PHQ-9

استبيان صحة المريض لفحص الاكتئاب

الاسم أو الرمز: .....

التاريخ: .....

كم عانيت من المشاكل التالية خلال الأسبوعين الماضيين؟ (ضع علامة "✓" للإشارة لجوابك)

#		أبداً	بعض الأيام	أكثر من نصف الأيام	كل يوم تقريباً
1	قلة الاهتمام أو الاستمتاع بممارسة الأشياء.	0	1	2	3
2	الشعور بالحزن أو ضيق الصدر أو اليأس.	0	1	2	3
3	الصعوبة في الركون إلى النوم أو النوم بانتظام أو النوم أكثر من العادة.	0	1	2	3
4	الشعور بالتعب أو بقلة الحيوية.	0	1	2	3
5	قلة الشهية أو كثرة الأكل.	0	1	2	3
6	الشعور بعدم الرضا عن النفس أو بالفشل أو الإحباط تجاه ذويك.	0	1	2	3
7	الصعوبة في التركيز على الأشياء، مثل قراءة الصحف أو مشاهدة التليفزيون.	0	1	2	3
8	بطء في الحركة أو الكلام بدرجة ملحوظة من الآخرين؟ أو على العكس من ذلك كثرة التململ والتحرك إلى درجة فوق العادة.	0	1	2	3
9	الشعور بتفضيل الموت عن الحياة أو بإيذاء النفس بطريقة ما.	0	1	2	3

إذا حددت أي مشاكل، إلى أي مدى منعتك هذه المشاكل من القيام بعملك أو الاعتناء بشؤونك المنزلية أو التعامل مع الناس؟

☐ غير صعب بالمرة ☐ صعب نوعا ما ☐ صعب جدا ☐ صعب للغاية

للأخصائي

الدرجة الكلية: ..... من 27

إعداد الأطباء روبرت إل سبيتزر، جانيت بي دبليو وليامز، كيرت كرونك والزملاء، بمنحة تعليمية من شركة Pfizer Inc. لا يلزم الحصول على إذن لإعادة النسخ أو الترجمة أو العرض أو التوزيع.
الترجمة العربية: Pfizer, Arabic for Tunisia (phqscreeners.com).
سريرة غير مرتبطة بمؤلفي المقياس ولا تمثّلهم. أداة فحص، لا تغني عن التقييم الإكلينيكي.