

환자 건강 질문지

(Korean version of the 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. <u>지난 4주일 동안</u> 당신은 다음 문제들로 인해서 얼마나 많이 방해를 받았습니까?	방해 받지 않았다	조금 방해 받았다	많이 방해 받았다
ㄱ) 위 또는 배의 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㄴ) 등의 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㄷ) 팔, 다리, 혹은 관절(무릎, 엉덩이 등)의 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㄹ) 생리통 또는 생리기간 중의 다른 문제들	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅁ) 성교 중의 통증이나 다른 문제들	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅂ) 두통	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅅ) 가슴의 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅇ) 현기증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅈ) 잠시 동안 기절	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅊ) 심장이 두근거리거나 빨리 뛰는 것을 느낌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅋ) 호흡이 가빠짐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅌ) 변비, 묽은 배설물 또는 설사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅎ) 구역질, 방귀, 복부팽창 또는 소화불량	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. <u>지난 2주일 동안</u> 당신은 다음의 문제들로 인해서 얼마나 자주 방해를 받았습니까?	전혀 방해 받지 않았다	며칠 동안 방해 받았다	7일 이상 방해 받았다	거의 매일 방해 받았다
ㄱ) 일 또는 여가 활동을 하는 데 흥미나 즐거움을 느끼지 못함..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㄴ) 기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㄷ) 잠이 들거나 계속 잠을 자는 것이 어려움, 또는 잠을 너무 많이 잠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㄹ) 피곤하다고 느끼거나 기운이 거의 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅁ) 입맛이 없거나 과식을 함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅂ) 자신을 부정적으로 봄 - 혹은 자신이 실패자라고 느끼거나 자신 또는 가족을 실망시킴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅅ) 신문을 읽거나 텔레비전 보는 것과 같은 일에 집중하는 것이 어려움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅇ) 다른 사람들이 주목할 정도로 너무 느리게 움직이거나 말을 함. 또는 반대로 평상시보다 많이 움직여서, 너무 안전부절 못하거나 들떠 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ㅈ) 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.

- ㄱ) 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.

- ㄴ) 예전에도 이러한 일이 일어난 적이 있습니까?
- ㄷ) 이러한 발작이 갑자기 느닷없이 일어납니까 - 즉, 긴장되거나 불편할 것이라고 예상하지 않은 상황에서 일어납니까?
- ㄹ) 이러한 발작 때문에 당신은 많이 방해받거나 또 다른 발작이 일어날까 걱정이 됩니까?.....

4. 가장 최근에 경험한 심한 불안발작에 대해 생각해 보십시오.

- ㄱ) 호흡이 가빴습니까?..... 아니오 예
-
- ㄴ) 심장이 빠르게 뛰거나, 반복적으로 잠시 멎었다가 뛰거나 두근거렸습니까?
- ㄷ) 가슴에 통증이 있거나 압박감이 있었습니까?
- ㄹ) 땀이 났습니까?.....
- ㅁ) 숨이 막히는 것처럼 느꼈습니까?.....
- ㅂ) 갑자기 몸이 뜨겁거나 오싹함을 느꼈습니까?
- ㅅ) 메스꺼움이나 위경련이나 설사가 날 것 같은 느낌이었습니까?
- ㅇ) 현기증이 나거나 균형을 잃거나, 혹은 기절할 것 같이 느꼈습니까?
- ㅈ) 신체의 일부가 따끔 따끔 아프거나 감각이 둔해졌습니까?
- ㅊ) 몸이 떨렸습니까?
- ㅌ) 죽는 것 같아 두려웠습니까?

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

- | | 전혀 방해 받지 않았 | 며칠 동안 방해 받았다 | 14일 이상 방해 받았다 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ㄱ) 여러 가지 일들에 대해 불안하거나 긴장하거나 초조하거나 매우 걱정함..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ㄴ) 들떠 있기 때문에 가만히 앉아있을 수가 없음..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㄷ) 매우 쉽게 피곤해짐. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㄹ) 근육의 긴장, 통증, 혹은 아픔..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㅁ) 잠이 들거나 계속 잠자기가 어려움..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㅂ) 책을 읽거나 텔레비전 보는 것과 같은 일에 집중하는 것이 어려움..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㅅ) 쉽게 화가 나거나 짜증이 남..... | <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".

6. 식생활에 대한 질문. 아니오 예
- ㄱ) 당신은 무엇을 혹은 얼마나 먹을지를 조절할 수 없다고 자주 느끼십니까?
- ㄴ) 대부분의 사람들이 상당히 많다고 여기는 음식 양(2시간 동안 먹을 수 있는 양)을 먹는 일이 당신은 자주 있습니까?

ㄱ) 또는 ㄴ) 에서 "아니오" 라고 응답하셨으면, 9번으로 넘어 가십시오.

- ㄷ) 평균으로 볼 때, 지난 3개월 동안 일주일에 2번 이러한 일이 있었습니까?

7. 지난 3개월 동안 당신은 체중이 증가하는 것을 막기 위해 다음과 같은 행동을 자주 했습니까? 아니오 예
- ㄱ) 먹은 음식을 일부러 토함
- ㄴ) 대변을 나오게 하는 약을 권장량의 두 배 이상 복용
- ㄷ) 단식 - 최소 24시간 동안 아무것도 먹지 않기
- ㄹ) 폭식 이후에 체중이 증가하는 것을 막기 위해 한 시간 이상 운동하기

8. 만일 당신이 체중이 증가하는 것을 막기 위해 위의 방법 중에서 하나 이상 "예" 라고 응답했다면, 일주일에 평균 2번 그런 일을 했습니까?..... 아니오 예
-

9. 당신은 술(맥주나 포도주 포함)을 마십니까? 아니오 예
-

"아니오" 에 응답하셨으면, 11번 문항으로 넘어 가십시오.

10. 지난 6개월 동안 다음의 일들이 한번 이상 일어났습니까? 아니오 예
- ㄱ) 의사가 건강상의 문제로 술을 마시지 말라고 권유했는데도 불구하고 술을 마셨다.....
- ㄴ) 일을 하거나 학교에 가거나 혹은 자녀를 돌보거나 다른 책임을 수행하는 동안 술을 마셨거나 술에 취해 기분이 좋거나 숙취상태에 있었다.....
- ㄷ) 술을 마시거나 숙취로 인해서 직장, 학교, 또는 다른 활동에 빠지거나 지각을 했다.....
- ㄹ) 술을 마시는 동안 다른 사람과 어울리는 데 문제가 있었다.....
- ㅁ) 술을 몇 잔 혹은 너무 많이 마신 후에 자동차를 운전했다.....

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
-

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.

© 2005 본 질문지의 저작권과 관련을 포함한 모든 권리는 Pfizer 회사에 있으며, 무단 복제를 금합니다.

PRIME-MD® 과 PRIME-MD TODAY®은 Pfizer 회사의 등록상표입니다.