

پرسشنامه

با سلام

پاسخگوی عزیز این پرسشنامه جهت تعیین میزان شیوع بیماری پانیک در مراجعه‌کنندگان به کلینیک بیمارستان کوثر در سال ۱۳۹۹ تنظیم شده است. خواهشمندیم صادقانه نظرات خود را نسبت به سوالات اظهار فرمایید تا گامی بزرگ در جهت تشخیص و درمان بیماری صورت بگیرد. پیشاپیش همکاری صمیمانه شما را ارج می‌نهم.

سن: جنس: وضعیت تاهل: متاهل مجرد سابقه فشار خون: بله خیر مصرف سیگار: بله خیر تحصیلات:

ابتدایی و راهنمایی

دبیرستان

کارشناسی

کارشناسی ارشد و بالاتر

سابقه بیماری قلبی- عروقی (سکته قلبی، نارسایی قلبی، سابقه آنژیوگرافی، بی‌نظمی ضربان قلب): بله خیر مصرف مواد مخدر (حشیش، تریاک، کوکائین، شیشه و...): بله خیر سابقه بیماری قلبی در خانواده درجه اول (پدر، مادر، خواهر، برادر): بله خیر

سابقه بیماری روانپزشکی که توسط روانپزشک تشخیص داده شده است؟ بله خیر

۱. آیا در طول شش‌ماه گذشته دچار احساس ناگهانی شدید ترس شده‌اید؟ بله خیر

* اگر جواب سوال بالا بله است، لطفا ادامه دهید.

۲. آخرین بار چه زمانی اتفاق افتاده است؟

۳. آیا حداقل یک حمله ترس شدید، ناگهانی و غیرمنتظره بوده است؟ بله خیر

۴. آیا این اتفاق بیشتر از یک بار رخ داده است؟ بله خیر

* اگر بله است، تقریباً چند حمله در طول زندگی خود داشته‌اید؟

۵. آیا در طول یک ماه بعد از این تجربه، نگران این هستید که مجدداً این علائم را تجربه کنید؟ بله خیر

۶. آیا تاکنون به مدت حداقل یک‌ماه نگرانی زیادی درباره داشتن حملاتی مثل از دست دادن کنترل، دیوانه شدن و سکته قلبی و بیماری جدی دیگر داشته‌اید؟ بله خیر

۷. آیا برای جلوگیری از تکرار شدن این حمله، اقدامی مانند دوری از موقعیت یا وضعیت ناآشنا انجام داده‌اید؟ بله خیر

اگر به سوالات ۵، ۶ و ۷ پاسخ مثبت داده‌اید، در شدیدترین حمله‌ای که داشتید کدام یک از علائم زیر را تجربه کرده‌اید:

۸. تنگی نفس، احساس کوتاهی نفس؟ بله خیر

۹. احساس سرگیجه، سبکی سر، ضعف یا غش‌کردن؟ بله خیر

۱۰. تپش قلب یا افزایش ضربان قلب؟ بله خیر
۱۱. احساس لرز یا لرزیدن؟ بله خیر
۱۲. تعریق؟ بله خیر
۱۳. احساس خفگی؟ بله خیر
۱۴. احساس حالت تهوع یا درد و ناراحتی در شکم؟ بله خیر
۱۵. بی‌حسی یا سوزن‌سوزن شدن؟ بله خیر
۱۶. گرگرفتگی؟ بله خیر
۱۷. درد یا ناراحتی در قفسه سینه؟ بله خیر
۱۸. ترس از این دارید که دارید می‌میرید؟ بله خیر
۱۹. احساس این را دارید که دارید دیوانه می‌شوید یا کنترل خود را از دست می‌دهید؟ بله خیر
۲۰. چقدر این علائم گفته شده باعث اختلال در عملکرد روزانه شما می‌شود؟
 (۰) هرگز (۱) خفیف (۲) متوسط (۳) شدید (۴) خیلی شدید
۲۱. این علائم چقدر برای شما ناراحت‌کننده است؟
 (۰) هرگز (۱) خفیف (۲) متوسط (۳) شدید (۴) خیلی شدید
۲۲. هنگامی که علائم ترس شدید و علائم بالا در شما شروع می‌شود، در کمتر از ۱۰ دقیقه به اوج خود می‌رسد؟
 بله خیر
۲۳. آیا قبل از شروع علائم بالا، مواد مخدر یا مواد محرک مثل کافئین، قهوه یا چای بیشتر از چهار فنجان در روز مصرف کرده‌اید؟
 بله خیر
- * اگر جوابتان بله هست، چه چیزی و چه مقدار مصرف کرده‌اید؟
۲۴. آیا دچار بیماری‌های طبی مانند پرکاری تیروئید، سابقه تشنج، بیماری قلبی و... شده‌اید که سبب این علائم شود؟
 بله خیر