

# Zdravotní dotazník (PHQ)

Tento dotazník je důležitá součást naší snahy zajistit Vám co možná nejlepší zdravotní péči. Vaše odpovědi nám pomohou pochopit problémy, které máte. Zodpovězte, prosím, každou otázku, jak nejlépe dokážete, pokud nejste požádán/a, abyste některou otázku vynechal/a.

Jméno \_\_\_\_\_ Věk \_\_\_\_\_ Pohlaví:  Ženské  Mužské Dnešní datum \_\_\_\_\_

1. Jak moc Vás trápil některý z uvedených problémů během posledních 4 týdnů?	Netrápil	Trochu trápil	Hodně trápil
a. Bolesti žaludku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bolesti v zádech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bolesti v pažích, nohou nebo kloubech (kolenou, kyčlích atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruační křeče nebo jiné problémy s Vašimi měsíčky (pouze pro ženy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bolesti nebo potíže při pohlavním styku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bolesti hrudníku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Závratě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Záchvaty mdloby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Pocit bušení nebo zrychlení tlukotu srdce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Dušnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Zácpa, řídká stolice, průjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Pocit na zvracení, plynatost, poruchy trávení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak často Vás trápil některý z uvedených problémů v posledních 2 týdnech?	Vůbec ne	Několik dní	Více než polovinu dní	Téměř každý den
a. Malý zájem nebo potěšení z věcí, které děláte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pocit, že jste na dně, pocit deprese nebo beznaděje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Potíže s usínáním, přerušovaným spánkem nebo s přílišným spaním	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Pocit únavy nebo málo energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Malá chuť k jídlu nebo přejídání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Měl/a jste ze sebe špatný pocit — že se Vám život nedařil nebo že jste zklamal/a sám/sama sebe nebo svou rodinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Potíže se soustředěním, např. na čtení novin nebo sledování televize	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pohyboval/a jste se nebo mluvil/a tak pomalu, že si toho druhí mohli povšimnout? Nebo naopak — byl/a jste tak nepokojný/á a neklidný/á, že jste se pohyboval/a mnohem víc než obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Myšlenky, že by vám bylo lépe, kdybyste byl/a mrtev/mrtva nebo si nějakým způsobem ublížil/a	<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. Otázky týkající se úzkosti.

- a. Měl/a jste během posledních 4 týdnů záchvat úzkosti — náhlý pocit strachu nebo paniky? NE  ANO

**Pokud jste označil/a « NE », přejděte k otázce č. 5.**

- b. Stalo se Vám to již někdy dřív? NE  ANO

- c. Přicházejí některé tyto záchvaty náhle a znenadání — tj. v situacích, kdy nečekáte, že budete nervózní nebo znepokojený/á? NE  ANO

- d. Hodně Vás tyto záchvaty trápí nebo se obáváte, že budete mít další záchvat? NE  ANO

### 4. Přemýšlejte o svém posledním těžkém záchvatu úzkosti.

NE  ANO

- a. Měl/a jste dušnost? NE  ANO

- b. Vaše srdce tlouklo rychleji, bušilo nebo vynechávalo? NE  ANO

- c. Měl/a jste bolest nebo tlak na hrudníku? NE  ANO

- d. Potil/a jste se? NE  ANO

- e. Měl/a jste pocit, jako byste se dusil/a? NE  ANO

- f. Měl/a jste návaly horka nebo chladu? NE  ANO

- g. Měl/a jste nucení na zvracení nebo žaludeční nevolnost nebo pocit, že budete mít průjem? NE  ANO

- h. Pociťoval/a jste závrať, vrávorání nebo mdlobu? NE  ANO

- i. Pociťoval/a jste mravenčení nebo znecitlivění v některých částech těla? NE  ANO

- j. Chvěl/a jste se nebo třásl/a? NE  ANO

- k. Báł/a jste se, že umíráte? NE  ANO

### 5. Jak často Vás trápily některé z následujících problémů po dobu posledních 4 týdnů?

Vůbec ne  Několik dní  Více než polovinu dní

- a. Pocit nervozity, úzkosti, napětí, nebo přílišné starosti o různé věci. Vůbec ne  Několik dní  Více než polovinu dní

**Pokud jste označil/a « Vůbec ne », přejděte k otázce č. 6.**

- b. Pocit neklidu, takže je obtížné klidně sedět. Vůbec ne  Několik dní  Více než polovinu dní

- c. Velice snadno jste se unavil/a. Vůbec ne  Několik dní  Více než polovinu dní

- d. Napětí, rozbolavělost, bolesti ve svalech. Vůbec ne  Několik dní  Více než polovinu dní

- e. Potíže s usínáním a s přerušovaným spánkem. Vůbec ne  Několik dní  Více než polovinu dní

- f. Potíže se soustředěním, např. na čtení knihy nebo sledování televize. Vůbec ne  Několik dní  Více než polovinu dní

- g. Věci Vás snadno rozzlobily a podráždily. Vůbec ne  Několik dní  Více než polovinu dní

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".

<b>6. Otázky týkající se jídla.</b>			
a.	Cítíte často, že nedokážete kontrolovat, <u>co</u> nebo <u>kolik</u> sníte?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
b.	Jíte často v dvouhodinových intervalech, co by většina lidí považovala za neobvykle velké množství jídla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pokud jste označil/a odpověď « NE » k otázkám a. nebo b., přejděte k otázce č. 9.</b>			
c.	Stávalo se to v průměru až dvakrát týdně za poslední 3 měsíce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Dělal/a jste v posledních 3 měsících často něco z následujících věcí, abyste se vyhnul/a přibývání na váze?</b>		<b>NE</b>	<b>ANO</b>
a.	Nutil/a jste se zvracet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Vzal/a jste víc než dvakrát doporučenou dávku projímadla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Postil/a jste se — vůbec nic jste nejedl/a nejméně 24 hodin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Cvičil/a jste víc než hodinu jen proto, abyste po přejedení nepřibral/ na váze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Pokud jste označil/a odpověď « ANO » u kteréhokoliv způsobu zamezení zvýšení váhy, bylo to v průměru až dvakrát za týden?</b>		<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
<b>9. Pijete někdy alkohol (včetně piva a vína)?</b>		<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
<b>Pokud jste označil/a « NE », přejděte k otázce č. 11.</b>			
<b>10. Staly se Vám některé z následujících událostí víckrát než jednou za posledních 6 měsíců?</b>		<b>NE</b>	<b>ANO</b>
a.	Pil/a jste alkohol, přestože Vám doktor doporučil přestat pít kvůli nějakému Vašemu zdravotnímu problému.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Pil/a jste alkohol, byl/a jste v povznesené náladě vlivem alkoholu, nebo jste měl/a kocovinu, když jste pracoval/a, chodil/a do školy nebo se staral/a o děti nebo plnil/a jiné povinnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Zameškal/a jste práci nebo jste přišel/přišla pozdě do práce, do školy nebo zameškal/a jiné aktivity, protože jste pil/a nebo měl/a kocovinu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Měl/a jste problém vycházet s jinými lidmi, když jste pil/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Řídil/a jste auto, poté, co jste vypil/a několik sklenek nebo pil/a příliš mnoho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Pokud jste označil/a jakýkoliv problém v tomto dotazníku, jak obtížné byly tyto problémy pro Vaši práci, péči o domácí záležitosti nebo vztahy s jinými lidmi?</b>			
<b>Vůbec nebyly obtížné</b>	<b>Trochu obtížné</b>	<b>Velmi obtížné</b>	<b>Nesmírně obtížné</b>
<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'.

Zpracovali dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke a kolegové, v rámci vzdělávacího grantu od Pfizer Inc. Pro reprodukci, překlad, zobrazení nebo distribuci se nevyžaduje žádné povolení.