

TMD-FÁJDALOM SZŰRŐLAP

1. Az elmúlt 30 napban előfordult-e bármilyen fájdalom az állkapcsa vagy halántéka területén bármelyik oldalon?
 - a. Nem volt fájdalom
 - b. Néha van fájdalom, máskor nincs
 - c. Állandó fájdalom van

2. Az elmúlt 30 napban érzett-e fájdalmat vagy merevséget az állkapcsában ébredéskor?
 - a. Nem
 - b. Igen

3. Az elmúlt 30 napban az alábbi tevékenységek során változott-e a fájdalom (akár enyhült, akár súlyosbodott) melyet az állkapcsában vagy halántékán érzett, bármelyik oldalon?
 - A. Kemény vagy rágós ételek rágása
 - a. Nem
 - b. Igen

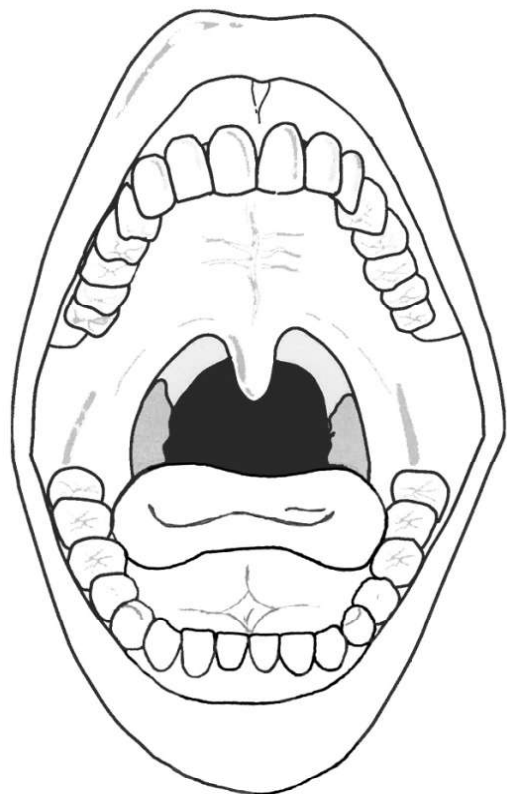
 - B. Szájnyitás, vagy az állkapocs előre vagy oldalra mozgatása
 - a. Nem
 - b. Igen

 - C. Állkapcsát érintő szokások, úgy, mint fogak zárt helyzetben tartása, összeszorítása, csikorgatása vagy rágógumi rágása
 - a. Nem
 - b. Igen

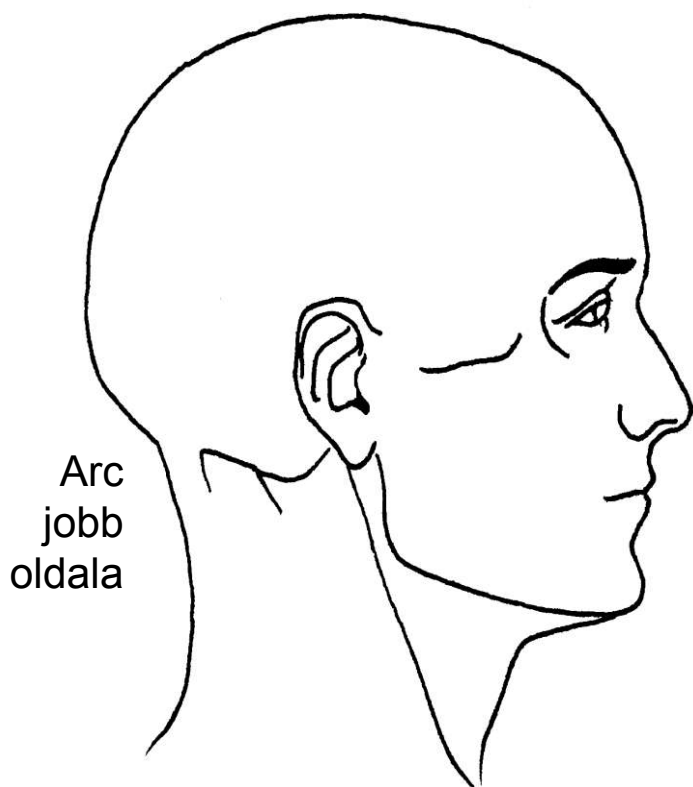
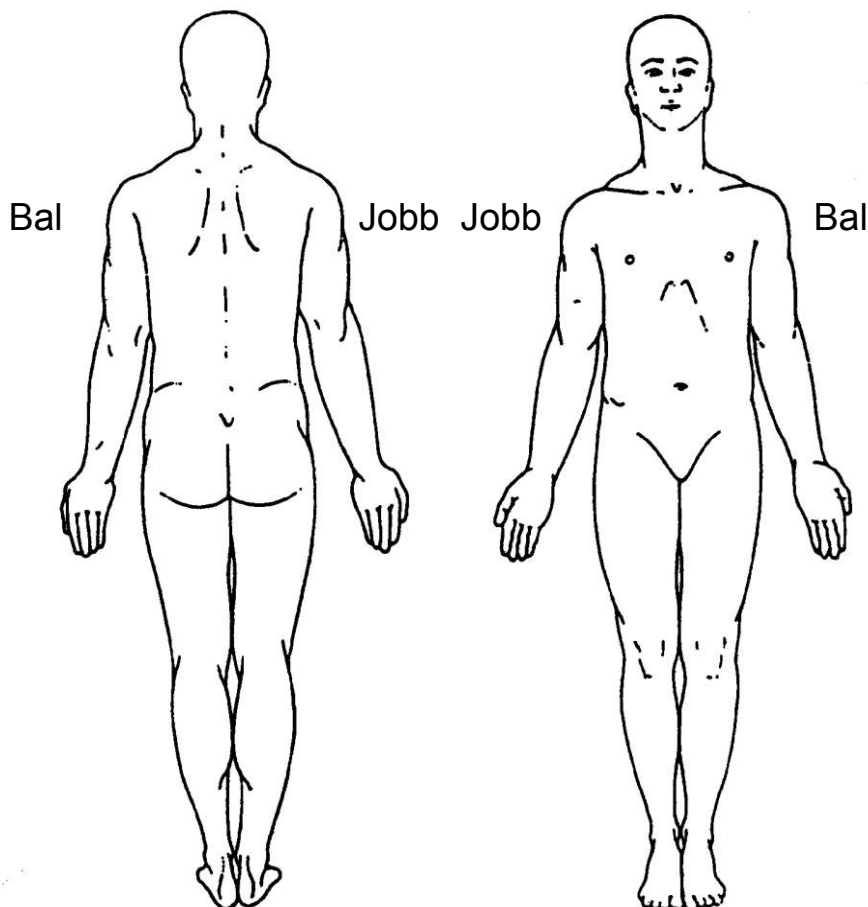
 - D. Olyan állkapcsot érintő tevékenységek, mint beszéd, csókolózás vagy ásítás
 - a. Nem
 - b. Igen

DC-TMD FÁJDALOM ÁBRÁZOLÁSA

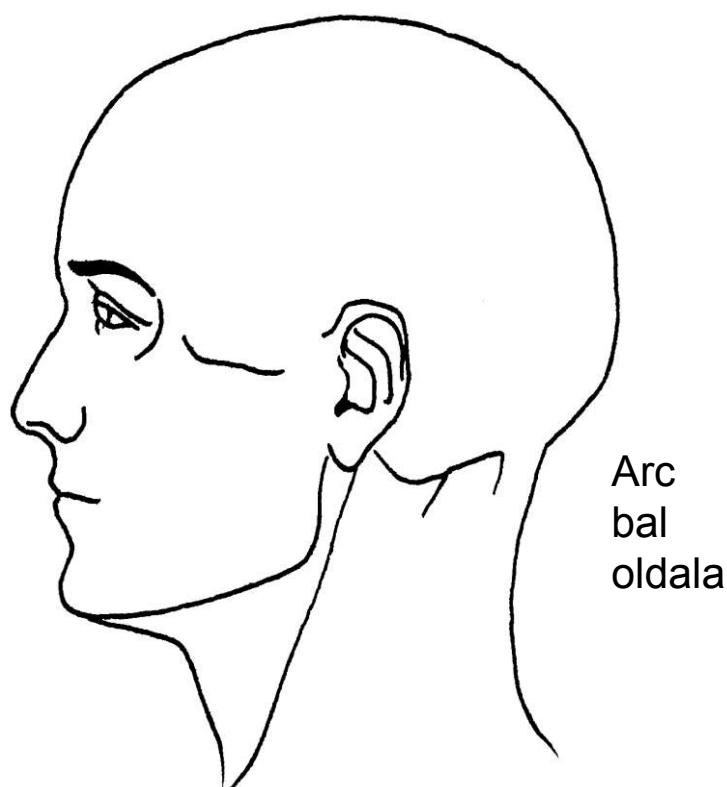
Szírozással jelöljön be MINDEN olyan testtájat, ahol fájdalmat érez! Használja a leginkább megfelelő ábrákat! Ha van olyan jól körül írható pont, ami fájdalmas, akkor azt jelölje egy pöttyel (●)! Ha a fájdalom vándorol egyik helyről a másikra, akkor jelölje nyilakkal az útját!



Száj és fogak



Arc
jobb
oldala



Arc
bal
oldala

DC-TMD
Tüneti kérdőív

Páciens neve _____ Dátum _____

FÁJDALOM

1. Érzett Ön valaha fájdalmat az állkapcsában, halántékán, fülében vagy a füle előtti területen bármelyik oldalon? **Nem** **Igen**

Ha Nemmel válaszolt, ugorjon az 5. kérdéshez!

2. Hány éve vagy hónapja kezdődött a fájdalma az állkapcsában, halántékán, _____ év _____ hónap fülében vagy a fül előtti területen?

3. Az elmúlt 30 napban, az alábbiak közül melyik írja le legjobban a fájdalmat, amit az állkapcsában, halántékában, fülében, vagy a fül előtti területen érzett, bármelyik oldalon?
- Nem volt fájdalom
- Néha van fájdalom, máskor nincs
- Állandó fájdalom

EGY választ jelöljön meg!

Ha „Nem volt fájdalom” a válasza, ugorjon az 5. kérdéshez!

4. Az elmúlt 30 napban változtattak-e az alábbi tevékenységek (akár enyhítettek, akár súlyosbítottak) az állkapcsában vagy halántékán, fülében vagy a füle előtt érzett fájdalomán, bármelyik oldalon?

- | | Nem | Igen |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. Kemény vagy rágós ételek rágása | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Szájnyitás, vagy az állkapocs előre vagy oldalra mozgatása | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Állkapcsát érintő szokások, úgy, mint fogak zárt helyzetben tartása, összeszorítása, csikorgatása, vagy rágógumi rágása | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Olyan állkapcsot érintő tevékenységek, mint beszéd, csókolózás vagy ásitás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FEJFÁJÁS

5. Az elmúlt 30 napban volt Önnek bármilyen fejfájása, mely érintette a halánték területét? **Nem** **Igen**

Ha „Nem” a válasza az 5. kérdésre, ugorjon a 8. kérdéshez!

6. Hány éve vagy hónapja jelentkezett először a halántéktáji fejfájása? _____ év _____ hónap

7. Az elmúlt 30 napban az alábbi tevékenységek változtattak-e (akár enyhítettek, akár súlyosbítottak) a halántéktáji fejfájáson, bármelyik oldalon?

- | | Nem | Igen |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. Kemény vagy rágós ételek rágása | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Szájnyitás, vagy az állkapocs előre vagy oldalra mozgatása | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Állkapcsát érintő szokások, úgy, mint fogak zárt helyzetben tartása, összeszorítása, csikorgatása, vagy rágógumi rágása | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Olyan állkapcsot érintő tevékenységek, mint beszéd, csókolózás vagy ásitás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ÁLLKAPOCS-ÍZÜLETI HANGOK

Orvos tölti ki

- | | Nem | Igen | J | B | ? |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Az elmúlt 30 napban tapasztalt-e bármilyen állkapocs ízületi hangot, amikor az állkapcsát mozgatta vagy használta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ZÁRT HELYZETBEN AKADÁS

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Előfordult-e korábban, hogy az állkapcsa beragadt vagy beakadt, és akárcsak egy pillanatig is <u>nem tudta</u> TELJESEN kinyitni a száját? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Ha „Nem” a válasza a 9. kérdésre, ugorjon a 13. kérdéshez!

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Volt-e annyira súlyos az állkapocs beakadása vagy beragadása, hogy az korlátozta a szájnýtését vagy akadályozta az étkezésben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Az elmúlt 30 napban előfordult-e, hogy az állkapcsa akárcsak egy pillanatra is úgy beragadt, hogy száját <u>nem tudta</u> TELJESEN kinyitni, majd a szájára oldódott és ekkor már TELJESEN ki tudta nyitni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Ha „Nem” a válasza a 11. kérdésre, ugorjon a 13. kérdéshez!

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Jelenleg be van-e ragadva annyira az állkapcsa, vagy korlátozott-e a szájnýtés, hogy <u>nem tudja</u> TELJESEN kinyitni a száját? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

NYITOTT HELYZETBEN AKADÁS

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Előfordult-e az elmúlt 30 napban, hogy amikor nagyra nyitotta a száját, akkor nyitott helyzetben szorult vagy kiakadt az állkapcsa akárcsak egy pillanatra is, és ebből a nagyra nyitott helyzetből <u>nem tudott összecskülni</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Ha „Nem” a válasza a 13. kérdésre, akkor befejezte a kérdőívet.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Az elmúlt 30 napban, amikor az állkapcsa nagyra nyitott helyzetben szorult vagy kiakadt, kellett-e tennie valamit, hogy össze tudja csukni (pihentetés, mozgatás, nyomkodás, helyreirányítás)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Krónikus Fájdalom Értékelése (2. verzió- 1 hónap)

1. Az **elmúlt 6 hónapban** hány nap érzett arcfájdalmat? _____ nap

2. Hogyan értékelné az arcfájdalmát **JELENLLEG**? Jelölje a fájdalmat a 0-10-ig terjedő skálán, ahol 0 jelentése „nincs fájdalom”, a 10 pedig a „létező legnagyobb fájdalom”!

Nincs fájdalom											Létező legnagyobb fájdalom
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Hogyan értékelné az **ELMÚLT 30 NAPBAN** előforduló **LEGNAGYOBB** arcfájdalmát? Jelölje ismét a 0-10-ig terjedő skálán, ahol 0 jelentése „nincs fájdalom”, a 10 pedig a „létező legnagyobb fájdalom”!

Nincs fájdalom											Létező legnagyobb fájdalom
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Az **ELMÚLT 30 NAPBAN ÁTLAGOSAN** milyennek értékelné az arcfájdalmát? Jelölje ismét a 0-10-ig terjedő skálán, ahol 0 jelentése „nincs fájdalom”, a 10 pedig a „létező legnagyobb fájdalom”! [ez a szokásos mértékű fájdalom, amikor fáj]

Nincs fájdalom											Létező legnagyobb fájdalom
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. Az **ELMÚLT 30 NAPBAN** az arcfájdalma hány napig akadályozta Önt olyan **SZOKÁSOS TEVÉKENYSÉGEIBEN**, mint a munkavégzés, iskola vagy házimunka? (ha minden nap, akkor 30-at írjon be!)

_____ nap

6. Az **ELMÚLT 30 NAPBAN** az arcfájdalma mennyire akadályozta a **MINDENNAPI TEVÉKENYSÉGEIBEN**? Jelölje a 0-10-ig terjedő skálán, ahol 0 jelentése „Nem akadályozott”, a 10 jelentése „Képtelen voltam bármilyen tevékenységre”!

Nem akadályozott											Képtelen voltam bármilyen tevékenységre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. Az **ELMÚLT 30 NAPBAN** az arcfájdalma mennyire akadályozta **SZÓRAKOZÁSSAL KAPCSOLATOS, TÁRSASÁGI ÉS CSALÁDI TEVÉKENYSÉGEIT**? Jelölje ismét a 0-10-ig terjedő skálán, ahol 0 jelentése „Nem akadályozott”, a 10 jelentése „Képtelen voltam bármilyen tevékenységre”!

Nem akadályozott											Képtelen voltam bármilyen tevékenységre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Az **ELMÚLT 30 NAPBAN** az arcfájdalma mennyire akadályozta a **MUNKAVÉGZŐ KÉPESSÉGÉT**, a házimunkát is beleértve? Jelölje ismét ugyanazon a skálán, ahol 0 jelentése „Nem akadályozott”, a 10 jelentése „Képtelen voltam bármilyen tevékenységre”!

Nem akadályozott											Képtelen voltam bármilyen tevékenységre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Állkapocs-funkció Korlátozottság Skála - 20

Kérjük, jelölje be az alábbi sorok mindegyikénél az **elmúlt hónapban** tapasztalt nehézség mértékét! Ha az adott tevékenységet teljesen elkerülte, mert túl nehéz volt, akkor a „10”-et karikázza be! Ha nem fájdalom vagy nehézség, hanem más ok miatt került az adott tevékenységet, akkor hagyja a sort üresen!

		Nincs nehézség										Súlyos nehézség
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Rágós étel rágása	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Kétszersült vagy pirítós kenyér rágása	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Csirkehús rágása (pl. sütőben készített)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Ropogtatnivaló rágása	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Puha étel rágása (pl. makaróni, gyümölcsbefőtt vagy puha gyümölcs, főtt zöldség, hal)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Puha, rágást nem igénylő étel fogyasztása (pl. burgonyapüré, almászós, puding, pépes étel)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Szájnyitás akkorára, hogy egy egész almába bele tudott harapni	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Szájnyitás akkorára, hogy egy szendvicsbe bele tudott harapni	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Szájnyitás akkorára, hogy beszélni tudott	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Szájnyitás akkorára, hogy inni tudott egy csészéből	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	Nyelés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	Ásítás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.	Beszéd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.	Éneklés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Vidám arckifejezés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.	Mérges arckifejezés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.	Szemöldök ráncolása	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.	Csókolás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Mosolygás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.	Nevetés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Kérdőív az Ön egészségi állapotáról-15

Az elmúlt 4 hét során mennyire zavarta Önt bármelyik az alábbi panaszok közül? -val jelölje választát!

	Nem zavart 0	Kicsit zavart 1	Nagyon zavart 2
1. Gyomorfájdalom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hátfájdalom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fájdalom a karokban, lábokban, ízületekben (térd, csípő stb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nőknél: menstruációs görcsök vagy más, havi vérzéssel kapcsolatos probléma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fejfájás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mellkasi fájdalom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Szédülés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ájulás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erős vagy szapora szívdobogás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Légszomj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fájdalom vagy más probléma szexuális együttlét közben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Székrekedés, laza széklet vagy hasmenés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Émelygés, felfújódás vagy emésztési problémák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fáradtság vagy kimerültség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alvászavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TELJES PONTSZÁM =

Kérdőív a szájüregi funkciók felmérésére

Az **elmúlt hónap** alapján, Ön milyen gyakran végzi az alábbi tevékenységeket? Ha egy tevékenység gyakorisága változó, akkor válassza a nagyobb értéket! Kérjük, pipával jelölje választát minden egyes pontnál és egy pontot se hagyjon ki!

Alvás közben előforduló tevékenységek		Soha	Kevesebb, mint 1 éjjel havonta	1-3 éjjel havonta	1-3 éjjel hetente	4-7 éjjel hetente
1	Fogainak összeszorítása vagy csikorgatása alvás közben (akkor is, ha ezt más mondta Önnek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Olyan helyzetben alszik, amiben az állkapcsát nyomás éri (például a hasán vagy az oldalán)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éber állapotban előforduló tevékenységek		Soha	Ritkán	Időnként	Gyakran	Mindig
3	Fogainak csikorgatása, amikor ébren van	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Fogainak összeszorítása, amikor ébren van	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Fogainak összenyomása, összeérintése vagy zárt helyzetben tartása étkezéskor kívül (azaz amikor az alsó és felső fogai érintkeznek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Izmainak szorítása, megfeszítése, illetve feszes helyzetben tartása anélkül, hogy fogait összeérintené vagy összeszorítaná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Állkapcsának előre vagy oldalra tolésa vagy előre/oldalra tolt helyzetben tartása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Nyelvének erősen a fogakhoz nyomása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Nyelvének fogai közé helyezése	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Nyelvének, arcának vagy ajkainak harapása, rágása vagy ezekkel való „játás”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Állkapcsának merev, feszített helyzetben tartása, mintha védekező helyzetet venne fel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Olyan tárgyak fogak közé vétele vagy rágása, mint hajsza, pipa, ceruza, toll, ujjak, körmök stb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Rágógumi rágása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Játék olyan hangszeren, mely a száj vagy állkapocs használatát igényli (például fafúvós, rézfúvós vagy húros hangszerek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Támaszkodás kezével az állkapcsán (könyöklés vagy állának pihentetése a kezeiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Étel rágása csak az egyik oldalon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Evés főétkezések között (rágást igénylő étel fogyasztása)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Folyamatos beszéd (például tanítás, értékesítő, ügyfélszolgálat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Éneklés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ásítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Telefon feje és válla között tartása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GAD - 7

Az elmúlt két hétben milyen gyakran zavarták az alábbi problémák?

(✓-val jelölje választát)

	Egyáltalán nem	Néhány napig	A napok több mint felében	Csaknem minden nap
	0	1	2	3
1. Idegesnek, szorongónak vagy feszültnek érezte magát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nem volt képes abbahagyni, illetve uralni az aggodalmaskodást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Túl sokat aggódott különböző dolgok miatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nehezen tudott ellazulni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olyan nyugtalan volt, hogy nehezen tudott egy helyben ülni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Könnyen bosszússá vagy ingerültté vált	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Félt attól, hogy valami szörnyűség történhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL SCORE =

Amennyiben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában?			
Egyáltalán nem okoztak nehézséget	Kis nehézséget okoztak	Nagy nehézséget okoztak	Kifejezetten nagy nehézséget okoztak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kérdőív az Ön egészségi állapotáról – 9 (PHQ-9)

Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok?

(✓-val jelölje választát)

	Egyszer sem	Néhány napig	A napok több, mint felében	Majdnem minden nap
	0	1	2	3
1. Kevés érdeklődés vagy örömezés tevékenységei során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Szomorúság, lehangoltság vagy reménytelenség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehezen tud elaludni, éjszaka könnyen felébred, vagy túl sokat alszik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fáradtság vagy kevés energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rossz étvágy vagy túlzott evés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rossz érzések saját magát kapcsolatban, vagy olyan gondolatok, hogy Ön sikertelen, vagy csalódást okozott önmaga vagy családja számára	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Koncentrációs nehézségek például újságolvasás vagy tévénézés közben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mozgása vagy beszéde annyira lelassult, hogy mások is észrevehették, vagy ellenkezőleg, olyan nyugtalan volt, hogy a szokásosnál sokkal többet mozgott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Olyan gondolatok, hogy jobb lenne meghalni, vagy hogy valamilyen módon kárt tehetne önmagában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL SCORE =

Amennyiben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában?			
Egyáltalán nem okoztak nehézséget	Kis nehézséget okoztak	Nagy nehézséget okoztak	Kifejezetten nagy nehézséget okoztak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Az alábbi kérdések azokra az érzésekre és gondolatokra vonatkoznak, amelyek Önt AZ ELMÚLT HÓNAP SORÁN jellemezték. Kérjük, hogy minden egyes kérdésnél írja be, hogy az elmúlt hónap során MILYEN GYAKRAN volt jellemző Önre az adott érzés vagy gondolat! Néhány kérdés ugyan hasonlóknak tűnik, de valójában különbözőek, ezért kérjük, hogy valamennyit külön kérdésként kezelje! A legjobb, ha minden kérdésre gyorsan válaszol. Tehát ne próbálja megszámolni, hogy hányszor érezte magát egy adott módon, hanem írja be azt a választ, ami a leginkább jellemzőnek tűnik!

	Soha	Szinte soha	Néha	Elég gyakran	Nagyon gyakran
1. Az elmúlt hónap során milyen gyakran volt feszült valamilyen váratlan esemény miatt? ¹⁰	1	2	3	4	5
2. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében? ^{10, 4}	1	2	3	4	5
3. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte magát idegesnek és „stresszesnek”? ¹⁰	1	2	3	4	5
4. Az elmúlt hónap során milyen gyakran kezelte sikeresen a hétköznapi bosszúságokat?	1	2	3	4	5
5. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte, hogy sikeresen meg tudott küzdeni fontos változásokkal az életében?	1	2	3	4	5
6. Az elmúlt hónap során milyen gyakran bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit? ^{10, 4}	1	2	3	4	5
7. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak? ^{10, 4}	1	2	3	4	5
8. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy nem tud eleget tenni minden kötelezettségének? ¹⁰	1	2	3	4	5
9. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kezelni a bosszúságokat életében? ¹⁰	1	2	3	4	5
10. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a helyzet magaslatán áll? ¹⁰	1	2	3	4	5
11. Az elmúlt hónap során milyen gyakran dühítették fel olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni? ¹⁰	1	2	3	4	5
12. Az elmúlt hónap során milyen gyakran kapta magát azon, hogy az elvégzendő feladatain gondolkozik?	1	2	3	4	5
13. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kézben tartani az időbeosztását?	1	2	3	4	5
14. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk? ^{10, 4}	1	2	3	4	5

NB: a tételek végén, a felső indexben szereplő szám jelzi, hogy az adott item szerepel-e a 10, illetve 4 tételes változatban.