سابقه شکستگی سر استخوان ران در بستگان درجه اول خود داشته اید؟

ردیف	بستگان	پاسخ ۱= بله؛ ۲= خیر؛ ۹۹= نمی دانم	در صورت بلی ۱= با حداقل ضربه، ۲= در اثر حادثه ۳= نمی دانم
OSMU21_1	پدر یا مادر		
OSMU21_2	خواهر یا برادر		

OSMU22

آیا سابقه پوکی استخوان در بستگان درجه اول خود داشته اید؟

۲۲

ردیف	بستگان	پاسخ ۱= بله؛ ۲= خیر؛ ۹۹= نمی دانم
OSMU22_1	پدر یا مادر	
OSMU22_2	خواهر یا برادر	

OSMU23

آیا در ۶ ماه اخیر مصرف ویتامین د داشته اید؟

۲۳

۱= بله به صورت منظم

۲= بله ولی نامنظم

۳= خیر مصرف نکردم

☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

OSMU24

سابقه کدامیک از بیماری های زیر را دارید؟

۲۴

ردیف	نام بیماری	پاسخ ۱=بله؛ ۲=خیر؛ ۹۹=نمی دانم
OSMU24_1	دیابت نوع یک (وابسته به انسولین)	
OSMU24_2	سابقه سوء جذب	
OSMU24_1	سابقه اسهال مزمن که بیش از دو هفته طول بکشد	
OSMU24_1	استئوژنر ایمپر فکتا	
OSMU24_1	پرکاری تیروئید درمان نشده	
OSMU24_1	هیپو گنادیسم	
OSMU24_1	یائسگی زودرس (زیر ۴۵ سال)	
OSMU24_1	بیماری کبدی مزمن	

OSMU25

کدامیک از داروهای زیر را مصرف می کنید؟

۲۵

- الف) لووتیروکسین
- ب) داروهای ضد تشنج (مانند: فنوباریتال، فنی توئین، کاربامازپین، والپروات سدیم و ...)
- پ) داروهای جایگزینی هورمونی (مانند: استروژن، پروژسترون و ...)
- ت) تاموکسیفن
- ث) داروهای ضد فشارخون (مانند: تiazیدها (هیدروکلروتیازید، تریامترن)، دیورتیک های حلقه ای (فورزماید)، بتابلاکرها (آتنولول، پروپرانولول، متوپرولول، کارودیلول)
- ج) کلسیم (کلسیم دی، کلسیم جوشان، کلسیم کربنات)
- چ) مولتی ویتامین

الف	
ب	
پ	
ت	
ث	
ج	
چ	

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

بررسی کیفیت زندگی

EQ-5D-1

(۱) در زمینه راه رفتن به چه صورتی هستید؟

۱= هیچ مشکلی در راه رفتن ندارم

۲= در راه رفتن مختصری مشکل دارم

۳= در راه رفتن بصورت متوسط مشکل دارم

۴= در راه رفتن بصورت شدید مشکل دارم

۵= روی تخت زمین گیر شده ام (نمی توانم راه بروم)

EQ-5D-2

(۲) در زمینه مراقبت شخصی به چه صورتی هستید؟

۱= هیچ مشکلی در زمینه مراقبتهای شخصی ندارم

۲= در شستشو و یا پوشیدن لباس مختصری مشکل دارم

۳= در شستشو و یا پوشیدن لباس بصورت متوسط مشکل دارم

۴= در شستشو و یا پوشیدن لباس بصورت شدید مشکل دارم

۵= نمی توانم خودم را بشویم یا لباسم را بپوشم

EQ-5D-3

(۳) در زمینه فعالیتهای عادی (مانند کار، مطالعه، کارهای خانه، خانواده یا تفریحی) به چه صورتی هستید؟

۱= در انجام فعالیتهای عادی ام هیچ مشکلی ندارم

۲= در انجام فعالیتهای عادی ام مختصری مشکل دارم

۳= در انجام فعالیتهای عادی ام بصورت متوسط مشکل دارم

۴= در انجام فعالیتهای عادی ام بصورت شدید مشکل دارم

۵= نمی توانم فعالیتهای عادی ام را انجام دهم

EQ-5D-4

(۴) در زمینه درد یا ناراحتی به چه صورتی

هستید؟

۱= هیچ درد یا ناراحتی ندارم

۲= درد یا ناراحتی مختصری دارم

۳= درد یا ناراحتی متوسطی دارم

۴= درد یا ناراحتی شدیدی دارم

۵= درد یا ناراحتی خیلی شدیدی دارم

EQ-5D-5

(۱) در زمینه اضطراب یا افسردگی به چه

صورتی هستید؟

۱= مضطرب یا افسرده نیستم

۲= مختصری دچار اضطراب یا افسردگی هستم

۳= بصورت متوسط دچار اضطراب یا افسردگی هستم

۴= بصورت شدید دچار اضطراب یا افسردگی هستم

۵= بصورت خیلی شدید دچار اضطراب یا افسردگی هستم

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
کد شرکت کننده			>>

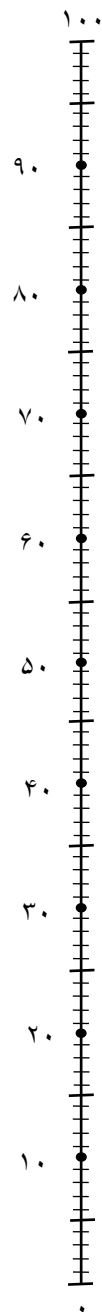
EQ-5D-6

بهترین وضعیت

سلامت قابل تصور

برای آنکه به افراد کمک کنیم تا بتوانند در مورد وضعیت سلامتی شان اظهار نظر کنند، یک درجه بندی را رسم کرده ایم (همانند یک دماسنج) که بر روی آن بهترین وضعیت سلامتی که می توانید تصور کنید با ۱۰۰ و بدترین وضعیت سلامتی که می توانید تصور کنید با ۰ نشان داده شده است.

از شما می خواهیم تا میزان سلامت فعلی خود را بر روی این درجه بندی مشخص کنید .



بدترین

وضعیت

سلامت قاندا

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

تاریخچه پزشکی

۱- آیا تا به حال توسط پزشک و یا سایر کارکنان بهداشت به شما گفته شده است که بیماری‌های زیر را دارید:

پر فشاری خون	HTN01	HTN02
فشار خون سیستولی بالاتر یا مساوی ۱۴۰ و یا دیاستولی بالاتر یا مساوی ۹۰ در سه نوبت اندازه‌گیری یا مصرف داروهای ضد فشار خون	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی‌دانم	در صورت بله آیا داروهای ضد فشار خون دریافت می‌کنید؟ ۱=بلی ۲=خیر
در صورت داشتن بیماری پر فشاری خون چه مدت به این بیماری مبتلا هستید؟	 (به ماه ذکر شود)	HTN03
اختلال در چربی خون	Dyslipid01	Dyslipid02
هرگونه اختلال در انواع چربی‌های خون	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی‌دانم	در صورت بله آیا داروهای ضد چربی خون دریافت می‌کنید؟ ۱=بلی ۲=خیر
در صورت داشتن بیماری اختلال چربی خون چه مدت به این بیماری مبتلا هستید؟	 (به ماه ذکر شود)	Dyslipid03
سکته قلبی	MI01	MI02
تعریف حادثه حاد کرونری بر اساس CTCAE v.4.03: اختلالی که با علائمی مشخص می‌شود که مربوط به وقوع ایسکمی عضله قلبی در اثر ضایعات عروق کرونری است. این طیف شامل آنژین تا وقوع انفارکت میوکارد است.	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی‌دانم	در صورت بله آیا دارو دریافت می‌کنید؟ ۱=بلی ۲=خیر
سکته مغزی	Stroke01	Stroke02
تعریف سکته مغزی بر اساس CTCAE v.4.03: وقوع از دست علائم حسی، حرکتی و غیره در اثر وقایع عروق داخل مغزی	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی‌دانم	در صورت بله آیا دارو دریافت می‌کنید؟ ۱=بلی ۲=خیر
نارسایی قلبی	CHF01	CHF02
تعریف نارسایی قلبی بر اساس CTCAE v.4.03: اختلالی که در اثر ناتوانی عضله قلبی برای پمپاژ خون با سرعت و حجم مناسب نیازهای بافتی به وجود می‌آید. این شرایط شامل زمانی که قلب برای جبران ناتوانی فشار Filling را بالا می‌برد نیز می‌شود.	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی‌دانم	در صورت بله آیا دارو دریافت می‌کنید؟ ۱=بلی ۲=خیر
دیابت (مرض قند)	Diabetes01	Diabetes02
قند خون ناشتا بالاتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا قند غیر ناشتا بالاتر از ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا مصرف داروهای ضد دیابت	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی‌دانم	در صورت بله درمان‌های مستمری که استفاده می‌کنید، چیست؟ ۱=هیچ ۲=رژیم غذایی ۳=ترکیبات گیاهی ۴=قرص‌های ضد دیابت ۵=انسولین
نوع دیابت	۱=دیابت نوع یک ۲=دیابت نوع دو ۳=نمی‌دانم	Diabetes03
در صورت داشتن بیماری دیابت چه مدت به این بیماری مبتلا هستید؟	 (به ماه ذکر شود)	Diabetes04

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

پرکاری تیروئید	HyperThy01	HyperThy02
داشتن TSH کمتر از ۰/۴ میکرو یونیت در میلی لیتر یا تشخیص پزشک مبنی بر پرکاری تیروئید یا مصرف داروهای ضد تیروئید	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱=بله ۲=خیر
کم کاری تیروئید	HypoThy01	HypoThy02
داشتن TSH بیش از ۱۰ میکرو یونیت در میلی لیتر یا تشخیص پزشک مبنی بر کم کاری تیروئید یا مصرف داروهای تیروئید	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱=بله ۲=خیر
لقوه (پارکینسون)	Parkinson01	Parkinson02
بیماری پیش رونده سیستم اعصاب که با لرزش یک طرفه یا دو طرفه، سفتی عضلات حرکتی، حرکات غیر دقیق و وضعیت بدن با سر قرار گرفته در جلو همراه است و از سنین میانسال و سالمندی شروع می شود یا تشخیص پزشک مبنی بر پارکینسون و یا مصرف داروهای ضد پارکینسون	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱=بله ۲=خیر
آلزایمر (دمانس)	Alzheimer01	Alzheimer02
اختلال در دو حیطه شناختی نظیر حافظه و آگاهی به شخص و ... که با عملکرد روزمره زندگی فرد تداخل داشته باشد یا تشخیص متخصص مبنی بر آلزایمر یا دمانس	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱=بله ۲=خیر
روماتیسم مفصلی	Rharth01	Rharth02
یک بیماری پیش رونده خود ایمنی است که با درد، التهاب و بد شکل شدن مفاصل همراه است. بیشتر مفاصل کوچک مانند دست به جز مفصل انتهایی انگشتان را درگیر می کند یا تشخیص پزشک متخصص مبنی بر روماتیسم مفصلی	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱=بله ۲=خیر
آرتروز (استئوآرتروز)	Osteoarth01	Osteoarth02
بیماری است که با درگیری غضروف و بندپی ها و استخوان زیر غضروف همراه است. در سنین بالاتر بیشتر دیده می شود. با دردناکی و محدودیت حرکتی مفاصل بزرگ مانند زانو ها و لگن همراه است.	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱=بله ۲=خیر
سنگ کلیه (شن کلیه)	Stone01	Stone02
داشتن سنگ در کلیه در سونوگرافی یا حمله شدید درد در پهلو و قسمت تحتانی شکم که با دفع شن از ادرار همراه بوده باشد.	۱=بله ۲=خیر ۳=نامطمئن	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱=بله ۲=خیر
نارسایی کلیه مزمن	CRF01	CRF02
میزان فیلتراسیون گلومرولی کمتر از ۱۰ درصد یا دیالیز و یا تشخیص پزشک متخصص	۱=بله ۲=خیر ۹۹=نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱=بله ۲=خیر
تشنج (صرع)	Seizures01	Seizures02
حملات از دست رفتن هوشیاری به همراه حرکات اندام ها قفل شدن دهان و گاهی عدم کنترل ادرار همراه است یا تشخیص پزشک	۱=بله ۲=خیر	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

۹۹= نمی دانم ۱= بله ۲= خیر			
افسردگی		Depression01	Depression02
تشخیص پزشک مبنی بر افسردگی		۱= بله ۲= خیر ۹۹= نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱= بله ۲= خیر
بیماری های ریوی		LungDis01	LungDis02
تنگی نفس حمله ای یا دائم یا تشخیص آسم، بیماری های انسدادی ریوی توسط پزشک		۱= بله ۲= خیر ۹۹= نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱= بله ۲= خیر
بیماری های کبدی		LiverDis01	LiverDis02
نارسایی کبدی نظیر سیروز کبدی بنا به تشخیص پزشک (سنگ کیسه صفرا و کبد چرب، مشمول بیماری های کبدی نمی شود.)		۱= بله ۲= خیر ۹۹= نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱= بله ۲= خیر
سرطان		Cancer01	Cancer03
تشخیص سرطان در هر یک از ارگان های بدن توسط پزشک متخصص در طول زندگی		۱= بله ۲= خیر ۹۹= نمی دانم	در صورت بله آیا درمانی توسط پزشک برای شما تجویز شده است؟ ۱= بله ۲= خیر
		Cancer02	
		در صورت بله نوع سرطان مشخص شود:	

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

MedHis01

(۲) آیا در یک سال گذشته بستری در بیمارستان به هر دلیلی داشته‌اید؟

(منظور ماندن در بیمارستان حداقل به مدت ۲۴ ساعت است)

۱ = بله

۲ = خیر

☐

(در صورت پاسخ خیر بروید به سؤال ۶)

(۳) در صورتی که پاسخ شما به سؤال قبلی بلی است دلایل، مدت و محل بستری را بنویسید.

نوبت بستری در یک سال گذشته	علت	مدت بستری (به روز ذکر شود)	محل بستری
۱	MedHis02_C	MedHis02_D	MedHis02_P
۲	MedHis03_C	MedHis03_D	MedHis03_P
۳	MedHis04_C	MedHis04_D	MedHis04_P
۴	MedHis05_C	MedHis05_D	MedHis05_P
۵	MedHis06_C	MedHis06_D	MedHis06_P
۶	MedHis07_C	MedHis07_D	MedHis07_P
۷	MedHis08_C	MedHis08_D	MedHis08_P
۸	MedHis09_C	MedHis09_D	MedHis09_P
۹	MedHis10_C	MedHis10_D	MedHis10_P

MedHis11

(۴) آیا در یک سال اخیر کاهش وزن غیر ارادی (بیش از ۵ کیلوگرم) داشته‌اید؟

۱ = بله

۲ = خیر

۹۹ = نمی‌دانم

☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

فرم ثبت داروهای مصرفی

لطفاً نام و مشخصات داروهای مصرفی شرکت کننده را در جدول زیر وارد نمایید

Drug01

۱- داروهای تجویز شده توسط پزشک

ردیف	نام دارو	نوع ترکیب (قرص، کپسول،...)	قدرت دارو (میلی گرم)	تعداد یا مقدار (در روز) (و یا prn یا stat)	طول مدت مصرف (سال و ماه)
۱					 سال و ماه
۲					 سال و ماه
۳					 سال و ماه
۴					 سال و ماه
۵					 سال و ماه
۶					 سال و ماه
۷					 سال و ماه
۸					 سال و ماه
۹					 سال و ماه
۱۰					 سال و ماه

Drug02

۲- داروهای مصرفی تجویز نشده توسط پزشک

ردیف	نام دارو	نوع ترکیب (قرص، کپسول،...)	قدرت دارو (میلی گرم)	تعداد یا مقدار (در روز) (و یا prn یا stat)	طول مدت مصرف (سال و ماه)
۱					 سال و ماه
۲					 سال و ماه
۳					 سال و ماه
۴					 سال و ماه
۵					 سال و ماه
۶					 سال و ماه
۷					 سال و ماه
۸					 سال و ماه

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

ارزیابی عملکرد روزمره زندگی

این سوالات را از فرد یا همراه او پرسید و پاسخ داده شده را وارد نمایید:

ارزیابی عملکرد روزمره زندگی پایه

ADLEAT	غذا خوردن (۱)	۱= قادر نیست ۲= در تکه کردن نان یا مالیدن کره بر روی نان نیاز به کمک دارد. (یا نیاز به رژیم تعدیل شده دارد). ۳= مستقل	☐
ADLBATH	حمام کردن (۲)	۱= وابسته ۲= مستقل	☐
ADLURINE	کنترل ادرار (۳)	۱= کنترل ندارد یا سونداژ دارد که خود به تنهایی قادر به مدیریت آن نیست. ۲= گهگاهی کنترل ادرار ندارد. ۳= کنترل ادرار دارد.	☐
ADLWC	استفاده از توالت (۴)	۱= وابسته ۲= نیاز به مقداری کمک دارد ولی گاهی می تواند تنهایی انجام دهد. ۳= مستقل (در پایین کشیدن شلوار و شستن خود)	☐
ADLDISPLACE	جا به جایی (از تخت به صندلی و بالعکس) (۵)	۱= نمی تواند، تعادل در نشستن ندارد. ۲= کمک زیاد (یک یا دو نفر به صورت فیزیکی تا بتواند بنشیند) ۳= کمک کم (کمک کلامی یا فیزیکی) ۴= غیر وابسته	☐
ADLDRESS	لباس پوشیدن (۶)	۱= وابسته ۲= نیاز به کمک دارد ولی می تواند حدود نیمی از کارها را بدون کمک انجام دهد. ۳= بدون کمک (شامل بستن دکمه، زیپ، بند کفش و غیره)	☐
ADLCLEAN	نظافت شخصی و آراستن خود (۷)	۱= برای مراقبت از خود نیاز به کمک دارد. ۲= مستقل در آرایش صورت، شانه کردن، تراشیدن صورت (هر چند وسایل توسط مراقب فراهم شود) باشد.	☐
ADLSTOOL	کنترل مدفوع (۸)	۱= کنترل ندارد (یا نیاز به انما دارد) ۲= گاهی کنترل ندارد ۳= کنترل مدفوع دارد	☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

ADLSTAIRS

۹) بالا رفتن از پله

۱= نمی تواند از پله بالا رود.

۲= نیاز به کمک دارد. (کلامی، فیزیکی یا حمل وسیله کمکی)

۳= مستقل (حتی با وسایل کمکی مانند عصا)

☐

۱۰) توانایی حرکت (در یک سطح صاف)

۱= بی حرکت و یا توانایی حرکت کمتر از ۴۰ متر

۲= با ویلچر غیر وابسته شامل حرکت در تمام جهات بیش از ۴۰ متر

۳= با کمک یک نفر بیش از ۴۰ متر راه می رود. (فیزیکی یا کلامی)

۴= مستقل حرکت بیش از ۴۰ متر (ممکن است از وسایل کمکی استفاده کند).

☐

ارزیابی عملکرد روزمره زندگی متوسط

۱) توانایی استفاده از تلفن

۱= با ابتکار خود تلفن می زند، شماره را دیده و آن را می گیرد.

۲= چند شماره را می تواند بگیرد.

۳= پاسخ به تلفن می دهد و تلفن نمی تواند بزند.

۴= اصلاً از تلفن نمی تواند استفاده کند.

☐

۲) تهیه غذا

۱= طراحی، آماده و کشیدن غذای کافی به صورت مستقل انجام می دهد.

۲= قادر به آماده کردن غذاهای نیمه آماده است.

۳= قادر به گرم کردن و کشیدن غذای آماده هست.

۴= برای تهیه و کشیدن غذا نیاز به کمک دارد.

۹۹= هیچگاه در طول زندگی این کار را انجام نداده است.

☐

۳) شستن لباس

۱= تمام لباس های خود را بدون کمک می شوید.

۲= لباس های کوچک مثل جوراب و غیره را خود می شوید.

۳= تمام شستن لباس هایش باید توسط دیگران انجام شود.

۹۹= هیچگاه در طول زندگی این کار را انجام نداده است.

☐

۴) مسئولیت مصرف داروها

۱= می تواند داروهای خود را سر موقع و با دوز صحیح مصرف کند.

۲= می تواند داروهایش را اگر در دوزهای جداگانه چیده شده باشند خودش استفاده کند.

۳= اصلاً نمی تواند داروهایش را خودش استفاده کند.

☐

۵) خرید

۱= تمام خریدهای لازم را انجام می دهد.

۲= خریدهای کوچک را انجام می دهد.

۳= نیاز به یک نفر برای همراهی در حین خرید دارد.

۴= اصلاً قادر به خرید نیست.

۹۹= هیچگاه در طول زندگی این کار را انجام نداده است.

☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

ADLIHOUSE

۶) خانه داری

- ۱= کارهای مربوط به نگهداری و تمیز کردن خانه را انجام می دهد و گاهی در کارهای سنگین نیاز به کمک دارد.
- ۲= کارهای سبک روزانه خانه مثل شستن ظرف ها و جمع آوری رختخواب را انجام می دهد.
- ۳= کارهای سبک را انجام می دهد ولی نمی تواند تمیزی خانه را حفظ کند.
- ۴= در تمام کارهای خانه نیاز به کمک دارد.
- ۵= توانایی کمک در هیچ کار خانه را ندارد.
- ۹۹= هیچگاه در طول زندگی این کار را انجام نداده است.

ADLITRANSPORTATION

۷) نحوه حمل و نقل

- ۱= می تواند با استفاده از حمل و نقل عمومی و یا رانندگی به مقصد می رسد.
- ۲= می تواند برای سفر خود برنامه ریزی کند و تاکسی تلفنی بگیرد ولی از وسایل حمل و نقل عمومی نمی تواند استفاده کند.
- ۳= اگر کسی به او کمک کند یا با کسی باشد می تواند از وسیله حمل و نقل عمومی استفاده کند.
- ۴= اگر کسی کمک کند حمل و نقل او محدود به تاکسی تلفنی است.
- ۵= اصلاً نمی تواند به جایی برود.

ADLIFINANCIAL

۸) توانایی رسیدگی به امور مالی

- ۱= می تواند مسائل مالی را به تنهایی مدیریت کند (نظیر بودجه بندی، نوشتن چک، پرداخت اجاره و صورتحساب، رفتن به بانک)؛ جمع آوری و نگهداری درآمدها ...
- ۲= خریدهای روزمره را می تواند مدیریت کند ولی برای کارهای بانکی خریدهای بزرگ نیاز به کمک دارد.
- ۳= توانایی رسیدگی به مسائل مالی را ندارد.
- ۹۹= هیچگاه در طول زندگی این کار را انجام نداده است.

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

آزمون اختلال شناختی (CIT-6)

CIT01

۱) امسال چه سال هجری شمسی است؟

۱=درست

۲=نادرست

CIT02

۲) هم اکنون چه برجی (ماه)ی از سال است؟

۱=درست

۲=نادرست (۱ ماه اختلاف با ماه صحیح دارد)

۳=نادرست (بیش از یک ماه با ماه صحیح فاصله دارد)

۳ آدرس پنج قسمتی زیر را به طور دقیق به خاطر بسپارید، مجدداً چند دقیقه بعد از شما پرسیده خواهد شد:

حتماً از بیمار بخواهید بعد از شما چند بار تکرار کند تا در حافظه ثبت شود

بوشهر، خیابان راستان، کوچه محبوب، پلاک ۴۲، منزل جلیلی

CIT04

۴) (بدون نگاه به ساعت) الان ساعت چند است؟

۱=درست

۲=نادرست (۱ ساعت اختلاف با ساعت صحیح دارد)

۳=نادرست (بیش از یک ساعت با ساعت صحیح فاصله دارد)

CIT05

۵) از عدد ۲۰ یکی یکی کم کنید.

۱=درست

۲=یک جواب نادرست

۳=بیش از یک جواب نادرست

CIT06

۶) ماه‌های سال را به صورت برعکس از آخر به اول بگویید.

۱=درست

۲=یک جواب نادرست

۳=بیش از یک جواب نادرست

CIT03

۳) آدرس قبلی که به خاطر سپرده بودید را بگویید.

۱=درست

۲=یک جواب نادرست

۳=دو جواب نادرست

۴=سه جواب نادرست

۵=چهار جواب نادرست

۶=پنج جواب نادرست

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

بررسی مختصر وضعیت شناختی MMSE

(۱) آیا شرکت کننده سواد خواندن و نوشتن دارد؟

۱ = بله

۲ = خیر

☐

(۲) سوالات زیر را از فرد بپرسید.

پاسخهای مجاز: ۱ = درست ۲ = نادرست ۳ = نمی داند

امسال چه سال هجری شمسی است؟	اکنون چه فصلی از سال است؟	اکنون چه ماهی است؟
MMSE02_1	MMSE02_2	:02_3
امروز چندم ماه است؟	امروز چند شنبه است؟	نام کشورمان چیست؟
MMSE02_4	MMSE02_5	:02_6
نام استان ما چیست؟	نام این شهر چیست؟	نام این محله چیست؟
MMSE02_7	MMSE02_8	:02_9
در طبقه چندم ساختمان هستید؟		
MMSE02_10		

(۳) سه شی سبب، میز و کفش را تکرار کنید.

امتیاز به تعداد تکرار صحیح

☐

(۴) از ۱۰۰ هفت تا هفت تا کم کنید تا به شصت و پنج برسید یا کلمه لیوان را برعکس هجی کنید.

پاسخ: (۹۳-۸۶-۷۹-۷۲-۶۵) یا (ناویل)

۱ = ۵ عدد را درست می گوید. (کلمه لیوان را درست ، برعکس هجی می کند.)

۲ = ۴ عدد را درست می گوید.

۳ = ۳ عدد را درست می گوید.

۴ = ۲ عدد را درست می گوید.

۵ = ۱ عدد را درست می گوید.

۶ = هیچ عددی را درست نمی گوید (کلمه لیوان را درست، برعکس هجی نمی کند.)

☐

(۵) سه شی قبلی که گفته شده است را به خاطر آورید و بگویید

(هر شی گفته شده یک امتیاز)

☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

MMSE06

۶) قلم و ساعت مچی را به آزمودنی نشان دهید و بگویید: نام این‌ها چیست؟

۱= هر دو شیء را درست می‌گوید.

☐

۲= یک شیء را درست می‌گوید.

۳= نمی‌تواند هیچ کدام را درست بگوید.

MMSE07

۷) این جمله را تکرار کنید "تاجر تجارت توپ می‌کند".

۱= درست تکرار می‌کند.

☐

۲= نادرست تکرار می‌کند.

MMSE08

۸) این سه کار را انجام دهید: "این کاغذ را با دست راست بردار، آن را از وسط تا کن و بر روی زمین بگذار"

۱= می‌تواند انجام دهد.

☐

۲= نمی‌تواند انجام دهد.

MMSE09

۹) این نوشته را بخوانید و انجام دهید: "چشمتان را ببندید"

۱= می‌تواند انجام دهد.

☐

۲= نمی‌تواند انجام دهد.

MMSE10

۱۰) یک جمله بنویسید:

☐

۱= می‌تواند انجام دهد.

۲= نمی‌تواند انجام دهد.

MMSE11

۱۱) این تصویر را بکشید.

☐


۱= می‌تواند انجام دهد.

۲= نمی‌تواند انجام دهد.

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

ارزیابی سلامت خلق PHQ-9

در طی ۲ هفته اخیر کدامیک از علائم زیر و هر کدام را چند روز داشته اید؟

پاسخ‌ها:

۱= اصلاً وجود ندارد یا یک روز در طی دو هفته اخیر وجود داشته است.

۲= ۲-۶ روز در طی دو هفته اخیر وجود داشته است. (چندین روز)

۳= ۷-۱۱ روز در طی دو هفته اخیر وجود داشته است. (بیش از نیمی از روزها؛ بیش از یک هفته)

۴= ۱۲ روز یا بیشتر در طی دو هفته اخیر وجود دارد. (تقریباً هر روز)

PHQ01	۱- کم حوصله بودن و علاقه کم برای انجام کارها	☐
PHQ02	۲- احساس غمگینی، افسردگی، یا ناامیدی	☐
PHQ03	۳- مشکل در به خواب رفتن یا تداوم خواب، یا خوابیدن بیش از حد	☐
PHQ04	۴- احساس خستگی و یا کم انرژی بودن	☐
PHQ05	۵- کم اشتها یا پرخوری	☐
PHQ06	۶- داشتن احساس بد در مورد خود، و یا این که خود را یک فرد شکست خورده بدانید و تصور کنید که باعث بدبختی خود و یا خانواده شده اید.	☐
PHQ07	۷- داشتن مشکل در تمرکز برای انجام کارهایی مانند خواندن روزنامه و یا تماشای تلویزیون	☐
PHQ08	۸- حرکت کردن و یا صحبت کردن کند و آهسته به حدی که دیگران نتوانند متوجه شوند و یا برعکس؛ احساس بی قراری و نا آرامی شدید به طوری که تحرک فرد بیش از حد معمول باشد.	☐
PHQ09	۹- داشتن افکار این که بهتر است زنده نباشد و یا به خود به هر طریقی آسیب بزند.	☐
PHQ10	۱۰ اگر مشکلات فوق وجود داشته است، چقدر بر کار، انجام وظایف فرد در خانه و روابط فرد با دیگر افراد اثر گذاشته است.	☐

۱= اصلاً مشکلی ایجاد نکرده است.

۲= تا حدودی مشکل ایجاد کرده است.

۳= مشکلات زیادی ایجاد کرده است.

۴= مشکلات بسیار زیادی ایجاد کرده است.

PHQ11	۱۱ آیا فکر می کنید هر کاری می کنید، یک تلاش بیهوده است؟	☐
	۱= بله	
	۲= خیر	☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

Social-Frail-01

۱) آیا در مقایسه به سال قبل، کمتر از منزل خارج می شوید؟

۱ = بلی

۲ = خیر

☐

Social-Frail-02

۲) آیا گهگاهی دوستانتان را ملاقات می کنید ؟

۱ = بلی

۲ = خیر

☐

Social-Frail-03

۳) آیا احساس می کنید، داشتن رابطه با دوستان و خانواده مفید است؟

۱ = بلی

۲ = خیر

☐

Social-Frail-04

۴) آیا به تنهایی زندگی می کنید؟

۱ = بلی

۲ = خیر

☐

Social-Frail-05

۵) آیا با بعضی از افراد هر روز گفتگو می کنید؟

۱ = بلی

۲ = خیر

☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

ارزیابی تغذیه

Nutrition01

کلیه مواد غذایی که فرد در روز گذشته مصرف کرده است را به طور جداگانه وارد جدول زیر نمایید.

توضیحات	مواد خوراکی مصرف شده + مقدار مصرف	وعده غذایی	ساعت
		قبل از صبحانه	
در صورت مصرف لیبنات کم چرب یا پر چرب بودن آن ذکر شود.		صبحانه	
		میان وعده صبح	
وعده غذایی از نظر میزان چربی مشخص شود: ☐ چرب ☐ معمولی ☐ کم چرب		ناهار	
		میان وعده عصر	
وعده غذایی از نظر میزان چربی مشخص شود: ☐ چرب ☐ معمولی ☐ کم چرب		شام	
		قبل از خواب	

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

سنجش فشارده تغذیه (MNA)

MNA01

۱) آیا در طول سه ماه گذشته، دچار کاهش در دریافت غذا به دلیل از دست دادن اشتها، مشکلات گوارشی، اشکال در جویدن و یا بلعیدن شده‌اید؟

- ۱= بله کاهش شدید در دریافت غذا
۲= بله کاهش متوسط در دریافت غذا
۳= خیر، تغییری در میزان دریافت غذا ایجاد نشده است.

☐

MNA02

۲) آیا در سه ماه گذشته کاهش وزن غیر ارادی داشته‌اید؟

- ۱= بله کاهش وزن بیش از ۳ کیلوگرم
۲= بله کاهش وزن بین ۱ تا ۳ کیلوگرم
۳= کاهش وزن نداشته‌ام.
۹۹= نمی‌دانم

☐

MNA03

۳) آیا در طول سه ماه گذشته از استرس روانی یا بیماری حاد و شدیدی رنج برده‌اید؟

- ۱= بله
۲= خیر

☐

MNA04

۴) آیا فرد مشکلات عصبی - روانی که پزشک تشخیص داده باشد، دارد؟

- ۱= بله، مشکلات روانی شدید (مثل دمانس، آلزایمر شدید) یا افسردگی شدید
۲= بله، مشکلات روانی خفیف (مثل دمانس، آلزایمر خفیف)
۳= خیر مشکلات روانی ندارد.

☐

MNA05

۵) فرد در روز چند وعده غذای کامل می‌خورد؟

- ۱= یک وعده غذا
۲= دو وعده غذا
۳= سه وعده غذا

☐

(منظور از یک وعده غذایی کامل مصرف حداقل ۳ نوع از اقلام غذایی در یک وعده غذایی (صبحانه و یا ناهار و یا شام) است.

به عنوان مثال، مصرف سیب زمینی، سبزیجات و گوشت در وعده ناهار، یک وعده غذایی کامل محسوب می‌شود. و یا مصرف نان، تخم‌مرغ و میوه در وعده صبحانه را یک وعده غذایی کامل در نظر می‌گیریم.)

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

MNA06

(۶) نوع منبع غذایی پروتئین دریافتی فرد چیست؟

پاسخ‌ها: ۱=بله ۲=خیر

حداقل یک وعده در روز، فراورده‌های لبنی (شیر، پنیر، ماست) مصرف می‌کند.

MNA06_1

۱) لیوان شیر، ۵۰ گرم پنیر (۱/۵ قوطی کبریت پنیر)، ۱ لیوان ماست و ۲ لیوان دوغ را به عنوان یک وعده (سهیم) لبنیات در نظر می‌گیریم. مثلاً اگر فردی در یک روز حداقل ۱ لیوان شیر مصرف کند، پاسخ این سوال بله است. یا اگر فردی در یک روز حداقل نصف لیوان ماست و حدود ۳۰ گرم پنیر مصرف کند، پاسخ سوال بله خواهد بود.

☐

دو وعده یا بیشتر در هفته تخم مرغ یا حبوبات مصرف می‌کند.

MNA06_2

۲ عدد تخم مرغ، نصف لیوان حبوبات پخته به عنوان یک وعده تخم مرغ و یا حبوبات در نظر گرفته می‌شود. در ارتباط با این سوال، اگر فردی حداقل ۲ عدد تخم مرغ و نصف لیوان حبوبات پخته و یا حداقل ۴ عدد تخم مرغ (حتی بدون مصرف کردن حبوبات) در طول یک هفته مصرف کند، پاسخ این سوال بله خواهد بود.

☐

حداقل یک وعده در روز گوشت یا مرغ یا ماهی یا میگو مصرف می‌کند.

MNA06_3

منظور از یک وعده، ۶۰-۷۵ گرم در روز گوشت قرمز، مرغ، ماهی و یا میگو مصرف می‌کنید.

☐

MNA07

(۷) آیا فرد در طول یک روز دو وعده یا بیشتر میوه یا سبزی مصرف می‌کند؟

۱=بله

۲=خیر

منظور از یک وعده میوه عبارت است از حدود ۱۰۰ گرم از اغلب میوه‌ها، حدود ۳۰۰-۲۵۰ گرم خربزه، هندوانه و طالبی، ۳ عدد خرما، زردآلو، حدود ۱۰-۱۲ گیلان، آلبالو، نصف لیوان آبمیوه

☐

منظور از یک وعده سبزی عبارت است از حدود ۱ لیوان سبزیجات خام و نصف لیوان سبزیجات پخته، نصف لیوان آب سبزیجات

MNA08

(۸) فرد چه مقدار مایعات در روز مصرف می‌کند؟

(کل میزان مصرفی به تعداد لیوان ذکر شود).
(منظور هر نوع نوشیدنی اعم از آب، آبمیوه، قهوه، چای، شیر و ... می‌باشد).

☐

MNA09

(۹) نظر فرد در مورد وضعیت تغذیه خود چیست؟

۱=به نظر خودش سوء تغذیه دارد.

۲=در مورد وضعیت تغذیه‌اش مردد است.

۳=به نظر خودش مشکل تغذیه ندارد.

☐

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

MNA10

۱۰) در مقایسه با افراد مسن، فرد سلامتی را چگونه می بیند؟

۱= بهتر از دیگران است.

۲= به خوبی دیگران است.

۳= به خوبی دیگران نیست.

۴= نمی داند.

MNA11

۱۱) آیا فرد به تنهایی زندگی می کند؟

(در آسایشگاه سالمندان و یا بیمارستان یا پیش اقوام زندگی نمی کند.)

۱= بله

۲= خیر

MNA12

۱۲) آیا فرد زخم بستر دارد؟

۱= بله

۲= خیر

MNA13

۱۳) آیا فرد بیش از سه داروی تجویز شده در روز مصرف می کند؟

۱= بله

۲= خیر

MNA14

۱۴) تحرک داشتن فرد به چه صورت است؟

۱= تنها قادر به نشستن بر روی تختخواب یا صندلی می باشد.

۲= قادر به نشستن بر روی تختخواب یا صندلی می باشد ولی قادر به بیرون رفتن نیست.

۳= قادر به بیرون رفتن می باشد.

MNA14

۱۵) طریقه غذاخوردن فرد به چه صورت است؟

۱= نمی تواند بدون کمک غذا بخورد.

۲= به تنهایی ولی به سختی غذا می خورد.

۳= به تنهایی و بدون هیچ مشکلی غذا می خورد.

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI)

PSQI01	(۱) معمولاً چه ساعتی شب‌ها به رختخواب رفته‌اید؟	
PSQI02	(۲) معمولاً هر شب چند دقیقه بعد از رفتن به بستر (در عرض چند دقیقه) شما به خواب رفته‌اید؟	
PSQI03	(۳) چه زمانی (ساعتی) شما صبح از خواب بر می‌خیزید؟	
PSQI04	(۴) اغلب شما چند ساعت در شب، واقعاً خوابیده‌اید؟	
PSQI05	(۵) اغلب چند ساعت در رختخواب بوده‌اید؟	
PSQI06	(۶) آیا در طول روز در طی یک ماه اخیر خوابیده‌اید؟ ۱ = بله ۲ = خیر	
PSQI07	(۷) چه موقع در طی روز معمولاً می‌خوابید؟ ۱ = قبل از ظهر ۲ = بعد از ظهر ۳ = هر دو	
PSQI08	(۸) چند دقیقه در روز معمولاً می‌خوابید؟	

به سؤالاتی که در ادامه می‌آیند بر اساس مقادیر زیر امتیاز دهید.

۱ = اصلاً در طی ماه گذشته چنین موردی نداشتم.
 ۲ = کمتر از یک بار در هفته چنین موردی داشتم.
 ۳ = یک یا دو بار در هفته چنین موردی داشتم.
 ۴ = سه بار یا بیشتر در هفته چنین موردی داشتم.

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

PSQI09

۹) در طول ماه گذشته، چقدر از مشکلات زیر را در خواب داشته‌اید؟

- | | | |
|----------|--|--------------------------|
| PSQI09_1 | نتوانستم در عرض ۳۰ دقیقه (بعد از رفتن به رختخواب) به خواب روم. | ☐ |
| PSQI09_2 | وسط شب یا صبح زود بیدار شدم. | ☐ |
| PSQI09_3 | مجبور به گرفتن دوش (برای خواب رفتن) شدم | ☐ |
| PSQI09_4 | (در طی خواب) نمی توانستم راحت نفس بکشم. | ☐ |
| PSQI09_5 | (در طی خواب) احساس سرما داشتم. | ☐ |
| PSQI09_6 | (در طی خواب) احساس گرمای شدید داشتم. | ☐ |
| PSQI09_7 | خواب های بد دیدم. | ☐ |
| PSQI09_8 | سایر دلایل (ذکر کنید) | ☐ |

PSQI10

۱۰) در طی ماه گذشته برای کمک به خواب رفتن، چند مرتبه دارو مصرف کرده‌اید؟

☐

PSQI11

۱۱) در طی ماه گذشته، در زمان‌هایی که نیاز به بیدار بودن شما بوده است، مانند زمان رانندگی، خوردن غذا، یا در طی مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی (به علت خواب آلودگی) چند بار با مشکل مواجه شدید؟

☐

PSQI12

۱۲) در طول ماه گذشته وجود مشکلات خواب چقدر از انجام کارهای مورد علاقه شما جلوگیری کرده است؟

☐

PSQI13

۱۳) در طول ماه گذشته، به طور کلی کیفیت خواب را چگونه ارزیابی می کنید؟

☐

امتیاز صفر = خیلی خوب

امتیاز ۱ = نسبتاً خوب

امتیاز ۲ = نسبتاً بد

امتیاز ۳ = خیلی بد

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

معاینات بالینی

Weight		وزن (کیلوگرم)	Height		قد (سانتی متر)
Neckcm		دور گردن (سانتی متر)	Leglength		طول ساق پا راست (به سانتی متر)
Hipcm		دور باسن (به سانتی متر)	Waistcm		دور کمر (به سانتی متر)
FemurRt		دور ران راست (به سانتی متر)	ArmAround		دور بازوی راست در میان بازو (به سانتی متر)
LegAround		دور ساق پای راست در بزرگترین محیط (به سانتی متر)	Forearm		دور ساعد راست (به سانتی متر)
Walking_4		مدت راه رفتن ۴/۵۷ متر (به ثانیه) در صورتی که فرد از وسیله کمکی استفاده می کند با همان حالت مسیر را طی کند.	WristAround		دور مچ دست راست (سانتی متر)
			ArmLength		طول بازوی راست (به سانتی متر)
Walking_2		مدت راه رفتن ۲/۴۴ متر (به ثانیه) در صورتی که فرد از وسیله کمکی استفاده می کند با همان حالت مسیر را طی کند	RepChStn		برخاستن از صندلی طبق پروتکل : ۵ بار بدون فاصله در بین هر بار (به ثانیه) (در صورتی که نتوانست در هر بار برخاستن، از صندلی بلند شود تست را متوقف نماید. در صورتی که به هر نحو به نظر برسد که این کار موجب ناراحتی فرد می شود و یا برای او مناسب نمی باشد تست را متوقف نماید.)
SemiTandem		ایستادن با پاهای semi-Tandem به مدت ۱۰ ثانیه ۱- می تواند به مدت ۱۰ ثانیه بایستد. ۲- کمتر از ۱۰ ثانیه می ایستد. ثانیه ۳- اصلاً نمی تواند بایستد.	FeetTogether		ایستادن به مدت ۱۰ ثانیه با پاهای جفت شده ۱- می تواند به مدت ۱۰ ثانیه بایستد ۲- کمتر از ۱۰ ثانیه می ایستد. ثانیه ۳- اصلاً نمی تواند بایستد
			FullTandem		ایستادن با پاهای Full-Tandem به مدت ۱۰ ثانیه ۱- می تواند به مدت ۱۰ ثانیه بایستد. ۲- کمتر از ۱۰ ثانیه می ایستد. ثانیه ۳- اصلاً نمی تواند بایستد.

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

HandGrip_Lt1		قدرت دست چپ در نوبت اول (کیلوگرم)	HandGrip_Rt1		قدرت دست راست در نوبت اول (کیلوگرم)
HandGrip_Lt2		قدرت دست چپ در نوبت دوم (کیلوگرم)	HandGrip_Rt2		قدرت دست راست در نوبت دوم (کیلوگرم)
HandGrip_Lt3		قدرت دست چپ در نوبت سوم (کیلوگرم)	HandGrip_Rt3		قدرت دست راست در نوبت سوم (کیلوگرم)
DBP_1		فشار خون دیاستولی دست اولین نوبت (میلی متر جیوه)	SBP_1		فشار خون سیستولی دست اولین نوبت (میلی متر جیوه)
DBP_2		فشار خون دیاستولی دست دومین نوبت (میلی متر جیوه)	SBP_2		فشار خون سیستولی دست دومین نوبت (میلی متر جیوه)

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

حوزه		خوشه	
------	--	------	--

کد شرکت کننده					>>
---------------	--	--	--	--	----

آزمون حدت بینایی

VISACU_RIGHT

(۱) حدت بینایی در چشم راست

VISACU_LEFT

(۲) حدت بینایی در چشم چپ

VISACU_BOTH

(۳) حدت بینایی با هر دو چشم

آزمون نجوا

WSPR_RIGHT

(۱) تعداد کلمات تکرار شده توسط شرکت کننده در آزمون گوش راست (از ۶ حرف)

WSPR_LEFT

(۲) تعداد کلمات تکرار شده توسط شرکت کننده در آزمون گوش چپ (از ۶ حرف)

برنامه سلامت سالمندی بوشهر (فاز دوم - مرحله اول)

	خوشه		حوزه
--	------	--	------

>>					کد شرکت کننده
----	--	--	--	--	---------------

جهت اسکن

MMSE10

۱۰) یک جمله بنویسید

MMSE11

۱۱) این تصویر را بکشید.

