

Kysely terveydentilastanne-15 (DC/TMD-FIN PHQ-15, ESH)

Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet Sinua viimeisen 4 viikon aikana?
(merkitse vastauksesi rastilla "x")

	Ei lainkaan	Vaivannut hieman	Vaivannut paljon
	0	1	2
1. Vatsakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Selkäkipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kivut käsivarsissa, jaloissa tai nivelissäsi (polvet, lonkka jne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kuukautiskivut/kramppit tai muut kuukautisiin liittyvät ongelmat [vain naiset]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Päänsäryt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rintakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Huimaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pyörtymiskohtaukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sydämen tykytykset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hengästyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kivut tai ongelmat yhdynnän aikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ummetus, löysä uloste, tai ripuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pahoinvointi, ilma- tai ruansulatusvaivat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Väsymys tai energian puute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Univaikeudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YHTEENSÄ=