

환자 건강 질문지 (PHQ)

이 질문지는 당신에게 가능한 최상의 건강 관리를 제공하는데 중요한 부분입니다. 당신의 응답은 당신이 갖고 있을지 모르는 문제들을 이해하는데 도움이 될 것입니다. 다음 문항으로 넘어가라는 지시가 없는 한 모든 문항에 최선을 다해 응답해 주시기를 부탁드립니다.

이름 _____ 연령 _____ 성별: 여성 남성 오늘 날짜 _____

1. 지난 4주일 동안 당신은 다음 문제들로 인해서 얼마나 많이 방해받았습니까?	방해 받지 않았다	조금 방해 받았다	많이 방해 받았다
a. 위 또는 배의 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 등의 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 팔, 다리, 혹은 관절(무릎, 엉덩이 등)의 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 생리통 또는 생리기간 중의 다른 문제들	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 성교 중의 통증이나 다른 문제들	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 두통	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 가슴의 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 현기증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 잠시 동안 기절	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 심장이 두근거리거나 빨리 뛰는 것을 느낌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 호흡이 가빠짐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 변비, 묽은 배설물 또는 설사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 구역질, 방귀, 복부팽창 또는 소화불량	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 지난 2주일 동안 당신은 다음의 문제들로 인해서 얼마나 자주 방해받았습니까?	전혀 방해 받지 않았다	며칠 동안 방해 받았다	7일 이상 방해 받았다	거의 매일 방해 받았다
a. 일 또는 여가 활동을 하는 데 흥미나 즐거움을 느끼지 못함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 잠이 들거나 계속 잠을 자는 것이 어려움, 또는 잠을 너무 많이 잠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 피곤하다고 느끼거나 기운이 거의 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 입맛이 없거나 과식을 함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 자신을 부정적으로 봄 - 혹은 자신이 실패자라고 느끼거나 자신 또는 가족을 실망시킴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 신문을 읽거나 텔레비전 보는 것과 같은 일에 집중하는 것이 어려움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 다른 사람들이 주목할 정도로 너무 느리게 움직이거나 말을 함. 또는 반대로 평상시보다 많이 움직여서, 너무 안절부절 못하거나 들떠 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 자신이 죽는 것이 더 낫다고 생각하거나 어떤 식으로든 자신을 해칠 것이라고 생각함	<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. 불안에 관한 질문.

a. 당신은 지난 4주일 동안 불안발작(공황)을 느낀 적이 있습니까 - 즉 갑작스런 공포나 공황을 느낀 적이 있었습니까? 아니오 예

만일 "아니오" 라고 응답하셨으면, 5번 문항으로 넘어 가십시오.

b. 예전에도 이러한 일이 일어난 적이 있습니까?

c. 이러한 발작이 갑자기 느닷없이 일어납니까 - 즉, 긴장되거나 불편할 것이라고 예상하지 않은 상황에서 일어납니까?

d. 이러한 발작 때문에 당신은 많이 방해를 받거나 또 다른 발작이 일어날까 걱정이 됩니까?

4. 가장 최근에 경험한 심한 불안발작에 대해 생각해 보십시오.

아니오 예

a. 호흡이 가빴습니까?

b. 심장이 빠르게 뛰거나, 반복적으로 잠시 멎었다가 뛰거나 두근거렸습니까?

c. 가슴에 통증이 있거나 압박감이 있었습니까?

d. 땀이 났습니까?

e. 숨이 막히는 것처럼 느꼈습니까?

f. 갑자기 몸이 뜨겁거나 오싹함을 느꼈습니까?

g. 메스꺼움이나 위경련이나 설사가 날 것 같은 느낌이었습니까?

h. 현기증이 나거나 균형을 잃거나, 혹은 기절할 것 같이 느꼈습니까?

i. 신체의 일부가 따끔 따끔 아프거나 감각이 둔해졌습니까?...

j. 몸이 떨렸습니까?

k. 죽는 것 같아 두려웠습니까?

5. 지난 4주일 동안 당신은 다음의 문제들로 인해서 얼마나 자주 방해를 받았습니까?

전혀 방해 받지 않았다 며칠 동안 방해 받았다 14일 이상 방해 받았다

a. 여러 가지 일들에 대해 불안하거나 긴장하거나 초조하거나 매우 걱정함

만일 "전혀 방해 받지 않았다" 라고 응답하셨으면, 6번 문항으로 넘어 가십시오.

b. 들떠 있기 때문에 가만히 앉아있을 수가 없음

c. 매우 쉽게 피곤해짐

d. 근육의 긴장, 통증, 혹은 아픔

e. 잠이 들거나 계속 잠자기가 어려움

f. 책을 읽거나 텔레비전 보는 것과 같은 일에 집중하는 것이 어려움

g. 쉽게 화가 나거나 짜증이 남

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. 식생활에 대한 질문.			
a.	당신은 무엇을 혹은 얼마나 먹을지를 조절할 수 없다고 자주 느끼십니까?	아니오 <input type="checkbox"/>	예 <input type="checkbox"/>
b.	대부분의 사람들이 상당히 많다고 여기는 음식 양(2시간 동안 먹을 수 있는 양)을 먹는 일이 당신은 자주 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
#a 또는 #b에서 "아니오" 라고 응답하셨으면, 9번으로 넘어 가십시오.			
c.	평균으로 볼 때, 지난 3개월 동안 일주일에 2번 이러한 일이 있었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 지난 3개월 동안 당신은 체중이 증가하는 것을 막기 위해 다음과 같은 행동을 자주 했습니까?		아니오	예
a.	먹은 음식을 일부러 토함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	대변을 나오게 하는 약을 권장량의 두 배 이상 복용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	단식 - 최소 24시간 동안 아무것도 먹지 않기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	폭식 이후에 체중이 증가하는 것을 막기 위해 한 시간 이상 운동하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 만일 당신이 체중이 증가하는 것을 막기 위해 위의 방법 중에서 하나 이상 "예" 라고 응답했다면, 일주일에 평균 2번 그런 일을 했습니까?		아니오 <input type="checkbox"/>	예 <input type="checkbox"/>
9. 당신은 술(맥주나 포도주 포함)을 마십니까?		아니오 <input type="checkbox"/>	예 <input type="checkbox"/>
"아니오" 에 응답하셨으면, 11번 문항으로 넘어 가십시오.			
10. 지난 6개월 동안 다음의 일들이 한번 이상 일어났습니까?		아니오	예
a.	의사가 건강상의 문제로 술을 마시지 말라고 권유했는데도 불구하고 술을 마셨다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	일을 하거나 학교에 가거나 혹은 자녀를 돌보거나 다른 책임을 수행하는 동안 술을 마셨거나 술에 취해 기분이 좋거나 숙취상태에 있었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	술을 마시거나 숙취로 인해서 직장, 학교, 또는 다른 활동에 빠지거나 지각을 했다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	술을 마시는 동안 다른 사람과 어울리는 데 문제가 있었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	술을 몇 잔 혹은 너무 많이 마신 후에 자동차를 운전했다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 만일 당신이 위의 문제 중 하나 이상 "예" 라고 응답하셨으면, 이러한 문제들로 인해서 당신은 일을 하거나 가정일을 돌보거나 다른 사람과 어울리는 것이 얼마나 어려웠습니까?			
전혀 어렵지 않았다	약간 어려웠다	많이 어려웠다	매우 많이 어려웠다
<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'.

Pfizer Inc.로부터 교육용 지원금을 받아 Robert L. Spitzer 박사, Janet B.W. Williams 박사, Kurt Kroenke 박사와 동료들에 의해 개발된 것임. 복제, 번역, 전시 또는 배포를 위해 허가가 필요하지 않음.