

ОПРОСНИК ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ (PHQ)

Этот опросник позволит разработать план профилактики и лечения заболеваний, который был бы для Вас оптимальным. Ваши ответы важны для врача, поскольку они позволят выявить возможные проблемы, связанные с Вашим здоровьем, и/или лучше понять существующие. Постарайтесь как можно точнее ответить на каждый вопрос. Пропускайте вопросы только в том случае, если этого требует инструкция.

Ф.И.О. _____ Возраст _____ Пол: Ж М Сегодняшнее число _____

1. Насколько Вас беспокоили следующие проблемы за <u>последние 4 недели</u> ?	Меня это совсем не беспокоило	Немного беспокоило	Очень беспокоило
a. Боль в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Боль в спине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Боль в руках, ногах или суставах (коленях, тазобедренных суставах и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Менструальные боли или другие проблемы, связанные с менструациями (только для женщин)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Боль или другие проблемы во время полового акта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Боль в грудной клетке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Обмороки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Усиленное или учащенное сердцебиение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Одышка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Запор, жидкий стул или понос	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Тошнота, газы или ощущение дискомфорта в желудке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Как часто за <u>последние 2 недели</u> Вас беспокоили следующие проблемы?	Ни разу	Несколько ко дней	Более половины дней	Почти каждый день
a. Вам не хотелось ничего делать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Вы были утомлены, или у Вас было мало сил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. У Вас был плохой аппетит, или Вы переедали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Вы плохо о себе думали: Вы считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или, наоборот, Вы были настолько суетливы или взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред	<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. Вопросы о тревоге

- | | | | |
|----|--|---------------------------------|--------------------------------|
| a. | Были ли у Вас за последние 4 недели приступы тревоги, при которых Вы испытывали неожиданное чувство страха или паники? | НЕТ
<input type="checkbox"/> | ДА
<input type="checkbox"/> |
|----|--|---------------------------------|--------------------------------|

Если Вы ответили «НЕТ», перейдите к вопросу №5.

b.	Случалось ли это раньше?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Происходят ли некоторые из этих приступов совершенно неожиданно – то есть в таких ситуациях, когда Вы вроде бы не должны нервничать или чувствовать себя некомфортно?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Сильно ли Вас беспокоят эти приступы, боитесь ли Вы, что у Вас будет новый приступ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Вспомните свой последний сильный приступ тревоги и ответьте на следующие вопросы:

		НЕТ	ДА
a.	Была ли у Вас одышка?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Было ли у Вас учащенное, усиленное или неровное сердцебиение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	У Вас была боль в грудной клетке или ощущение стеснения за грудиной?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Потели ли Вы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Было ли у Вас ощущение удушья?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Испытывали ли Вы приливы жара или озноб?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Испытывали ли Вы тошноту или дискомфорт в желудке, или, может быть, у Вас было ощущение, что у Вас сейчас начнется понос?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Испытывали ли Вы головокружение, ощущение потери равновесия или обморочное состояние?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Ощущали ли Вы покалывание или онемение в каких-нибудь частях тела?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Испытывали ли Вы дрожь в теле?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Казалось ли Вам, что Вы умираете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Как часто за последние 4 недели Вас беспокоили следующие проблемы?

	Ни разу	Несколько дней	Более половины дней
a.			
b.			
c.			
d.			
e.			
f.			
g.			

Если Вы ответили «Ни разу», перейдите к вопросу №6.

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. Вопросы о питании			
a. Часто ли Вы чувствуете, что не можете контролировать, <u>что</u> или <u>сколько</u> Вы едите?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	
b. Часто ли Вы съедаете в течение 2-х часов порции еды, которые другие считают необычно <u>большими</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Если Вы ответили «НЕТ» на вопрос «а» или «b», перейдите к вопросу №9.			
c. Происходило ли это в среднем 2 раза в неделю за последние 3 месяца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. За последние 3 месяца делали ли Вы <u>часто</u> следующее, для того чтобы не набрать вес?			
a. Вызывали у себя рвоту?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Принимали дозу слабительного, которая превышает рекомендуемую дозу более чем в два раза?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Воздерживались от еды – совсем ничего не ели по крайней мере 24 часа?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Занимались физическими упражнениями более часа специально для того, чтобы не набрать вес после обильного приема пищи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Если Вы ответили «ДА» на один из предыдущих четырех вопросов, ответьте, пожалуйста, делали ли Вы это в среднем два раза в неделю?			
НЕТ	<input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	
9. Употребляете ли Вы алкогольные напитки (в том числе пиво или вино)?			
НЕТ	<input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	
Если Вы ответили «НЕТ», перейдите к вопросу №11.			
10. Происходило ли с Вами что-нибудь из нижеперечисленного <u>более одного</u> <u>раза за последние 6 месяцев</u>?			
a. Вы употребляли алкогольные напитки, хотя врач Вам рекомендовал прекратить пить из-за проблем со здоровьем.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Вы употребляли алкогольные напитки, были в состоянии опьянения или похмелья во время работы, учебы, присматривая за детьми или выполняя другие обязанности.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Вы опоздали или не пошли на работу, учебу или на другие мероприятия, потому что Вы пили алкогольные напитки или у Вас было похмелье.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. У Вас были проблемы в общении с людьми, когда Вы выпивали.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Вы водили машину, после того как выпивали умеренное или чрезмерное количество алкоголя.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Если Вы положительно ответили на <u>какие-нибудь</u> пункты в этом опроснике, то оцените, насколько <u>трудно</u> Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми из-за этих проблем?			
Совсем не трудно <input type="checkbox"/>	Немного трудно <input type="checkbox"/>	Очень трудно <input type="checkbox"/>	Чрезвычайно трудно <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'.

Разработано докторами Робертом Л. Шпицем (Robert L. Spitzer), Джанет Б.У. Уилльямс (Janet B.W. Williams), Куртом Кронке (Kurt Kroenke) и их коллегами в рамках образовательного гранта компании Pfizer Inc. Воспроизведение, перевод, показ и распространение разрешены.