

---

# Din Hälsa och Ditt Välbefinnande

---

Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på Din hälsa. Informationen skall hjälpa till att följa hur Du mår och fungerar i Ditt dagliga liv. *Tack för att du har svarat på den här enkäten!*

För var och en av nedanstående frågor ska du markera ett  in den ruta som bäst beskriver ditt svar.

1. I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är:

Utmärkt	Mycket god	God	Någorlunda	Dålig
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Jämfört med för ett år sedan, hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd nu?

Mycket bättre nu än för ett år sedan	Något bättre nu än för ett år sedan	Ungefär detsamma	Något sämre nu än för ett år sedan	Mycket sämre nu än för ett år sedan
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. De följande frågorna handlar om aktiviteter som Du kan tänkas utföra under en vanlig dag. **Är Du på grund av Ditt hälsotillstånd begränsad i dessa aktiviteter nu? Om så är fallet, hur mycket?**

Ja, mycket begränsad	Ja, lite begränsad	Nej, inte alls begränsad
▼	▼	▼

- a **Ansträngande aktiviteter**, som att springa, lyfta tunga saker, delta i ansträngande sporter .....  1 .....  2 .....  3
- b **Måttligt ansträngande aktiviteter**, som att flytta ett bord, dammsuga, skogs promenader eller trädgårdsarbete .....  1 .....  2 .....  3
- c Lyfta eller bära matkassar .....  1 .....  2 .....  3
- d Gå upp för **flera** trappor .....  1 .....  2 .....  3
- e Gå upp för **en** trappa .....  1 .....  2 .....  3
- f Böja Dig eller gå ner på knä .....  1 .....  2 .....  3
- g Gå **mer än två kilometer** .....  1 .....  2 .....  3
- h Gå **några hundra meter** .....  1 .....  2 .....  3
- i Gå **hundra meter** .....  1 .....  2 .....  3
- j Bada eller klä på Dig .....  1 .....  2 .....  3

4. Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av Ditt kroppsliga hälsotillstånd?

	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
	▼	▼	▼	▼	▼
a Skurit ned den <b>tid</b> Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b <b>Uträttat mindre</b> än du skulle önskat.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Varit hindrad att utföra <b>vissa</b> arbetsuppgifter eller andra aktiviteter .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Haft <b>svårigheter</b> att utföra Ditt arbete eller andra aktiviteter (t.ex. genom att det krävde extra ansträngning) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av känslomässiga problem (som t.ex. nedstämdhet eller ångslan)?

	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
	▼	▼	▼	▼	▼
a Skurit ned den <b>tid</b> Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b <b>Uträttat mindre</b> än du skulle önskat.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Utfört arbete eller andra aktiviteter mindre <b>noggrant</b> än vanligt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Under de senaste fyra veckorna, i vilken utsträckning har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem stört Ditt vanliga umgänge med anhöriga, vänner, grannar eller andra?

Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Väldigt mycket
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Hur mycket värk eller smärta har Du haft under de senaste fyra veckorna?

Ingen	Mycket lätt	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har värken eller smärtan stört Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?

Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Väldigt mycket
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**9. Frågorna här handlar om hur Du känner Dig och hur Du haft det under de senaste fyra veckorna. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur Du känt Dig. Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna...**

	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
a Har Du känt Dig riktigt pigg och stark? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Har Du känt Dig mycket nervös? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Har Du känt Dig så nedstämd att ingenting kunnat muntra upp Dig? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Har Du känt Dig lugn och harmonisk? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Har Du varit full av energi? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Har Du känt Dig dystert och ledsen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Har Du känt Dig utsliten? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Har Du känt Dig glad och lycklig? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Har Du känt Dig trött? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**10. Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem stört Dina möjligheter att umgås (t.ex. hälsa på släkt, vänner, etc.)?**

Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**11. Välj det svarsalternativ som bäst beskriver hur mycket vart och ett av följande påståenden STÄMMER eller INTE STÄMMER in på Dig.**

Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Osäker	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
▼	▼	▼	▼	▼

- a Jag verkar ha lite lättare att bli sjuk än andra människor.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- b Jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner .....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- c Jag tror min hälsa kommer att bli sämre .....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- d Min hälsa är utmärkt.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5

***Tack för att du har svarat på de här frågorna!***