## Bộ ngân hàng câu hỏi phát triển từ câu hỏi gốc

* **Tâm trạng và cảm xúc, tâm lý người bệnh:**
* **Cảm giác buồn bã, tuyệt vọng, mất hứng thú:**

1. Trong thời gian gần đây, bạn có thường xuyên cảm thấy buồn bã hoặc chán nản không?
2. Bạn có cảm thấy mất hứng thú với những hoạt động mà trước đây bạn từng yêu thích hay bạn hay làm không?
3. Bạn có cảm thấy khó khăn hay không còn tìm thấy những niềm vui trong cuộc sống hàng ngày của bản thân mình không?
4. Bạn có bao giờ cảm thấy tuyệt vọng hoặc không còn có hy vọng gì về tương lai hay cuộc sống hiện tại của mình không?
5. Bạn có cảm thấy mình là gánh nặng cho người khác, gia đình, bàn bè hay xã hội không?
6. Bạn có cảm thấy mình kém cỏi hoặc vô dụng, bất tài không?
7. Bạn có bao giờ nghĩ mình nên ở một mình hay làm việc, vui chơi một mình thay vì cùng người khác?

* **Lo lắng, bồn chồn, căng thẳng:**

1. Bạn có thường xuyên cảm thấy lo lắng hoặc căng thẳng về một điều gì đó không?
2. Điều gì làm bạn lo lắng hay căng thẳng?
3. Bạn có cảm thấy khó kiểm soát những lo lắng, tâm trạng của mình không?
4. Những lo lắng này có ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của bạn không?
5. Bạn có bao giờ vì những lo lắng, suy nghĩ của bản thân mình mà bắt đầu có cảm giác muốn xa lánh mọi người, các mối qun hệ xung quanh?
6. Bạn có cảm thấy bồn chồn hoặc khó thư giãn không?
7. Bạn có thường xuyên có những cơn hoảng loạn hoặc sợ hãi không rõ lý do không?

* **Tự ti, cảm giác vô dụng:**

1. Bạn có hay so sánh bản thân với người khác và cảm thấy mình kém cỏi hơn không?
2. Bạn có tin rằng mình không xứng đáng được yêu thương hoặc hạnh phúc không?
3. Có bao giờ bạn nghĩ mình bất tài không?
4. Có bao giờ bạn thấy mình quá kém cỏi không làm được việc gì cả không?
5. Bạn có cảm thấy mình không có giá trị gì hoặc không đóng góp được gì cho gia đình, công việc… không?
6. Bạn có cảm thấy tội lỗi hoặc tự trách mình về những sai lầm trong quá khứ hay bản thân ở hiện tại không?
7. Bạn có nghĩ rằng người khác sẽ tốt hơn nếu không có bạn không?
8. Có bao giờ bạn nghĩ nếu không có bạn thì gia đình bạn sẽ đỡ vất vả hay gì không?

* **Nổi nóng, dễ cáu gắt:**

1. Bạn có dễ nổi nóng hoặc mất bình tĩnh dạo này không?
2. Bạn có cảm thấy tính tình hay tâm trạng bạn không ổn, và dễ thay đổi không ở dạo gần đây không?
3. Bạn có cảm thấy khó kiểm soát cơn giận của mình không?

* **Suy nghĩ và nhận thức:**
* **Suy nghĩ tiêu cực, về cái chết, tự tử:**
  1. Bạn có thường xuyên có những suy nghĩ tiêu cực về bản thân, cuộc sống hoặc tương lai không?
  2. Bạn có bao giờ nghĩ về cái chết hoặc tự tử không?
  3. Bạn có cảm thấy cuộc sống không còn ý nghĩa gì nữa không?
  4. Bạn có lên kế hoạch hoặc chuẩn bị cho việc tự tử không?
  5. Có bao giờ bạn nghĩ nếu mình mất đi cũng sẽ không có ai bên cạnh không?
  6. Bạn có tin rằng mọi thứ sẽ tốt hơn nếu bạn không còn tồn tại không?
* **Khó tập trung, mất tập trung:**
  1. Bạn có đang gặp khó khăn trong việc tập trung vào công việc, học tập hoặc các hoạt động khác không?
  2. Hiệu quả công việc hay học tập của bạn gần đây có giảm không?
  3. Bạn có dễ bị phân tâm bởi những suy nghĩ hoặc cảm xúc khác không?
  4. Bạn có cảm thấy khó ghi nhớ ở dạo gần đây không?
  5. Bạn có cảm thấy đầu óc mình trống rỗng hoặc mơ hồ không?
* **Suy nghĩ nhiều, lo lắng:**
  1. Bạn có thường xuyên suy nghĩ quá nhiều về những vấn đề trong quá khứ đã xảy ra không tốt không?
  2. Bạn có thường xuyên suy nghĩ quá nhiều về những vấn đề có thể xảy ra trong tương lai không?
  3. Những suy nghĩ đó có làm cho bạn cảm thấy lo lắng hoặc căng thẳng hay mệt mỏi không?
  4. Bạn có cảm thấy bị ám ảnh bởi những suy nghĩ tiêu cực không?
  5. Những suy nghĩ này có ảnh hưởng đến giấc ngủ hoặc các hoạt động hàng ngày của bạn không?
* **Hành vi và các hoạt động hằng ngày:**
* **Mất ngủ, ngủ quá nhiều:**
  1. Bạn có gặp khó khăn trong việc đi vào giấc ngủ hoặc duy trì giấc ngủ không?
  2. Bạn có thường xuyên thức dậy quá sớm hoặc ngủ quá nhiều không?
  3. Giấc ngủ của bạn có sâu và giúp bạn cảm thấy nghỉ ngơi không?
  4. Bạn có sử dụng thuốc ngủ hoặc các chất hỗ trợ giấc ngủ khác không?
  5. Bạn có cảm thấy mệt mỏi hoặc uể oải suốt cả ngày không?
* **Thay đổi khẩu vị, ăn không ngon:**  
  1. Bạn có cảm thấy ngon miệng khi ăn không?
  2. Bạn có ăn ít hơn hoặc nhiều hơn bình thường không?
  3. Bạn có cảm thấy no nhanh hơn hoặc khó no hơn bình thường không?
  4. Bạn có cảm thấy chán ăn hoặc không thấy hứng thú với thức ăn không?
  5. Bạn có thay đổi cân nặng gần đây không?
* **Cô lập, thu mình:**
  1. Bạn có cảm thấy muốn ở một mình và tránh tiếp xúc với người khác không?
  2. Bạn có cảm thấy khó khăn trong việc kết nối với người khác hoặc duy trì các mối quan hệ không?
  3. Bạn có cảm thấy bị cô lập hoặc hiểu lầm bởi người khác không?
  4. Bạn có cảm thấy không có ai để chia sẻ cảm xúc hoặc suy nghĩ của mình không?
  5. Bạn có cảm thấy không an toàn hoặc không thoải mái khi ở gần người khác không?
* **Mất hứng thú với sở thích:**

1. Bạn có cảm thấy mất hứng thú với những hoạt động mà trước đây bạn từng yêu thích không?
2. Bạn có cảm thấy khó khăn để tìm thấy niềm vui trong những hoạt động này không?
3. Bạn có cảm thấy chán nản hoặc thờ ơ với mọi thứ không?
4. Bạn có cảm thấy không có năng lượng hoặc động lực để làm bất cứ điều gì không?
5. Bạn có cảm thấy cuộc sống trở nên nhàm chán và vô vị không?

* **Tự làm tổn thương bản thân:**
  1. Bạn có bao giờ cố ý làm tổn thương bản thân để đối phó với cảm xúc khó khăn không? (Ví dụ: cắt, đốt, cào)
  2. Bạn có cảm thấy nhẹ nhõm hoặc thoải mái hơn sau khi tự làm tổn thương mình không?
  3. Bạn có cảm thấy tội lỗi hoặc xấu hổ về hành vi này không?
  4. Bạn có muốn tìm kiếm sự giúp đỡ để dừng lại hành vi này không?
* **Sức khỏe:**
* **Tâm trạng:**

1. Bạn có cảm thấy buồn bã, chán nản hoặc tuyệt vọng trong thời gian gần đây không?
2. Bạn có cảm thấy bồn chồn, lo lắng hoặc dễ cáu kỉnh không?
3. Bạn có cảm thấy mệt mỏi, thiếu năng lượng hoặc suy nhược không?
4. Bạn có cảm thấy vô dụng hoặc có lỗi không?

* **Suy nghĩ:**

1. Bạn có suy nghĩ tiêu cực về bản thân, cuộc sống hoặc tương lai không?
2. Bạn có cảm thấy khó khăn trong việc đưa ra quyết định không?
3. Bạn có cảm thấy khó khăn trong việc kiểm soát suy nghĩ của mình không?
4. Bạn có suy nghĩ tiêu cực về ngoại hình của bản thân không?

* **Hành vi:**

1. Bạn có tránh né các hoạt động xã hội hoặc những nơi đông người không?
2. Bạn có lạm dụng chất kích thích như rượu bia, ma túy hoặc thuốc lá không?
3. Bạn có bỏ bê công việc hoặc học tập không?
4. Bạn có hành vi liều lĩnh hoặc nguy hiểm không?

* **Khả năng hoạt động:**

1. Bạn có gặp khó khăn trong việc hoàn thành các công việc hàng ngày không?
2. Bạn có cảm thấy khó khăn trong việc chăm sóc bản thân không?
3. Bạn có gặp khó khăn trong việc duy trì các mối quan hệ không?
4. Bạn có cảm thấy khó khăn trong việc tập trung vào công việc hoặc học tập không?