

שאלון בריאות המטופל (PHQ)

השאלון כתוב בלשון זכר אך מיועד לשני המינים.

שאלון זה הוא חלק חשוב במתן הטיפול הרפואי הטוב ביותר עבורך. תשובותיך יעזרו בהבנת בעיות שיתכן ויש לך. ענה בבקשה על כל שאלה כמיטב יכולתך, אלא הנך מתבקש לדלג על שאלה כלשהי.

שם _____ גיל _____ מין: נקבה זכר התאריך היום _____

1. במהלך 4 השבועות האחרונים, באיזו מידה היית מוטרד מכל אחת מן הבעיות הבאות?			
הייתי מוטרד מאוד	הייתי מעט מוטרד	לא הייתי מוטרד	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. כאב בטן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. כאב גב
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. כאב בזרועות, ברגליים, או במפרקים (ברכיים, ירכיים וכו')
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד. כאבים בזמן הווסת או בעיות אחרות עם המחזור (לנשים בלבד)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה. כאב או בעיות במהלך קיום יחסי מין
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ו. כאבי ראש
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז. כאב בחזה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ח. סחרחורת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ט. התעלפויות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	י. תחושה כי לבך הולם או פועם במהירות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יא. קוצר נשימה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יב. עצירות, יציאות רכות, או שלשול
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יג. בחילה, גזים, או הפרעה בעיכול

2. במהלך השבועיים האחרונים, באיזו תדירות היית מוטרד מכל אחת מן הבעיות הבאות?				
כלל לא	כמה ימים מן הימים	ביותר ממחצית מן הימים	כמעט כל יום	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. עניין או הנאה מועטים מעשיית דברים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. תחושת דכדוך, דיכאון, או חוסר תקווה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. קשיים בהירדמות או בשינה רציפה, או עודף שינה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד. תחושה של עייפות או אנרגיה מועטה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה. תיאבון מועט או אכילת יתר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ו. מרגיש רע לגבי עצמך- או מרגיש שאתה כישלון או שאכזבת את עצמך או את משפחתך
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז. קושי להתרכז בדברים, כמו קריאה בעיתון או צפייה בטלוויזיה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ח. היית מדבר או נע באיטיות עד כי שאחרים הבחינו בכך? או להיפך- היית חסר שקט ומנוחה כך שהיית צריך להסתובב יותר מהרגיל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ט. מחשבות שהיה עדיף לו היית מת או מחשבות על פגיעה בעצמך בדרך כלשהי

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. שאלות על חרדה.

א.	ב- 4 השבועות האחרונים, האם חווית התקף חרדה- תחושה פתאומית של פחד או בהלה?	לא	כן
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אם ענית "לא", עבור לשאלה 5			
ב.	האם זה קרה לך בעבר?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג.	האם חלק מן ההתקפים הללו מגיעים לפתע באופן בלתי צפוי- כלומר, במצבים שאינך מצפה שתהיה חרד או שתחוש אי נוחות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ד.	האם ההתקפים האלה מטרידים אותך מאוד או שאתה מודאג שמא יהיה לך התקף נוסף?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. חשוב על התקף החרדה החמור האחרון שהיה לך.

א.	האם חשת קוצר נשימה?	לא	כן
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב.	האם לברך פעם במהירות, הלם בכבודות, או החסיר פעימה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג.	האם היה לך כאב או לחץ בחזה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ד.	האם הזעת?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ה.	האם הרגשת כאילו אתה נחנק?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ו.	האם היו לך גלי חום או צמרמורות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ז.	האם הייתה לך בחילה או קלקול קיבה, או תחושה שאתה עומד לשלשל?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ח.	האם חשת סחרחורת, חוסר יציבות או התעלפת?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ט.	האם חשת עקצוץ או חוסר תחושה בחלקים מגופך?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
י.	האם רעדת?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יא.	האם חששת שאתה עומד למות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. במהלך 4 השבועות האחרונים, באיזו תדירות היית מוטרד מכל אחת מן הבעיות הבאות?

כלל לא	כמה ימים	ביותר ממחצית מן הימים	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. תחושה של עצבנות, חרדה, תחושה של "להיות על קוצים", או דאגה רבה לגבי דברים שונים.
אם ענית "כלל לא", עבור לשאלה 6			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. חשת חסר מנוחה באופן כזה שהיה לך קשה לשבת מבלי לנוע.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. התעייפת בקלות רבה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד. מתח או כאב בשרירים.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה. קשיים בהירדמות או בשינה רציפה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ו. קושי להתרכז בדברים, כמו קריאת ספר או צפייה בטלוויזיה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז. נהיית עצבני או התרגזת בקלות.

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. שאלות לגבי הרגלי אכילה.

א. האם לעיתים קרובות אתה מרגיש שאתה לא יכול לשלוט ב מה או בכמה אתה אוכל?	לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/>
ב. האם אתה אוכל לעיתים קרובות, בטווח של שעותיים , כמות של אוכל שרוב האנשים היו מגדירים כ גדולה באופן לא רגיל?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. האם בממוצע זה קרה בתדירות של פעמיים בשבוע במהלך 3 החודשים האחרונים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

אם ענית "לא" ל- א' או ל- ב', עבור לשאלה 9

7. במהלך 3 החודשים האחרונים, האם עשית משהו מהדברים הבאים **לעיתים קרובות** על מנת להימנע מעליה במשקל?

א. גרמת לעצמך להקיא?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. לקחת יותר מפי 2 מהמינון המומלץ של חומרים משלשלים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. צמת – לא אכלת דבר במשך 24 שעות לפחות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ד. התאמנת במשך יותר משעה במיוחד כדי להימנע מעלייה במשקל לאחר התקף זליה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. אם ענית "כן" על אחת מהדרכים הללו להימנע מעלייה במשקל, האם בממוצע הן נעשו בתכיפות של פעמיים בשבוע?

כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

9. האם אתה שותה אלכוהול (כולל בירה או יין)?

כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

אם ענית "לא" עבור לשאלה 11

10. האם אחד מהדברים הבאים קרה לך יותר מפעם אחת במהלך 6 החודשים האחרונים?

א. שתית אלכוהול למרות שרופא המליץ שתפסיק לשתות בגלל בעיה בריאותית שלך.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. שתית אלכוהול, היית שיכור ("מסטול") מאלכוהול או סבלת מתופעות לוואי שלאחר שתייה (חווית "האנג אובר") בזמן שעבדת, למדת, טיפלת בילדים או במחויבויות אחרות.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. החסרת יום או איחרת לעבודה, לימודים, או פעילויות אחרות בגלל ששתית או שהיית ב"האנג אובר".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ד. התקשית להסתדר עם אנשים אחרים בזמן ששתית.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ה. נהגת במכונית אחרי ששתית מספר משקאות או אחרי ששתית יותר מדי.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. אם סימנת בעיות כלשהן בשאלון זה, עד כמה בעיות אלה **הקשו** עליך לבצע את עבודתך, לטפל בדברים בבית, או להסתדר עם אנשים אחרים?

לא הקשו כלל	הקשו במידה מה	הקשו מאוד	הקשו באופן קיצוני
<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'.

פנתח ע"ד ר"ר Robert L. Spitzer, ד"ר Janet B.W. Williams, ד"ר Kurt Kroenker ועוד עמיתים אחרים בעזרת מענק חינוכי מ-Pfizer Inc. אין צורך בשום הרשאה לצרכי שחזור, תרגום, הצגה או הפצה.