

Clinical Outcomes in Routine Evaluation (F)

<input type="text"/>					
নাম					
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
বয়স					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
তারিখ					
					পুরুষ <input type="checkbox"/>
					মহিলা <input type="checkbox"/>

জরুরী - দয়া করে প্রথমে পড়ে নিন

গত সপ্তাহে আপনি কেমন ছিলেন তার উপর ৩৪টি উক্তি বা কথা আছে।
দয়া করে প্রত্যেকটি উক্তি পড়ুন এবং ভাবুন গত সপ্তাহে কত সময় আপনার এরকম লেগেছে।
তারপর সবচেয়ে কাছেরটিতে টিক চিহ্ন দিন।
দয়া করে কালো কালির কলম দিয়ে বাস্কের ভিতরে দাগ দেবেন।

গত এক সপ্তাহে	একদমই খুব কম				বেশীর ভাগই
	না	সময়	মাঝে	মাঝে	বা সবসময়ই
	০	১	২	৩	৪
১. খুবই একাকি বা সবার থেকে আলাদা (বিচ্ছিন্ন) মনে হয়েছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
২. চিন্তিত, নার্ভাস বা বিচলিত লেগেছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৩. প্রয়োজনের সময় সাহায্য পাওয়া যাবে এরকম মানুষ আমার আশেপাশে আছে বলে মনে হয়েছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৪. নিজের ব্যাপারে সবকিছু ঠিকঠাক আছে বলে মনে হয়েছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৫. কোন কিছু করার ব্যাপারে শক্তি এবং উৎসাহ কমে গেছে বলে মনে হয়েছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৬. অন্যদেরকে শারীরিকভাবে আঘাত করেছি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৭. কোন সমস্যায় পরলে সেটাকে মোকাবেলা করার সামর্থ্য আমার আছে বলে মনে হয়েছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৮. ব্যাথা, বেদনা বা বিভিন্ন ধরনের শারীরিক সমস্যায় আমার কষ্ট হয়েছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৯. নিজেকে আঘাত করার চিন্তা আমার মনে এসেছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
১০. অন্য মানুষের সাথে কথাবার্তা বলাটা আমার কাছে বিরক্তিকর মনে হয়েছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
১১. দুশ্চিন্তা আর অশান্তির কারণে অনেক সময় জরুরি কাজ করতে পারিনি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
১২. জীবনে যা কিছু করেছি তা নিয়ে আমি খুশী আছি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
১৩. আজো আজো চিন্তাভাবনা আর অনুভূতি আমাকে খুব কষ্ট দেয়	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
১৪. কান্না করতে ইচ্ছা করেছে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

দয়া করে পরের পৃষ্ঠায় দেখুন

১৫. খুব ভয় লেগেছে বা আতঙ্কিত হয়েছি	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
১৬. আত্মহত্যা করার পরিকল্পনা করেছিলাম	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
১৭. বিভিন্ন সমস্যায় আমি শেষ হয়ে যাচ্ছি বলে মনে হয়েছে	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
১৮. ঘুম আসতে বা ঘুমিয়ে থাকতে সমস্যা হয়েছে	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
১৯. কারো জন্য মায়া বা টান অনুভব করেছি	<input type="checkbox"/> ৪	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ০
২০. আমার সমস্যাগুলোকে একপাশে সরিয়ে রাখাটা অসম্ভব হয়ে পড়েছে	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
২১. আমার যা যা করা দরকার তার বেশিরভাগ কাজই আমি করতে পেরেছি	<input type="checkbox"/> ৪	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ০
২২. আমি অন্য কাউকে ধমক দিয়েছি বা ভয় দেখিয়েছি	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
২৩. প্রায়ই হতাশ এবং নিরাশ অনুভব করি	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
২৪. আমি মারা গেলেই ভালো হতো এরকম চিন্তা আমার মাথায় এসেছে	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
২৫. অন্যরা আমার সমালোচনা করে বলে মনে হয়েছে	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
২৬. আমার মনে হয়েছে যেন আমার কোন বন্ধু নেই	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
২৭. নিজেকে খুবই অসুখী মনে হয়	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
২৮. না চাইলেও বিভিন্ন ঘটনা বা স্মৃতি আমার মন খারাপ করে	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
২৯. অন্যদের সাথে থাকতে আমার বিরক্ত লাগে	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
৩০. নিজের সমস্যা এবং কষ্টের জন্য আমার নিজেকেই দায়ী বলে মনে হয়েছে	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
৩১. ভবিষ্যত নিয়ে আমি আশাবাদী মনে করেছি	<input type="checkbox"/> ৪	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ০
৩২. যা করতে চেয়েছি তা আমি অর্জন করতে পেরেছি	<input type="checkbox"/> ৪	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ০
৩৩. অন্যরা আমাকে অপমান করেছে বা লজ্জা দিয়েছে বলে মনে হয়েছে	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪
৩৪. নিজেকে শারীরিকভাবে আঘাত করেছি বা নিজের স্বাস্থ্যের ব্যাপারে ভয়ানক ঝুঁকি নিয়েছি	<input type="checkbox"/> ০	<input type="checkbox"/> ১	<input type="checkbox"/> ২	<input type="checkbox"/> ৩	<input type="checkbox"/> ৪

এই প্রশ্ন পত্রটি শেষ করার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ