

SPØRRESKJEMA OM HELSEN DIN (PHQ)

Dette spørreskjemaet er en viktig del av det å gi deg et best mulig helsetilbud. Svarene dine vil hjelpe oss med å forstå problemer du kan ha. Vennligst svar på hvert spørsmål som best du kan, unntatt hvis du blir bedt om å hoppe over et spørsmål.

Navn _____ Alder _____ Kjønn: Kvinne Mann Dagens dato _____

1. Hvor mye har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste 4 ukene?

	Ikke plaget	Litt plaget	Mye plaget
a. Magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ryggsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Smerter i armer, ben eller ledd (knær, hofter, osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruasjonsmerter eller andre problemer i forbindelse med menstruasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Smerter eller problemer under samleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Brystsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Besvimelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Følelsen av at hjertet banker altfor hardt eller raser av sted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kortpustethet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Forstoppelse, løs avføring eller diaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Kvalme, luft i tarmen eller fordøyelsesbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste 2 ukene?

	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn halvparten av dagene	Nesten hver dag
a. Lite interesse for eller glede over å gjøre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vansker med å sovne eller med å sove natten gjennom uten å våkne – eller med at du sover for mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Følt deg trett eller slapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dårlig appetitt eller å spise for mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket – eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har vært mye mer i bevegelse enn vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tanker om at du like gjerne kunne vært død eller på annen måte ville skade deg selv	<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. Spørsmål om angst.

a.	Har du hatt et anfall der du plutselig har følt frykt eller panikk, i løpet av de siste 4 ukene?	NEI <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Gå videre til spørsmål 5 hvis du krysset av for "NEI".			
b.	Har dette noen gang skjedd tidligere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Kommer noen av disse anfallene plutselig som fra klar himmel – det vil si, i situasjoner der du ikke regner med å bli nervøs eller føle deg utilpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Plager disse anfallene deg mye, eller er du bekymret for å få et nytt anfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tenk på ditt siste alvorlige angstanfall.

		NEI	JA
a.	Var du kortpustet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Følte du at hjertet banket altfor hardt, raste av sted eller hoppet over slag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Hadde du brystmerter eller trykk i brystet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Svettet du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Hadde du en følelse av å bli kvalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Hadde du en følelse av å bli altfor varm eller altfor kald?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Var du kvalm eller hadde en urolig mage – eller en følelse av at du kom til å få diaré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Følte du deg svimmel, ustø eller nær ved å besvime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Hadde du en følelse av prikking eller av å være nummen i deler av kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Ristet eller skalv du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Var du redd for at du skulle dø?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste 4 ukene?

	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn halvparten av dagene	
a.	Følt deg nervøs, engstelig eller anspent, eller bekymret deg mye om ulike ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå videre til spørsmål 6 hvis du krysset av for "Ikke i det hele tatt".				
b.	Følt deg så rastløs at det var vanskelig å sitte stille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Blitt veldig fort trett og sliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Spenninger, verking eller sårhet i musklene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Vansker med å sovne eller med å sove natten gjennom uten å våkne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese en bok eller se på TV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Blitt lett ergerlig eller irriterbar?	<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. Spørsmål om spising.			
a. Føler du ofte at du ikke klarer å kontrollere <u>hva</u> eller <u>hvor mye</u> du spiser?	NEI <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	
b. Spiser du ofte, i løpet av en periode på <u>to timer</u> , det du tror andre vil betrakte som en uvanlig <u>stor</u> mengde mat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gå videre til spørsmål 9 hvis du krysset av for "NEI" på enten 6a eller 6b.			
c. Har dette skjedd så ofte som to ganger i uka, i gjennomsnitt, i løpet av de siste 3 månedene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Har du i løpet av de siste 3 månedene ofte gjort noe av det følgende for å unngå å legge på deg?			
a. Fått deg selv til å kaste opp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Tatt mer enn det dobbelte av anbefalt dose avføringsmidler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Unnlatt å spise noe som helst i løpet av minst et helt døgn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Trent mer enn én time spesielt for å unngå å legge på deg etter at du har spist altfor mye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Hvis du krysset av for "JA" på noen av metodene nevnt ovenfor, har du gjort noe av dette så ofte som to ganger i uka, i gjennomsnitt, i løpet av de siste 3 månedene?			
	NEI <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	
9. Hender det at du drikker alkohol (inkludert øl og vin)?			
	NEI <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	
Gå videre til spørsmål 11 hvis du krysset av for "NEI".			
10. Har noe av det følgende hendt deg mer enn én gang i løpet av de siste 6 månedene?			
a. Du drakk alkohol selv om legen mente at du burde slutte å drikke på grunn av helsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Du drakk alkohol, var påvirket av alkohol, eller var i bakrus mens du arbeidet, gikk på skolen eller passet barn eller hadde andre typer ansvar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Du kom for sent eller gikk ikke på jobb eller skole eller til andre aktiviteter fordi du drakk eller var i bakrus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Du hadde problemer med å komme overens med andre mens du drakk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Du kjørte bil etter å ha drukket for mye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes i dette skjemaet, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?			
Ikke vanskelig i det hele tatt <input type="checkbox"/>	Litt vanskelig <input type="checkbox"/>	Veldig vanskelig <input type="checkbox"/>	Ekstremt vanskelig <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'.

Utviklet av Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B. Williams, Dr. Kurt Kroenke og medarbeidere med et utdanningsstipend fra Pfizer Inc. Det er ikke nødvendig med tillatelse til reproduksjon, oversettelse, fremvisning eller distribuering