

# SPØRGESKEMA OM DIT HELBRED (PHQ)

Dette spørgeskema er vigtigt for at sikre, at du får den bedst mulige behandling. Dine svar vil hjælpe os med at forstå de problemer, som du måtte have. Besvar hvert spørgsmål så godt du kan, medmindre du bliver bedt om at springe et spørgsmål over.

Navn \_\_\_\_\_ Alder \_\_\_\_\_ Køn:  Kvinde  Mand Dags dato \_\_\_\_\_

1. Inden for de seneste 4 uger, hvor meget har du været generet af følgende problemer?	Ikke generet	Lidt generet	Meget generet
a. Mavesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rygsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Smerter i dine arme, ben eller led (knæ, hofter osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsmerter eller andre problemer i forbindelse med din menstruation (kun for kvinder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Smerter eller problemer under samleje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Smerter i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Besvimelsesanfald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Følelsen af, at dit hjerte dunker eller slår hurtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Åndenød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Forstoppelse, tynd mave eller diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Kvalme, luft i maven eller problemer med fordøjelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Inden for de seneste 2 uger, hvor ofte har du været generet af følgende problemer?	Slet ikke	Fleere dage	Mere end halvdelen af dagene	Næsten hver dag
a. Lille interesse i eller glæde ved at gøre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Følt dig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemer med at falde i søvn eller sove, eller med at sove for meget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Følt dig træt eller har kun haft lidt energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ringe appetit eller spist for meget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Haft det dårligt med dig selv – eller følt, at du er en fiasko eller har skuffet dig selv eller din familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemer med at koncentrere dig om ting, såsom at læse avisen eller se TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Har bevæget dig eller talt så langsomt, at andre kunne have bemærket det? Eller det modsatte – været så rastløs eller hvileløs, at du har bevæget dig mere omkring end sædvanligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tanker om, at det ville være bedre, hvis du var død eller om at gøre skade på dig selv på en eller anden måde	<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. Spørgsmål om angst.

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| a. I de seneste 4 uger, har du haft et angstanfald — en pludselig følelse af frygt eller panik? | <b>NEJ</b><br><input type="checkbox"/> | <b>JA</b><br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---------------------------------------|

**Hvis du har svaret "NEJ", gå til spørgsmål 5.**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| b. Er dette nogensinde sket før?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Kommer nogle af disse anfald pludseligt og ganske uventet - det vil sige, i situationer hvor du ikke forventer at være nervøs eller utryg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Generer disse anfald dig meget, eller er du bekymret for at få et nyt anfald?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 4. Tænk på dit sidste alvorlige angstanfald, når du besvarer følgende spørgsmål.

**NEJ**                      **JA**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Havde du åndenød?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Dunkede dit hjerte, slog hurtigt eller sprang et slag over?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Havde du smerter i eller følte en trykken for brystet?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Svedte du?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Følte du, at du var ved at blive kvalt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Havde du hedeture eller kuldegysninger?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Havde du kvalme eller urolig mave, eller havde en følelse af, at du ville få diarré? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Følte du dig svimmel, usikker eller svag?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Havde du en prikken eller følelsesløshed nogen steder i din krop?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Skælvede eller rystede du?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Var du bange for, at du var ved at dø?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 5. Inden for de seneste 4 uger, hvor ofte har du været generet af følgende problemer?

**Slet ikke**

**Flere dage**

**Mere end halvdelen af dagene**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Følt dig nervøs, ængstelig, irriteret eller bekymret dig meget om forskellige ting. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

**Hvis du har svaret "Slet ikke", gå til spørgsmål 6.**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. Følt dig så rastløs, at det har været svært at sidde stille.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Blevet hurtigt træt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Muskelspændinger, -smerter eller -ømhed.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemer med at falde i søvn eller sove.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Problemer med at koncentrere dig om ting, såsom at læse en bog eller se TV. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Er nemt blevet ærgerlig eller irriteret.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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. Spørgsmål om at spise.**

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| a. Føler du ofte, at du ikke kan kontrollere hvad eller hvor meget du spiser?  | <b>NEJ</b><br><input type="checkbox"/> | <b>JA</b><br><input type="checkbox"/> |
| b. Spiser du ofte, inden for en 2-timers periode, hvad de fleste mennesker ville betragte som en usædvanlig stor mængde mad? | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>              |
| <b>Hvis du har svaret "NEJ" til enten a eller b, gå til spørgsmål 9.</b>   |  |                                       |
| c. Har dette, i gennemsnit, været så ofte som to gange om ugen inden for de seneste 3 måneder?                               | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>              |

**7. Inden for de seneste 3 måneder, har du ofte gjort nogle af de følgende ting for at undgå at tage på i vægt?**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Fået dig selv til at kaste op?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Taget mere end dobbelt så meget af den anbefalede dosis af afføringsmidler?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Fastet — har ikke spist noget overhovedet i mindst 24 timer?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dyrket motion i mere end en time specifikt for at undgå at tage på i vægt efter at have spist ukontrolleret? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**8. Hvis du har svaret "JA" til mindst én af disse måder at undgå at tage på i vægt, anvendte du så nogle af disse måder mere end to gange om ugen i gennemsnit?**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <b>NEJ</b><br><input type="checkbox"/> | <b>JA</b><br><input type="checkbox"/> |
|--|---------------------------------------|

**9. Drikker du nogensinde alkohol (inklusive øl eller vin)?**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <b>NEJ</b><br><input type="checkbox"/> | <b>JA</b><br><input type="checkbox"/> |
|--|---------------------------------------|

**Hvis du har svaret "NEJ" gå til spørgsmål 11.****10. Er noget af det følgende sket for dig mere end en gang inden for de seneste 6 måneder?**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Du drak alkohol selvom en læge har foreslået du stopper med at drikke på grund af problemer med dit helbred.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Du drak alkohol, var fuld eller havde tømmermænd mens du var på arbejde, i skole eller tog dig af børn eller andre pligter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Du blev væk fra eller kom for sent på arbejde, i skole eller til andre aktiviteter fordi du drak eller havde tømmermænd.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Du havde problemer med at omgås andre, når du drak.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Du kørte bil efter at have drukket adskillige drinks eller efter at have drukket for meget.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**11. Hvis du har afkrydset mindst ét af de ovenstående problemer, hvor besværligt har disse problemer gjort det for dig at arbejde, klare tingene i hjemmet eller komme overens med andre?**Slet ikke  
besværligtLidt  
besværligtMeget  
besværligtEkstremt  
besværligt

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'.

Udviklet af dr. Robert L. Spitzer, dr. Janet B.W. Williams, dr. Kurt Kroenke og kolleger med et uddannelseslegat fra Pfizer Inc.  
Der kræves ikke tilladelse til at reproducere, oversætte, vise eller distribuere.