

KÉRDŐÍV AZ ÖN EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL (PHQ)

Ez a kérdőív fontos szerepet játszik abban, hogy Ön a lehető legjobb egészségügyi ellátásban részesüljön. Az Ön válaszai segítenek abban, hogy pontosabb képet kapjunk az Ön lehetséges panaszairól. Kérjük, a lehető legpontosabban válaszoljon minden kérdésre; kérdést csak az utasításnak megfelelően hagyjon ki.

Név _____ Életkor _____ Nem: NŐ Férfi Mai dátum _____

1. Az elmúlt 4 hétben mennyire okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok?	Nem okozott gondot	Kevés gondot okozott	Sok gondot okozott
a. Hasfájás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hátfájás, derékfájás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fájdalom a karjaiban, lábaiban vagy ízületeiben (térdek, csípő stb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruációs görcsök vagy egyéb panaszok a havi vérzésével kapcsolatban (csak nők részére)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fájdalom vagy egyéb panaszok közösülés során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Fejfájás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mellkasi fájdalom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Szédülés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ájulások	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Erős vagy szapora szívverés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Légszomj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Székrekedés, laza széklet vagy hasmenés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hányinger, felfúvódás vagy emésztési zavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok?	Egyszer sem	Néhány napig	A napok több mint felében	Majdnem minden nap
a. Kevés érdeklődés vagy örömezés tevékenységei során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Szomorúság, lehangoltság vagy reménytelenség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Nehezen tud elaludni, éjszaka könnyen felébred, vagy túl sokat alszik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fáradtság vagy kevés energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rossz étvágy vagy túlzott evés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Rossz érzések saját magával kapcsolatban, vagy olyan gondolatok, hogy Ön sikertelen, vagy csalódást okozott önmaga vagy családja számára	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Koncentrációs nehézségek, pl. újságolvasás vagy tévénézés közben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mozgása vagy beszéde annyira lelassult, hogy mások is észrevehették, vagy ellenkezőleg, olyan nyugtalan, hogy a szokásosnál sokkal többet mozgott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Olyan gondolatok, hogy jobb lenne meghalni, vagy hogy valamilyen módon kárt tehetne önmagában	<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. Szorongással kapcsolatos kérdések.

- | | NEM | IGEN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Az elmúlt 4 hétben volt-e szorongásos roham – hirtelen félelem-, vagy pánikérzése? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ha a „NEM” választ jelölte meg, térjen át az 5. kérdésre.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| b. Előfordult ez már Önnel korábban? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Előfordul, hogy ezek a rohamok hirtelen, váratlanul jönnek_ tehát olyan helyzetekben, amikor nem várná, hogy ideges legyen, vagy kényelmetlenül érezze magát? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Nagyon zavarják Önt ezek a rohamok vagy aggódik amiatt, hogy újabb ilyen rohamra lesz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Gondoljon az utolsó súlyos szorongásos rohamára.**NEM IGEN**

- | | NEM | IGEN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Volt légszomja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Előfordult, hogy a szíve szaporán vagy erősen vert, vagy kihagyott a szívverése? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Előfordult, hogy mellkasi fájdalmat vagy nyomást érzett? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Izzadt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Volt olyan érzése, mintha fuldokolna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Előfordultak hőhullámok vagy hidegrázás? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Előfordult, hogy hányingere vagy gyomorpanasza volt, vagy olyan érzése, hogy hasmenése lesz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Előfordult, hogy szédült, bizonytalanság- vagy ájulásszerű érzése volt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Tapasztalt bizsergést vagy zsibbadást egyes testrészeiben?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Reszketett vagy remegett? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Volt a rohamhoz kapcsolható halálfélelme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok?**Egyszer sem Néhány napig A napok több mint felében**

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Idegesség, szorongás, nyugtalanság vagy túlzott aggodalom különböző dolgok miatt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Ha az „Egyszer sem” választ jelölte meg, térjen át a 6. kérdésre.

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. Nyugtalanság, amely miatt nehezebb esik egy helyben ülni. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Nagyon könnyen elfárad. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Izomfeszülés, izomfájdalom vagy izomlázszerű érzés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Nehezen tud elaludni, vagy éjszaka könnyen felébred. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Koncentrációs nehézségek, pl. könyvolvasás vagy tévénézés közben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Könnyen felbosszantható vagy ingerlékeny. | <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. Étkezéssel kapcsolatos kérdések.			
a.	GYAKRAN érzi úgy, hogy nem tudja kontrollálni, hogy mit vagy mennyit eszik?	NEM <input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>
b.	GYAKRAN fordul elő, hogy egy kétórás időtartam alatt annyit eszik, amely a legtöbb ember számára szokatlanul nagy mennyiségű étel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha akár az „a”, akár a „b” pontban a „NEM” választ jelölte meg, akkor térjen át a 9. kérdésre.			
c.	Elérte-e ennek gyakorisága átlagosan a heti két alkalmat az elmúlt 3 hónapban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Az elmúlt 3 hónapban gyakran tette-e az alábbiak közül bármelyiket, annak érdekében, hogy elkerülje a hízást?			
a.	Önhánytatás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Hashajtót vett be az előírtnál több mint kétszeres adagban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Koplalt – nem evett semmit legalább 24 órán keresztül?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Több mint egy órán keresztül sportolt egy falásroham után, azért hogy elkerülje a hízást?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ha az „IGEN” választ jelölte meg bármely, a hízás elkerülésére irányuló módszerre, akkor ezek közül előfordult-e bármelyik átlagosan hetente két alkalommal?			
		NEM <input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>
9. Szokott alkoholt inni (beleértve a sört és a bort is)?			
		NEM <input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>
Ha a „NEM” választ jelölte meg, térjen át a 11. kérdésre.			
10. Előfordult-e Önnel az alábbiak közül bármelyik több mint egyszer az elmúlt 6 hónapban?			
a.	Alkoholt ivott annak ellenére, hogy orvos tanácsolta az ivás abbahagyását valamilyen egészségügyi problémája miatt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Alkoholt ivott, az alkoholtól felpörgött, vagy másnapos volt munkája közben, az iskolában, a gyerekek ellátása vagy más teendői közben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Nem jelent meg, vagy késett a munkahelyéről, iskolából vagy más tevékenységei során, mert ezalatt ivott, vagy másnapos volt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Nehezen jött ki másokkal, amikor ivott.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Autót vezetett, miután több pohárral vagy túl sokat ivott.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Amennyiben a kérdőívben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában?			
Egyáltalán nem okoztak nehézséget	Kis nehézséget okoztak	Nagy nehézséget okoztak	Kifejezetten nagy nehézséget okoztak
<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'.

A kérdőívet Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke és munkatársaik állították össze a Pfizer Inc. által nyújtott oktatási ösztöndíj igénybevétele mellett. Engedély nélkül másolható, lefordítható, és terjeszthető.