



Major (ICD-10) Depression Inventory

Alle olevat kysymykset koskevat vointiasi viimeisten 2 viikon aikana.

Miten suuren osan ajasta ...		Koko ajan	Suurimman osan ajasta	Vähän yli puolet ajasta	Vähän alle puolet ajasta	Jonkin aikaa	Ei minkään ajan-kohtana
1	Oletko tuntenut itsesi masentuneeksi, surulliseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Oletko menettänyt kiinnostuksesi päivittäisiin askareisiisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Oletko kärsinyt voimien ja energian puutteesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Onko itseluottamuksesi ollut heikempi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Onko sinulla ollut huono omatunto tai syyllisyydentunteita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Onko sinusta tuntunut, että elämä ei ole elämisen arvoista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Onko sinulla ollut keskittymisvaikeuksia esim. lethteä lukiessa tai TV: tä katsellessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a	Oletko tuntenut itsesi hyvin levottomaksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b	Oletko tuntenut itsesi vaiteliaammaksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Onko sinulla ollut vaikeuksia saada unta yöllä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a	Onko ruokahalusi ollut vähentynyt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b	Onko ruokahalusi lisääntynyt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nimi: _____ Päivämäärä: _____