

PHQ-9

Nafn _____ Aldur _____ Kyn: Kona Karl
Dagsetning _____

Hversu oft hefur eftirfarandi vandamál truflað þig síðastliðnar <u>tvær</u> <u>vikur</u> ?	Alls ekki	Nokkra daga	Meira en helming tímans	Nánast alla daga
a. Lítil áhugi eða gleði við að gera hluti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Verið niðurdregin/n dapur/döpur eða vonlaus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Átt erfitt með að sofna eða sofa alla nóttina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Þreyta og orkuleysi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lystarleysi eða ofát.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Líðið illa með sjálfan þig eða fundist að þér hafi mistekist eða ekki staðið þig í stykkinu gagnvart sjálfum þér eða fjölskyldu þinni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Erfiðleikar með einbeitingu við t.d. að lesa blöðin eða horfa á sjónvarp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hreyft þig eða talað svo hægt að aðrir hafa tekið eftir því? Eða hið gagnstæða – verið svo eirðarlaus eða óróleg(ur) að þú hreyfðir þig mikið meira en venjulega.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hugsað um að það væri betra að þú værir dáin(n) eða hugsað um að skaða þig á einhvern hátt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>