

KYSELY TERVEYDENTILASTANNE (PHQ)

Tämä kysely on tärkeä osa toimintaa, jonka perusteella teille pystytään antamaan mahdollisimman hyvää terveydenhoitoa. Vastauksenne auttavat meitä ymmärtämään mahdollisia ongelmianne, joita teillä on voinut esiintyä. Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin parhaan kykynne mukaan, ellei teitä pyydetä jättämään joitakin kysymyksiä väliin.

Nimi _____ Ikä _____ Sukupuoli: Nainen Mies Päiväys _____

1. Kuinka paljon seuraavat ongelmat ovat vaivanneet teitä viimeisten 4 viikon aikana?	Ei vaivannut	Vaivannut vähän	Vaivannut paljon
a. Vatsakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Selkäkipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kipu käsivarsissa, jaloissa tai nivelissä (polvet, lonkat jne.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kuukautiskivut tai muut kuukautisiin liittyvät ongelmat (vain naisille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kipu tai muut ongelmat sukupuoliyhdyntä aikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Rintakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Huimaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pyörtyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tunne, että sydän hakkaa tai tykittää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hengenahdistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Ummetus, löysä vatsa tai ripuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Pahoinvointi, ilmavaivat tai ruuansulatushäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet teitä viimeisten 2 viikon aikana?	Ei lainkaan	Useana päivänä	Useamm in kuin puolet ajasta	Lähes joka päivä
a. Asioiden tekeminen kiinnostaa hyvin vähän tai ei juuri tuota mielihyvää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Alakuloisuus, masentuneisuus tai toivottomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Nukahtamis- tai nukkumisvaikeudet tai liiallinen nukkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Väsymys tai energian puute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Huono ruokahalu tai ylensyöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tyytymättömyys omaan itseen – tai tunne, että olette epäonnistuneet tai laiminlyöneet itsenne tai perheenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vaikeus keskittyä asioihin, kuten lehden lukemiseen tai television katseluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Liikutteko tai puhutteko niin hitaasti, että muut ihmiset ovat saattaneet huomata? Tai päinvastoin - oletteko olleet niin hermostunut tai levoton, että olette liikkuneet paljon tavallista enemmän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ajatukset, että voisi olla yhtä hyvin kuollut tai, että voisi vahingoittaa itseään jollakin tavalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.

Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

3. Ahdistuneisuuteen liittyviä kysymyksiä.

- a. Onko teillä ollut viimeisten 4 viikon aikana ahdistuskohtaus – äkillinen pelon tunne tai paniikki? **EI** **KYLLÄ**

Jos vastasitte "EI", siirytään kysymykseen 5.

- b. Onko sellaista tapahtunut koskaan aikaisemmin?

- c. Tuleeko jokin näistä kohtauksista joskus täysin yllättäen – tilanteissa, joissa ette yleensä hermostu tai tunne oloanne epämukavaksi?

- d. Vaivaavatko nämä kohtaukset teitä paljon tai oletteko huolissanne, että kohtaus uusiutuu?

4. Ajatelkaa viimeistä vaikeaa ahdistuskohtaustann. **EI** **KYLLÄ**

- a. Oliko teillä hengenahdistusta?

- b. Tunsitteko sydämenne tykyttävän, hakkaavan tai jättävän lyöntejä väliin?

- c. Oliko teillä rintakipua tai painon tunnetta rinnassa?

- d. Hikoilitteko?

- e. Tuntuiko teistä, että tukehdutte?

- f. Oliko teillä kuumia aaltoja tai vilunväireitä?

- g. Oliko teillä pahoinvointia, vatsavaivoja tai tunne, että teille tulisi ripuli?

- h. Tunsitteko huimausta, huteraa oloa tai pyörryttekö?

- i. Tunsitteko pistelyä tai puutumista jossakin ruumiinne kohdassa?...

- j. Oliko teillä vapinaa tai tärinää?

- k. Pelkäsittekö kuolevanne?

5. Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet teitä viimeisten 4 viikon aikana?

Ei lainkaan **Useana päivänä** **Useammin kuin puolet ajasta**

- a. Hermostuneisuus, ahdistus, jännitys tai suuri huoli erilaista asioista.

Jos vastasitte "Ei lainkaan", siirytään kysymykseen 6.

- b. Levottomuuden tunne, jonka vuoksi on vaikea istua paikoillaan.

- c. Väsyitte hyvin helposti.

- d. Lihasjännitys, särky tai aristus.

- e. Nukahtamis- tai nukkumisvaikeudet.

- f. Vaikeus keskittyä asioihin, kuten kirjan lukemiseen tai television katseluun.

- g. Suutuitteko tai ärsyynnyittekö helposti.

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days"

6. Syömiseen liittyviä kysymyksiä.			
a.	Tuntuuko teistä usein siltä, että ette pysty kontrolloimaan mitä tai kuinka paljon syötte?	EI <input type="checkbox"/>	KYLLÄ <input type="checkbox"/>
b.	Syöttekö usein 2 tunnin kuluessa ruokamääriä, joita useimmat ihmiset pitäisivät poikkeuksellisen suurina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos vastasitte a- tai b-kysymykseen "EI", siirtykää kysymykseen 9.			
c.	Onko näin käynyt keskimäärin kahdesti viikossa viimeisten 3 kuukauden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oletteko viimeisten 3 kuukauden aikana tehnyt usein jotakin seuraavista asioista, jotta painonne ei nousisi?		EI	KYLLÄ
a.	Pakottanut itsenne oksentamaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Ottanut yli kaksi kertaa suositellun annoksen ulostuslääkettä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Paastonnut – ollut syömättä ainakin vuorokauden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Kuntoillut yli tunnin erityisesti välttääksenne lihomista ahmimisen seurauksena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jos vastasitte "KYLLÄ" johonkin yllä olevaan painonnousun välttämistä koskevaan kysymykseen, teittekö jotakin kyseisistä asioista keskimäärin useammin kuin kaksi kertaa viikossa?		EI <input type="checkbox"/>	KYLLÄ <input type="checkbox"/>
9. Juotteko koskaan alkoholia (mukaan luettuna olut tai viini)?		EI <input type="checkbox"/>	KYLLÄ <input type="checkbox"/>
Jos vastasitte "EI", siirtykää kysymykseen 11.			
10. Onko teille tapahtunut jokin seuraavista asioista useammin kuin kerran viimeisten 6 kuukauden aikana?		EI	KYLLÄ
a.	Joitteko alkoholia, vaikka lääkäri oli kehottanut teitä lopettamaan juomisen jonkin terveysongelman vuoksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Joitte alkoholia, olitte humalassa tai krapulassa työpaikalla, koulussa, hoitaessanne lapsia tai muita velvollisuuksia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Olitte poissa tai myöhästyitte töistä, koulusta tai muista toiminnoista juomisen tai krapulan takia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Teillä oli ongelmia tulla toimeen muiden ihmisten kanssa, kun joitte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Ajoitte autoa juotuanne useita drinkkejä tai juotuanne liikaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jos teillä on ollut jokin tässä kyselyssä mainittu ongelma, niin kuinka vaikeaa teidän on ollut huolehtia työstänne, kotiasioistanne tai tulla toimeen muiden ihmisten kanssa näiden ongelmien vuoksi?			
Ei lainkaan	Hieman vaikeaa	Hyvin vaikeaa	Erittäin vaikeaa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank.
Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Kehittäneet Tohtorit Robert L. Spitzer, Janet B William ja Kurt Kroenke Pfizer Inc.:n antaman koulutustuen avulla. Ei oikeutta kopioimiseen, kääntämiseen, esittämiseen tai levittämiseen.