

آشنایی با پرسشنامه های مطالعه کوهورت مشهد

پرسشنامه عمومی: این پرسشنامه شامل مشخصات شناسنامه‌ای، میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سوابق شغلی، محل زندگی، خواب، فعالیت فیزیکی، می‌باشد.

پرسشنامه پزشکی: شامل سابقه بیماری‌های مزمن و مدت زمان ابتلا و سابقه خانوادگی بیماری‌ها

پرسشنامه زنان: شامل پرسشنامه عمومی زنان و زنان متاهل

پرسشنامه تدخین: شامل استعمال سیگار، مواد مخدر، قلیان و پیپ، مدت زمان استفاده، در صورت ترک مصرف، مدت زمان ترک و علت آن و نیز مصرف دخانیات در اعضای خانواده می‌باشد

پرسشنامه تغذیه: شامل بسامد خوراکی و یادآمد ۲۴ ساعته

پرسشنامه روان‌شناسی: شامل پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک، شخصیت نوع D و خودکارآمدی

پرسشنامه روزه داری: شامل سابقه روزه داری

پرسشنامه عملکرد ریوی: شامل سابقه ابتلا به آسم، بیماری‌های ریوی، کیفیت هوای محل کار و کیفیت محل زندگی می‌باشد

پرسشنامه تخصصی قلب: شامل علائم قلبی و عروقی است

پرسشنامه فرد فوت شده: شامل زمان و علت فوت

علاوه بر پرسشنامه های فوق مشخصات آنترپومتریک، آزمایشات خون و ادرار، و نمونه مو و ناخن نیز انجام شده و در دسترس می‌باشد

پرسشنامه ها به تفکیک

پرسشنامه مشخصات فردی، شغلی و تحصیلی، سرپرست خانوار
نام و نام خانوادگی
شماره پرونده
کد ملی
سن
جنس
آدرس محل سکونت
شماره تماس
وضعیت در خانوار
وضعیت تاهل
وضعیت زندگی
وضعیت شغلی
عنوان آخرین مدرک تحصیلی
نام سرپرست خانوار
جنسیت
عنوان آخرین شغل
وضعیت شغلی
مدرک تحصیلی سرپرست خانوار
آخرین مدرک تحصیلی سرپرست خانوار
درآمد
تعداد خانوار ساکن در واحد مسکونی
تعداد اعضای خانوار
نوع مالکیت
تعداد اتاق در واحد مسکونی

تدخین
آیا شما تا بحال (سیگار ، پیپ ، چپق ، قلیان) کشیده اید؟
آیا در حال حاضر سیگار یا قلیان و ... می کشید ؟
نحوه تدخین
پیپ/ روزانه
پیپ/ هفتگی
پیپ/ ماهانه
سیگار/ روزانه

سیگار / هفتگی
سیگار / ماهانه
قلیان / روزانه
قلیان / هفتگی
قلیان / ماهانه
مواد مخدر / روزانه
مواد مخدر / هفتگی
مواد مخدر / ماهانه
الکل / روزانه
الکل / هفتگی
الکل / ماهانه
پیپ / روزانه / گذشته
پیپ / هفتگی / گذشته
پیپ / ماهانه / گذشته
سیگار / روزانه / گذشته
سیگار / هفتگی / گذشته
سیگار / ماهانه / گذشته
قلیان / روزانه / گذشته
قلیان / هفتگی / گذشته
قلیان / ماهانه / گذشته
مواد مخدر / روزانه / گذشته
مواد مخدر / هفتگی / گذشته
مواد مخدر / ماهانه / گذشته
الکل / روزانه / گذشته
الکل / هفتگی / گذشته
الکل / ماهانه / گذشته
برای چه مدت سیگار می کشیدید
مدت زمان ترک سیگار / سال
پیپ / روزانه / در خانواده
پیپ / هفتگی / در خانواده
پیپ / ماهانه / در خانواده
سیگار / روزانه / در خانواده
سیگار / هفتگی / در خانواده
سیگار / ماهانه / در خانواده
قلیان / روزانه / در خانواده
قلیان / هفتگی / در خانواده
قلیان / ماهانه / در خانواده
مواد مخدر / روزانه / در خانواده

مواد مخدر / هفتگی / گذشته
مواد مخدر / ماهانه / گذشته

فعالیت فیزیکی
- آیا قادر به راه رفتن هستید ؟
لطفا فعالیت بدنی خود حین کار روزانه مشخص کنید
فعالیت های فیزیکی در ساعت کاری
خیلی فعال p2a
فعال p2b
غیر فعال p2c
خیلی فعال p3a
فعال p2b
غیر فعال p2c
تعداد ساعات خواب در شبانه روز
مطالعه در رختخواب P4a
چرت روزانه P4b
خواب شبانه P4c
آیا سطح فعالیت فیزیکی شما طی سال گذشته به نظر خودتان
اگر تغییر یافته است برای چه مدت در این سطح بوده است؟

سابقه بیماری در فامیل
دیابت
پدر
مادر
برادران
خواهران
بیماری قلبی
پدر
سن ابتلا زیر ۵۵ سال
مادر
سن ابتلا زیر ۵۵ سال
برادران
سن ابتلا زیر ۵۵ سال
خواهران
سن ابتلا زیر ۵۵ سال
سابقه LDL بالا
پدر

مادر
برادران
خواهران
فرزند زیر ۱۸ سال
گزانتومای تاندون
پدر
مادر
برادران
خواهران
قوس پیری
پدر
مادر
برادران
خواهران

سابقه بیماری
فشار خون
مدت زمان ابتلا به سال
دیابت
مدت زمان ابتلا به سال
چربی خون
مدت زمان ابتلا به سال
پوکی استخوان
مدت زمان ابتلا به سال
آیا برای پایین آوردن چربی خون دارویی مصرف میکنید؟
بیماری انسدادی مزمن ریه (آسم، برونش)
مدت زمان ابتلا به سال
بیماری عروق قلبی
مدت زمان ابتلا به سال
گزانتومای تاندون (از علائم هایپر کلسترولمی فAMILIAL)
مدت زمان ابتلا به سال
قوس پیری (از علائم هایپر کلسترولمی فAMILIAL)
بیماریهای خود ایمنی (روماتیسم، آلرژی، لوپوس، MS، اتریت روماتوئید)
مدت زمان ابتلا به سال
در صورت داشتن بیماری خودایمنی، نوع آن را مشخص کنید.

سرطانها
مدت زمان ابتلا به سال
بیماریهای عفونی (هپاتیت، HIV، HTLV، سل تنفسی، سالک، بیماریهای انگلی روده).
مدت زمان ابتلا به سال
آیا ابتلا به بیماریهای فوق منجر به تغییر رژیم غذایی شده است ؟
آیا سابقه تزریق خون داشته اید؟
آیا طی ماه گذشته به شما خون تزریق شده است؟
آیا سابقه پیوند عضو داشته اید؟
مدت زمان ابتلا به سال
آیا سابقه شکستگی در اندام ها داشته اید؟
مچ دست
مچ پا
ساعد
بازوی چپ
لگن
انگشتان دست
انگشتان پا
بازوی راست
نامشخص

پرسشنامه زنان و زنان متاهل
آیا قاعده می شوید؟
آیا قاعدگی با استفاده از داروست ؟
استروژن
پروژسترون
هر دو
چه مدت است قاعدگی طبیعی شما قطع شده است؟
کمتر از ۱۲ ماه
۱۲ ماه و بیشتر
نامعلوم
بدون پاسخ
علت قطع قاعدگی طبیعی شما چه می باشد؟
یائسگی
هیستروکتومی بدون اروفورکتومی یا اووفورکتومی یکطرفه
هیستروکتومی با اووفورکتوهیستوکتومی
اووفورکتونی دو طرفه بدون هیستوکتومی

سایر علل
نمی داند
LD
HD
IUD
مینی پیل
آمپول دیو
کاندوم
تری فازیک
قرص دیان
نورپلایت
سایر روشها
آیا در حال حاضر باردار هستید؟
آیا سابقه سقط جنین داشته اید؟
سقط خودبخودی
سقط غیردرمانی
سقط درمانی
آیا سابقه مرگ جنین داخل رحم داشته اید؟
آیا هیچوقت در زمان بارداری تشخیص فشار خون بالا یا تشنج توسط پزشک برای شما داده شده است؟
آیا هیچوقت در زمان بارداری تشخیص قند خون بالا یا دیابت حاملگی توسط پزشک برای شما داده شده است؟
آیا هیچوقت سابقه تولد فرزند با وزن ۵/۴ کیلوگرم یا بیشتر داشته اید ؟
آیا در حال حاضر شیر می دهید؟
آیا تا به حال دو قلو زایی یا چند قلو زایی داشته اید؟
دوقلوها یا چند قلوهای شما همسان بوده اند؟

بسامد خوراکی
نان سفید
نان کامل
برنج
بیسکویت
کیک و شیرینی
پیتزا
شیر کامل
شیر کم چرب
ماست
پنیر صبحانه
کره

خامه
بستنی
عسل
میوجات درختی
میوجات فصلی
کمپوت میوه
آب میوه طبیعی
آب میوه صنعتی
نوشابه های گاز دار
ماءالشعیر و یا دلستر
نوشابه های رژیمی
چای
قهوه
شیر قهوه
نسکافه
قند
قندهای دیابتی
شکر
حبوبات
ترشیجات
سیب زمینی آب پز
سیب زمینی در سایر غذاها
سیب زمینی سرخ کرده از
کتلت و کوکوی سیب ز

پرسشنامه نحوه تغذیه
وعده های اصلی غذایی
وعده چاشتها
آیا بطور معمول صبحانه مصرف مینمایید؟
آیا بطور معمول شام مصرف میکنید؟
نوع شیر مصرفی بطور معمول:
کم چرب یارانه ای
پرچرب
کم چرب غیر یارانه ای
اصلا شیر مصرف نمی کند
نوع ماست مصرفی:
پرچرب

کم چرب
موسیر
محلی
معمولی
هیچ کدام
آیا از نمک در سر سفره استفاده می نمایید ؟
آیا سابقه رژیم غذایی خاصی دارید؟
روغن نباتی
روغن مایع
روغن حیوانی
روغن کنجد
سایر روغنها
نامشخص
یا در سه ماه گذشته داروهای تقویتی
آب معدنی
آب شهری
آب جوشیده
آب فیلتر شده
استفاده از همه

پرسشنامه علایم عروقی
آیا بدنبال فعالیت ، هیجان یا سرما دچار ناراحتی قفسه سینه می شوید؟
آیا سابقه بستری به دلیل درد قلبی یا سکته قلبی دارید؟
آیا سابقه اختلال هوشیاری گذرا تاکنون داشته اید؟
آیا با راه رفتن دچار ناراحتی در اندام تحتانی می شوید؟
آیا سابقه بیماریهای دریچه ای قلب ، روماتیسم قلبی یا جراحی دریچه قلب داشته اید؟
آیا سابقه انجام هر گونه اقدام تخصصی یا درمانی قلبی و عروقی مثل تست ورزش ، اکو، آنژیوگرافی) داشته اید؟
آیا سابقه تورم در اندام تحتانی دارید؟
آیا بیمار علائم موضعی عصبی به نفع سکته مغزی داشته است؟
اغلب فعالیت‌های خود را با کدام دست انجام می دهید؟

تماس با حیوانات
لطفاً سابقه تماس خود را با حیوانات از زمان کودکی خود ذکر نمایید:
سابقه تماس با نشخوار کنندگان
سابقه تماس طیور
سابقه تماس سگ و گربه

پرسشنامه اضطراب بک
بی حسی و کرختی یا احساس سوزن سوزن شدن
احساس گرما
لرزش پاها
نمی توانستم آرام باشم
ترس از اتفاق ناخوشایند
گیجی یا حواس پرتی
تپش قلب
متزلزل بودن
وحشت زدگی
عصبی بودن
احساس گرفتگی و انقباض عضلانی
لرزش دستها
احساس ضعف
ترس از، از دست دادن کنترل
تنفس برایم مشکل بود
ترس از اینکه دارم می میرم
ترسیده بودم
سوء هاضمه یا ناراحتی شکم داشتم
غش و ضعف
سرخي و برافروختگی چهره
عرق کردن (ناشی از گرما نباشد)

پرسشنامه افسردگی
احساس غمگینی
بدبینی
شکستهای گذشته
-فقدان لذت
احساس گناه
احساسات مربوط به مجازات
بیزاری از خویشتن

عیبجویی از خویشتن
فکر خودکشی یا میل به خودکشی
گریه
بی‌علاقگی
بلا تکلیفی
احساس بی‌ارزشی
کم توانی
تغییر در الگوی خواب
تحریک پذیری
تغییر در اشتها
تغییر در اشتها
مشکل در تمرکز
خستگی و احساس ناتوانی
بی‌علاقگی به امور جنسری

پرسشنامه شخصیت نوع D
وقتی مردم را می بینم با آنها راحت ارتباط برقرار می کنم.
بیشتر اوقات سر چیزهای بی اهمیت سرو صدا راه می اندازم.
بیشتر اوقات با غریبه ها صحبت می کنم.
بیشتر اوقات احساس می کنم شاد نیستم.
بیشتر اوقات آزرده خاطر هستم.
بیشتر اوقات احساس می کنم در روابط اجتماعی مهار شده رفتار می کنم.
به چیز های اطرافم دید روشنی ندارم.
برایم سخت است که با کسی سر صحبت را باز کنم.
بیشتر اوقات در خلق بدی هستم.
آدم توداری هستم.
من ترجیح میدهم فاصله ام را با مردم حفظ کنم.
بیشتر اوقات در مورد یک چیزی نگران هستم.
بیشتر وقت ها پکرم.
موقع معاشرت حرفی برای گفتن ندارم.

پرسشنامه خودکارآمدی
۱- وقتی طرحی می ریزم مطمئن هستم که میتوانم آن را انجام دهم.
۲- یکی از مشکلات من این است که وقتی می بایست کاری انجام دهم نمی توانم از عهده آن برآیم.
۳- اگر نتوانم کاری را بار اول انجام دهم، به تلاشم برای انجام آن ادامه می دهم.
۴- وقتی که اهداف مهم برای خود تعیین میکنم به ندرت به آن دست می یابم.
۵- قبل از تمام کردن کارهایم آن را رها می کنم.
۶- از رو به رو شدن با مشکلات اجتناب می کنم.
۷- در صورتی که کار خیلی پیچیده به نظر رسد، حتی زحمت امتحانش را به خود نمی دهم.
۸- هنگامی که کاری را که باید انجام دهم نامناسب است، آنقدر پایداری میکنم تا آن را تمام کنم.

۹ - وقتی تصمیم به انجام کاری گرفتم، به طور جدی و دقیق روی همان کار تمرکز می کنم.
۱۰ - هنگامی که می خواهم چیز جدیدی بیاموزم، اگر در ابتدا موفق نشوم آنرا رها می کنم.
۱۱ - وقتی مشکلات غیر مترقبه ای برایم رخ دهد، به خوبی از پس آن برنمی آیم.
۱۲ - از یادگیری مطالب جدید هنگامی که به نظرم مشکل می آید، اجتناب می کنم.
۱۳ - شکست باعث تلاش بیشتر می شود.
۱۴ - به توانایی خود برای انجام کارها اعتماد ندارم.
۱۵ - به خود متکی هستم.
۱۶ - به سادگی تسلیم می شوم.
۱۷ - توانایی برخورد با اکثر مشکلاتی را که در زندگی برایم پیش می آید، ندارم.

پرسشنامه روزه داری
آیا در طول دوران زندگی خود روزه گرفته اید؟
آیا این روزه داری در ماه رمضان بوده است؟
آیا در ایام دیگر غیر از ماه رمضان روزه میگیرید؟
اگر روزه نمی گیرید، به چه علت بوده است؟
آیا سابقه ای از بروز مشکلات حاد در روزه داری رمضان داشته اید؟
در صورت بروز مشکل حاد، کدام مورد طی روزه داری رمضان اتفاق افتاده است؟
حمله قلبی
سکته مغزی
کما
افت سطح هوشیاری
هیپوگلیسمی شدید علامتدار
کتواسیدوز دیابتی
کمای هیپرگلیسمیک اسمولار
1-به طور کلی در رمضان وعده های غذایی شما شامل کدام یک از وعده های غذایی زیر است
سحر+ افطار
سحر+ افطار+شام
افطار+ شام
افطار

پرسشنامه عملکرد ریوی
آیا تا به حال بیماری آسم در شما توسط پزشک تشخیص داده شده است؟
آیا در طول ۱۲ ماه گذشته دچار علائم آسمی و یا حملات آسمی شده اید؟
آیا در طول ۱۲ ماه گذشته دارو یا داروهایی به صورت استنشاقی، اسپری، قرص، مایع و یا تزریقی برای بیماری آسم مصرف نموده اید؟
آیا شما برونشیت مزمن، آمفیزما یا بیماری انسدادی ریوی مزمن یا COPD داشته اید؟
در طول ۱۲ ماه گذشته چند بار احساس تنگی نفس داشته اید؟
در طول ۱۲ ماه گذشته چن بار از پردنیزولون و یا انتی بیوتیک برای درمان علائم و یا عوارض COPD استفاده کردید؟
آیا سرفه شما همراه با موکوس یا خلط است؟
لطفا بهترین جوابی که وضعیت شما را در ۱۲ ماه گذشته توصیف میکند مشخص کنید. بازدهی من به دلیل مشکلات تنفسی کاهش یافته است.

در مجموع وضعیت سلامت خود را در مقایسه با افراد هم سن خود چطور ارزیابی میکنید؟
کیفیت هوا در داخل منزل شما چگونه است؟
کیفیت هوای محل کار خود را چطور ارزیابی میکنید؟
کیفیت هوای منطقه محل سکونت خود را چطور ارزیابی میکنید؟

آنتروپومتری
اندازه گیری قد
اندازه گیری وزن
اندازه گیری دور گردن/ بار اول
اندازه گیری دور گردن/ بار دوم
اندازه گیری بازوی راست/ بار اول
اندازه گیری بازوی راست/ بار دوم
اندازه گیری دور کمر/ بار اول
اندازه گیری دور کمر/ بار دوم
اندازه گیری دور لگن/ بار اول
اندازه گیری دور لگن/ بار دوم
اندازه گیری دور مچ راست/ بار اول
اندازه گیری دور مچ راست/ بار دوم
اندازه گیری دور مچ چپ/ بار اول
اندازه گیری دور مچ چپ/ بار دوم
اندازه گیری دورمیانۀ بالای بازو/ بار اول
اندازه گیری دورمیانۀ بالای بازو/ بار دوم
فشار خون سیستولیک/ بار اول
فشار خون سیستولیک/ بار دوم
فشار خون سیستولیک/ بار سوم
فشار خون دیاستولیک/ بار اول
فشار خون دیاستولیک / بار دوم
فشار خون دیاستولیک / بار سوم
تعداد نبض/ بار اول
تعداد نبض/ بار دوم
تعداد نبض/ بار سوم

بیوشیمی
کراتینین
BUN
کلسترول
تری گلیسیرید
کلسیم
قند
hsCRP
فسفر

HDL
LDL
AST
ALT
ALP
Gamma GT
CPK
بیلی روبین ٹوٹال
بیلی روبین دایرکت
آهن
منیزیم
اسید اوریک
CK-MB