



Basenkät Unga Vuxna Överviktscentrum

Del A Personuppgifter

Namn: _____ Datum: _____

Personnummer: _____ Tel. nr. _____

Adress: _____

E-postadress: _____

Del A fortsättning

Kön: Man Kvinna Annat: _____

Har du läs- och skrivsvårigheter?

- Ja Fråga oss gärna om hjälp att fylla i formuläret
 Nej

1. Vilket är ditt civilstånd?

- Singel
 Har en partner men vi bor inte tillsammans
 Sambo/gift
 Annat: _____

2. Antal graviditeter (kvinnor): _____ Antal barn: _____

3. I vilket land är du född? _____

4. I vilket land är dina föräldrar födda? _____

5. Syssetsättning

- Studerar _____ %
 Arbetar _____ timmar/vecka. Yrke/anställning: _____
 Sjukskriven/sjukersättning _____ %
 Arbetssökande
 Övrigt: _____

Vilken var din födelsevikt?

- Mindre än 1500 gram 1500-2499 2500-4000
- Över 4000 Vet ej

Har du någonsin gått ner 5 kg eller mer på mindre än ett år?

Kvinnor skall bortse från viktförändringar i samband med graviditeter.

- Nej Ja

Om Ja, hur mycket och hur många gånger?

Mellan 5 och 10 kg

1 2 3 4 5 gånger eller mer

Mer än 10 kg

1 2 3 4 5 gånger eller mer

Del B Sjukdomar

1. Har du, eller utreds du för någon av följande sjukdomar:

	Har	Utreds för
Led/muskelbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärt-kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCOS (kvinnor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnapnésyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Har någon eller några av dina föräldrar, syskon eller barn någon av ovanstående sjukdomar?

Nej Ja, följande sjukdom: _____

3. Vilka mediciner använder du? Ange namn, styrka och dosering.

4. Använder du kosttillskott (ex. vitamintablett)? Om "ja" eller "ibland", ange produktnamn.

Nej Ja: _____ Ibland: _____

5. Använder du naturläkemedel/ hälsokostpreparat? Om "ja" eller "ibland", ange produktnamn.

Nej Ja: _____ Ibland: _____

Del C Mat

Markera ett alternativ på varje fråga.

Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade etc)?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?

- Tre gånger i veckan eller oftare
- Två gånger i veckan
- En gång i veckan
- Några gånger i månaden eller mer sällan

Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/soft

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du frukost?

- Dagligen
- Nästan varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Ätbeteende

Nedanstående avsnitt handlar om matvanor och hungerkänslor. Läs varje påstående eller fråga och välj det svar som passar bäst in på dig.

1. Jag tar med avsikt små portioner för att hålla vikten nere.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

2. När jag känner mig orolig upptäcker jag ofta att jag äter.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

3. Ibland när jag sätter igång att äta tycks jag helt enkelt inte kunna sluta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

4. När jag känner mig nedstämd äter jag ofta för mycket.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

5. Jag undviker viss mat för att den gör mig fet.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

6. Om jag är tillsammans med någon som äter blir jag ofta själv så sugen att jag också börjar äta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

7. När jag är spänd eller uppskruvad känner jag ofta ett behov av att äta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

8. Jag blir så sugen på mat att magen ofta känns som en bottenlös grop.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

9. Jag är alltid sugen så det är svårt för mig att sluta äta innan jag ätit upp allt på tallriken.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

10. När jag känner mig ensam tröstar jag mig själv med att äta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

11. Jag håller medvetet igen vid måltiderna för att inte gå upp i vikt.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

12. När jag känner doften av aptitlig mat eller ser en läcker maträtt, är det mycket svårt att låta bli att äta, även om jag just avslutat en måltid.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

13. Jag är alltid tillräckligt sugen för att äta när som helst:

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

14. Om jag känner mig illa till mods försöker jag dämpa min olust genom att äta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

15. När jag ser något riktigt gott blir jag ofta så sugen att jag måste äta det med en gång.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

16. När jag känner mig dystert eller ledsen vill jag ha något att äta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

17. Hur ofta undviker du att ha frestande mat tillgänglig?

- Nästan aldrig
- Sällan
- Oftast
- Nästan alltid

18. Hur ofta händer det att du medvetet äter mindre än du vill ha?

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta

19. Fortsätter du att äta massor trots att du inte är hungrig?

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Minst en gång i veckan

20. Hur ofta känner du dig sugen på mat?

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta

På en skala från 1 till 8, där 1 står för *ingen* återhållsamhet med maten (äter vad jag vill, när jag vill) och 8 står för *total* återhållsamhet (begränsar ständigt matintaget och ger aldrig efter), vilken siffra skulle du ge dig själv?

1	2	3	4	5	6	7	8
Jag äter vad jag vill, när jag vill							Jag begränsar ständigt matintaget, ger aldrig efter

Del D Aktivitet

Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?

- Aldrig
- 1-3 timmar
- 4-6 timmar
- 7-9 timmar
- 10-12 timmar
- 13-15 timmar
- Så gott som hela dagen

Markera ett alternativ på varje fråga.

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd?

(Det kan till exempel vara löpning, bollsport eller grupp-pass)

- Ingen tid alls
- Mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter (0,5-1 timme)
- 60-90 minuter (1-1,5 timme)
- 90-120 minuter (1,5-2 timmar)
- Mer än 120 minuter (2 timmar eller mer)

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion?

(Det kan till exempel vara att promenera eller cykla. Räkna ihop all tid som du rör dig under en hel vecka, minst tio minuter åt gången)

- Ingen tid alls
- Mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter (0,5-1 timme)
- 60-90 minuter (1-1,5 timme)
- 90-150 minuter (1,5-2,5 timmar)
- 150-300 minuter (2,5-5 timmar)
- Mer än 300 minuter (5 timmar eller mer)

Del E Tobak, Alkohol, Droger

Vi är tacksamma om Du besvarar frågorna så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Tobak

Markera ett alternativ på varje fråga.

Mina rökvanor:






- Jag har aldrig varit rökare
- Jag har slutat röka för mer än 6 månader sedan
- Jag har slutat röka för mindre än 6 månader sedan
- Jag röker, men inte dagligen
- Jag röker dagligen:
 - 1-9 cigaretter per dag
 - 10-19 cigaretter per dag
 - 20 eller fler cigaretter per dag

Mina snusvanor:

- Jag har aldrig varit snusare
- Jag har slutat snusa för mer än 6 månader sedan
- Jag har slutat snusa för mindre än 6 månader sedan
- Jag snusar men inte dagligen
- Jag snusar dagligen:
 - 1-3 dosor per vecka
 - 4-6 dosor per vecka
 - 7 eller flera dosor per vecka

Alkohol

Vi är tacksamma om Du besvarar frågorna så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Med ett "glas" menas:					
 50 cl folköl	 33 cl starköl	 1 glas rött el vitt vin	 1 litet glas starkvin	 4 cl sprit, t. ex. whisky	
1. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig	1g/mån eller mer sällan	2-4 ggr/mån	2-3 ggr/vecka	4 ggr/vecka eller mer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fler
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej	Ja, men inte under det senaste året		Ja, under det senaste året	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej	Ja, men inte under det senaste året		Ja, under det senaste året	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Droger (På nästa sida finns en lista på vad som menas med "droger")

Vi är tacksamma om Du besvarar frågorna så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

1. Hur ofta använder du andra droger än alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1g/mån eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 ggr/mån <input type="checkbox"/>	2-3 ggr/vecka <input type="checkbox"/>	4 ggr/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Använder du fler än en drog vid ett och samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1g/mån eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 ggr/mån <input type="checkbox"/>	2-3 ggr/vecka <input type="checkbox"/>	4 ggr/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
3. Hur många gånger tar du droger under en typisk dag då du använder droger?	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 eller fler <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta blir du kraftigt påverkad av droger?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång/mån <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Har du under senaste året upplevt att din längtan efter droger varit så stark att du inte kunnat stå emot?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång/mån <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Har det hänt att du under senaste året inte kunnat sluta ta droger sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång/mån <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under senaste året har du tagit droger och sedan låtit bli att göra något som du borde ha gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång/mån <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under senaste året har du behövt ta någon drog på morgonen efter stort drogintag dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång/mån <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Hur ofta under senaste året har du haft skuld känslor eller dåligt samvete på grund av att du använt droger?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång/mån <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
10. Har du eller någon annan blivit skadad (psykiskt eller fysiskt) på grund av att du använt droger?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
11. Har en släkting, vän, läkare, sjuksköterska, eller någon annan oroat sig över att du använder droger eller sagt till dig att du bör sluta med droger?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

Droger -Droglista

Cannabis	Amfetamin	Kokain	Opiater	Hallucinogener	Lösningsmedel	GHB och övriga
Marijuana Hasch Hascholja	Metamfetamin Fenmetralin Khat Betelnöt Ritalina	Crack Freebase Kokablad	Rökheroin Heroin Opium	Ecstasy LSD Meskalin Peyote PCP Psilocybin DMT	Thinner Triklöretylen Bensin Gas Solution Lim	GHB Anabola steroider Lustgas Amylnitrat (poppers) Antikolinergika

TABLETTER – LÄKEMEDEL räknas som droger när du tar:

- läkemedel mer eller oftare än läkaren sagt att du ska göra det
- tabletter för att du vill ha kul, må bra, bli "hög", eller undrar vad du får för effekt av dem
- tabletter som du fått av en släkting eller vän
- tabletter som du köpt "svart" eller stulit

Tabletter räknas INTE som droger när du fått dem utskrivna av läkare och du tar dem i rätt mängd.

Sömnmedel/Lugnande medel			Smärtstillande		
Alprazolam	Halcion	Sobril	Actiq	Durogesic	OxyNorm
Apodorm	Heminevrin	Sonata	Cocillana-Etyfin	Fentanyl	Panocod
Apozepam	Iktorivil	Stesolid	Citodon	Ketodur	Panocod forte
Diazepam	Imovane	Stilnoct	Citodon forte	Ketogan	Paraflex comp
Dormicum	Mogadon	Temesta	Dexodon	Kodein	Somadril
Fenemal	Nitrazepam	Triazolam	Depolan	Maxidon	Spasmofen
Flunitrazepam	Oxascand	Xanor	Dexofen	Metadon	Subutex
Fluscand	Rohypnol	Zopiklon	Dilaudid	Morfin	Temgesic
	Sativex		Distalgesic	Nobligan	Tiparol
			Dolcontin	Norflex	Tradolan
			Doleron	Norgesic	Tramadol
			Dolotard	Opidol	Treo comp
			Doloxene	OxyContin	

Del F Sömn

SÖMN Har du haft kännning av följande besvär de senaste tre månaderna?						
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	För det mesta	Alltid
		<i>Någon gång</i>	<i>Flera ggr/mån</i>	<i>1-2 ggr /vecka</i>	<i>3-4 ggr /vecka</i>	<i>5 ggr eller mer /vecka</i>
a) Svårigheter att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Svårigheter att vakna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Upprepade uppvaknanden med svårigheter att somna om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kraftiga egna snarkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kippar efter andan, "frustar" under sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Andningsuppehåll under sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mardrömmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ej utsövd vid uppvaknandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) För tidigt uppvaknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Störd/orolig sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Känsla av att vara utmattad vid uppvaknandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Sömnig under arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Sömnig under fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Ofrivilliga sömnperioder (tillnickning) under arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Ofrivilliga sömnperioder (tillnickning) under fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Behov av att kämpa mot sömnen för att hålla sig vaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Trött i huvudet under dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I vilken utsträckning utgör störd sömn ett hälsoproblem för dig?			<input type="checkbox"/> mycket stort problem <input type="checkbox"/> ganska stort problem <input type="checkbox"/> varken stort eller litet problem <input type="checkbox"/> ganska litet problem <input type="checkbox"/> mycket litet problem			

Del G Psykiskt mående

1 Jag känner mig spänd eller nervös:

- 3 Mestadels
 2 Ofta
 1 Av och till
 0 Inte alls

2 Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat:

- 0 Definitivt lika mycket
 1 Inte lika mycket
 2 Endast delvis
 3 Nästan inte alls

3 Jag har en känsla av att något hemskt kommer hända:

- 3 Mycket klart och obehagligt
 2 Inte så starkt nu
 1 Betydligt svagare nu
 0 Inte alls

4 Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting:

- 0 Lika ofta som tidigare
 1 Inte lika ofta nu
 2 Betydligt mer sällan nu
 3 Aldrig

5 Jag bekymrar mig över saker:

- 3 Mestadels
 2 Ganska ofta
 1 Av och till
 0 Någon enstaka gång

6 Jag känner mig på gott humör:

- 3 Aldrig
 2 Sällan
 1 Ibland
 0 Mestadels

7 Jag kan sitta stilla och känna mig avslappnad:

- 0 Definitivt
 1 Vanligtvis
 2 Sällan
 3 Aldrig

8 Allting känns trögt

- 3 Nästan alltid
 2 Ofta
 1 Ibland
 0 Aldrig

9 Jag känner mig orolig, som om jag hade "fjärilar" i magen:

- 0 Aldrig
 1 Ibland
 2 Ganska ofta
 3 Veldig ofta

10 Jag har tappat intresset för hur jag ser ut:

- 3 Fullständigt
 2 Till stor del
 1 Delvis
 0 Inte alls

11 Jag känner mig rastlös:

- 3 Veldig ofta
 2 Ganska ofta
 1 Sällan
 0 Inte alls

12 Jag ser med glädje fram emot saker och ting:

- 0 Lika mycket som tidigare
 1 Mindre än tidigare
 2 Mycket mindre än tidigare
 3 Knappast alls

13 Jag får plötsliga panikkänslor

- 3 Veldig ofta
 2 Ganska ofta
 1 Sällan
 0 Aldrig

14 Jag kan uppskatta en bra film, serie, program eller bok:

- 0 Ofta
 1 Ibland
 2 Sällan
 3 Mycket sällan

Del H Självkänsla

Här nedan finns ett antal påståenden om hur du ser på dig själv. Sätt ett kryss i rutan under det svarsalternativ som passar bäst in på dig.

	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte allt
1. Jag anser att jag är åtminstone lika mycket värd som andra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag tycker att jag har många goda egenskaper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Totalt sett tycker jag nog att jag är misslyckad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag kan göra saker lika bra som andra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag tycker inte att jag har mycket att vara stolt över.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag har en positiv inställning till mig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag känner mig verkligen värdelös ibland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag önskar att jag kunde känna större respekt för mig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. På det hela taget är jag nöjd med mig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ibland tycker jag att jag är helt oduglig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del I Hälsa

Kryssa under varje rubrik bara i EN ruta som bäst beskriver din hälsa IDAG.

RÖRLIGHET

- Jag har inga svårigheter med att gå omkring
- Jag har lite svårigheter med att gå omkring
- Jag har måttliga svårigheter med att gå omkring
- Jag har stora svårigheter med att gå omkring
- Jag kan inte gå omkring

PERSONLIG VÅRD

- Jag har inga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har lite svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har måttliga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har stora svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag kan inte tvätta mig eller klä mig

VANLIGA AKTIVITETER (*t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter*)

- Jag har inga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har lite svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har måttliga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har stora svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag kan inte utföra mina vanliga aktiviteter

SMÄRTOR/BESVÄR

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har lätta smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär
- Jag har extrema smärtor eller besvär

ORO/NEDSTÄMDHET

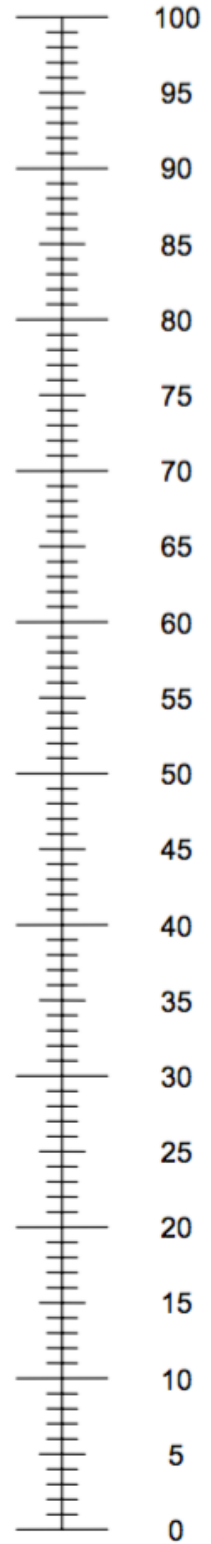
- Jag är varken orolig eller nedstämd
- Jag är lite orolig eller nedstämd
- Jag är ganska orolig eller nedstämd
- Jag är mycket orolig eller nedstämd
- Jag är extremt orolig eller nedstämd

- Vi vill veta hur bra eller dålig din hälsa är IDAG.
- Den här skalan är numrerad från 0 till 100.
- 100 är den bästa hälsa du kan tänka dig.
0 är den sämsta hälsa du kan tänka dig.
- Sätt ett X på skalan för att visa hur din hälsa är IDAG.

- Skriv nu i rutan nedan det nummer du har markerat på skalan.

DIN HÄLSA IDAG =

Bästa hälsa du kan
tänka dig



Sämsta hälsa du
kan tänka dig

Del J Viktrelaterade besvär

Känner du dig ***besvärad*** på grund av din vikt eller kroppsform när det gäller nedanstående aktiviteter och situationer?

Sätt ett kryss i rutan för det svarsalternativ som passar bäst in på dig i dagens läge.

	Mycket besvärad	Något besvärad	Inte särskilt besvärad	Inte alls besvärad
1. Ha fest, tillställning hemma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Gå bort på fest, tillställning hos andra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Äta ute på restaurang	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Delta i föreningsliv, kurser eller dylikt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Delta i idrott, motion, dans	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Använda allmänna transportmedel (buss, spårvagn, tåg, tunnelbana, flyg)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Allmänna platser, t.ex. varuhus, torg, caféer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Gå på bio, teater etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Handla mat	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. Prova och köpa kläder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. Bada offentligt (simhall, allmän badplats)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. Klä om, duscha tillsammans med andra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. Sexuell samvaro, intima situationer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Ange i vilken grad du försöker undvika nedanstående aktiviteter och situationer på grund av din vikt eller kroppsform.

Sätt ett kryss i rutan för det svarsalternativ som passar bäst in på dig i dagens läge.

	Nästan alltid	Ofta	Ibland	Aldrig
1. Ha fest, tillställning hemma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Gå bort på fest, tillställning hos andra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Äta ute på restaurang	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Delta i föreningsliv, kurser eller dylikt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Delta i idrott, motion, dans	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Använda allmänna transportmedel (buss, spårvagn, tåg, tunnelbana, flyg)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Allmänna platser, t.ex. varuhus, torg, caféer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Gå på bio, teater etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Handla mat	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. Prova och köpa kläder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. Bada offentligt (simhall, allmän badplats)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. Klä om, duscha tillsammans med andra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. Sexuell samvaro, intima situationer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Del K Smärta

Någon gång upplever vi alla smärta. Det kan gälla huvudvärk, tandvärk eller värk i musklerna. Vi är intresserade av de tankar och känslor Du har när Du har ont. Använd skalan nedan för att skatta i vilken utsträckning dessa tankar och känslor gäller just för Dig.

0 – Inte alls **1** – I liten utsträckning **2** – I måttlig utsträckning **3** – I stor utsträckning
4 – Hela tiden

När jag har ont ...

- 1 Oroar jag mig jämt för att smärtan inte skall ta slut.
 - 2 Känner jag att jag inte orkar fortsätta.
 - 3 Är det förfärligt och jag tror att det aldrig kommer att bli bättre.
 - 4 Är det fruktansvärt och jag känner att det överväldigar mig.
 - 5 Känner jag att jag inte står ut med det längre.
 - 6 Blir jag rädd att smärtan ska förvärras.
 - 7 Tänker jag på andra smärtsamma erfarenheter.
 - 8 Väntar jag otåligt på att smärtan ska försvinna.
 - 9 Kan jag inte sluta tänka på det.
 - 10 Tänker jag hela tiden på hur ont det gör.
 - 11 Tänker jag hela tiden på hur mycket jag vill att smärtan ska gå över.
 - 12 Finns det ingenting som jag kan göra för att lindra smärtan.
 - 13 Undrar jag om något allvarligt har hänt mig.
-