

# KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA (PHQ)

Ten kwestionariusz odgrywa ważną rolę w zapewnieniu Panu/Pani możliwie najlepszej opieki zdrowotnej. Pana/Pani odpowiedzi pomogą w zrozumieniu Pana/Pani ewentualnych problemów. Prosimy odpowiedzieć na każde pytanie najlepiej jak Pan/Pani potrafi, chyba że zaznaczono, iż należy jakieś pytanie pominąć.

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Wiek \_\_\_\_\_ Płeć:  Kobieta  Mężczyzna Dzisiejsza data \_\_\_\_\_

1. Jak bardzo w ciągu ostatnich 4 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy?	Nie dokuczały	Trochę dokuczały	Bardzo dokuczały
a. Ból brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ból pleców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bóle w rękach, nogach albo stawach (kolanowych, biodrowych, itd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Skurcze miesiączkowe lub inne problemy związane z miesiączkowaniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ból lub problemy podczas współżycia seksualnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bóle głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ból w klatce piersiowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Przypadki zemdlenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Uczucie, że serce bije Panu/Pani mocno lub szybko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Brak tchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Zaparcia, luźne stolce lub biegunka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Nudności, wzdęcia lub niestrawność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy?	Wcale nie dokuczały	Kilka dni	Więcej niż połowę dni	Niemal codziennie
a. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Uczucie zmęczenia lub brak energii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Brak apetytu lub przejadanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Poczucie niezadowolenia z siebie — lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie — niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy	<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. Pytania dotyczące lęku.

a.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miał/-a Pan/Pani napad lęku — nagłego uczucia strachu lub paniki?	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>
<b>Jeżeli zaznaczył/- a Pan/Pani „NIE”, proszę przejść do pytania nr 5.</b>			
b.	Czy zdarzało się to już kiedyś wcześniej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Czy niektóre z tych napadów przychodzą zupełnie niespodziewanie — to znaczy w sytuacjach, w których zwykle nie jest Pan/Pani zdenerwowany/-a lub czuje się nieswojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Czy te napady bardzo Panu/Pani dokuczają i czy obawia się Pan/Pani następnego napadu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Proszę sobie przypomnieć ostatni poważny napad lęku.

		<b>NIE</b>	<b>TAK</b>
a.	Czy brakowało Panu/Pani tchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Czy biło Panu/Pani serce szybko, mocno, albo „potykało się”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Czy czuł/-a Pan/Pani ból lub ucisk w klatce piersiowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Czy pocił/-a się Pan/Pani?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Czy czuł/-a Pan/Pani jakby się Pan/Pani dławił/-a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Czy czuł/-a Pan/Pani nagły przypływ gorąca albo dreszcze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Czy miał/-a Pan/Pani nudności lub problemy z żołądkiem, albo czuł/-a, że będzie Pan/Pani miał/-a biegunkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Czy czuł/-a Pan/Pani zawroty głowy, zachwiania równowagi lub robiło się Panu/Pani słabo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Czy czuł/-a Pan/Pani mrowienie lub odrętwienie w częściach ciała?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Czy drżał/-a Pan/Pani lub dygotał/-a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Czy bał/-a Pan/Pani, że umiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy?

	<b>Wcale nie dokuczały</b>	<b>Kilka dni</b>	<b>Więcej niż połowę dni</b>	
a.	Uczucie zdenerwowania, niepokoju, rozdrażnienia lub obawy o różne sprawy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Jeżeli zaznaczył/- a Pan/Pani „Wcale nie dokuczały”, proszę przejść do pytania nr 6.</b>				
b.	Uczucie podenerwowania, że trudno było spokojnie usiedzieć w miejscu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Bardzo łatwe męczenie się.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Napięcie, bóle lub obolałość mięśni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Problemy z ze skupieniem się, na przykład przy czytaniu książki lub oglądaniu telewizji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Łatwe uleganie zdenerwowaniu lub rozdrażnieniu.	<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".

<b>6. Pytania dotyczące jedzenia..</b>			
a. Czy często czuje Pan/Pani, że nie jest w stanie kontrolować, co ani ile je?	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	
b. Czy często zdarza się, że w ciągu dowolnych 2 godzin zjada Pan/Pani taką ilość jedzenia, która przez większość ludzi zostałaby uznana za niezwykle dużą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Jeżeli zaznaczył/- a Pan/Pani „NIE” w punkcie a lub b, proszę przejść do pytania nr 9.</b>			
c. Czy zdarzało się to średnio dwa razy w tygodniu w ciągu ostatnich 3 miesięcy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. Czy w ciągu 3 ostatnich miesięcy często podejmował/-a Pan/Pani następujące kroki, aby uniknąć przybrania na wadze?</b>			
a. Zmuszał/-a się do wymiotów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Zażywał/-a więcej niż podwójną od zalecanej dawkę środków przeczyszczających?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Pościł/-a — w ogóle nic nie jadł/-a przez co najmniej 24 godziny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Ćwiczył/-a przez ponad godzinę tylko po to, by nie przybrać na wadze po napadzie objadania się?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Jeżeli zaznaczył/- a Pan/Pani „TAK” przy którymkolwiek z tych sposobów unikania tycia, czy korzystał/-a z nich Pan/Pani średnio dwa razy w tygodniu?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	
<b>9. Czy kiedykolwiek pije Pan/Pani alkohol (włącznie z piwem i winem)?</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Jeżeli zaznaczył/- a Pan/Pani „NIE”, proszę przejść do pytania nr 11.</b>			
<b>10. Czy któreś z opisanych niżej sytuacji zdarzyły się Panu/Pani więcej niż raz w ciągu ostatnich 6 miesięcy?</b>			
a. Pił/-a Pan/Pani alkohol, mimo że lekarz sugerował zrezygnowanie z picia ze względu na problem z Pana/Pani zdrowiem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Pił/-a Pan/Pani alkohol, był/-a pod wpływem alkoholu lub miał/-a kaca podczas pracy, w drodze do szkoły, opiekując się dziećmi albo w trakcie innych obowiązków.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Nie poszedł/poszła lub spóźnił/-a się Pan/Pani do pracy, szkoły lub na inne zajęcia z powodu picia albo kaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Podczas picia miał/-a Pan/Pani kłopoty w relacjach z innymi ludźmi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Prowadził/-a Pan/Pani samochód po kilku kieliszkach lub po wypiciu nadmiernej ilości alkoholu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11. Jeżeli zaznaczył/-a Pan/Pani którekolwiek z problemów wspomnianych w kwestionariuszu, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?</b>			
<b>W ogóle utrudniły</b> <input type="checkbox"/>	<b>Trochę utrudniły</b> <input type="checkbox"/>	<b>Bardzo utrudniły</b> <input type="checkbox"/>	<b>Niezmiernie utrudniły</b> <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'.

Opracowanie: Dr Robert L. Spitzer, Dr Janet B.W. Williams, Dr Kurt Kroenke oraz współpracownicy, z wykorzystaniem grantu oświatowego od firmy Pfizer Inc. Zgoda na powielanie, tłumaczenie, przedstawianie lub rozprowadzanie niniejszego dokumentu nie jest wymagana.