

6. Hur handskades du med händelsen/situationen?

Kryssa för ett eller flera sätt du använde.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tänkte på något som jag tycker om att göra | <input type="checkbox"/> Tog värktabletter eller annan smärtlindring |
| <input type="checkbox"/> Slappnade av | <input type="checkbox"/> Accepterade problemet |
| <input type="checkbox"/> Tänkte mig problemet som någon annan känsla eller något utanför min kropp | <input type="checkbox"/> Gjorde något aktivt t.ex.rörde på mig |
| <input type="checkbox"/> Det kändes hemskt och jag känner att det aldrig kommer att bli bättre | <input type="checkbox"/> Gav utlopp för känslor |
| <input type="checkbox"/> Brydde mig inte om det | <input type="checkbox"/> Sökte stöd från andra |
| <input type="checkbox"/> Bad (t.ex. till högre makter) att problemet skulle upphöra | <input type="checkbox"/> Intalade mig att jag inte kan låta problemet hindra mig från att göra vad jag måste göra |
| <input type="checkbox"/> Såg problemet på ett annat sätt | <input type="checkbox"/> Annat sätt att hantera händelsen, vilket? |
-
-

Kryssa för ett alternativ på varje fråga (fråga 7-12) nedan:

7. Tyckte du att du kunde påverka händelsen/situationen?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, väldigt mycket | I viss mån | Nej, inte alls |

8. Hur tror du att du kan hantera liknande händelser/situationer i framtiden?

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inte alls | | | | | | | | | | Mycket bra |

Fortsätt till nästa sida



Till sist vill vi veta lite om hur du på andra sätt har haft det under dagen?

9. Hur ont har du haft i genomsnitt under dagen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte alls ont									Mycket ont	

10. I vilken grad har du upplevt oro under dagen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte alls									I hög grad	

11. I vilken grad har du upplevt nedstämdhet under dagen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte alls									I hög grad	

12. I vilken grad har du kunnat göra dina vanliga, vardagliga sysslor under dagen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte alls									I hög grad	

Tack!