

Hälsoenkät (SF-36)

Instruktion: 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. Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i den ruta Du tycker stämmer bäst in på Dig. Om Du är osäker, kryssa ändå i den ruta som känns riktigast.

	Utmärkt	Mycket god	God	Någor-lunda	Dålig	
1 I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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	
2 <u>Jämfört med för ett år sedan</u> , hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd <u>nu</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 De följande frågorna handlar om aktiviteter som Du kan tänkas utföra under en vanlig dag. <u>Är Du på grund av Ditt hälsotillstånd begränsad i dessa aktiviteter nu?</u> 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				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Måttligt ansträngande aktiviteter , som att flytta ett bord, dammsuga, skogspromenader eller trädgårdsarbete				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Lyfta eller bära matkassar				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Gå uppför flera trappor				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Gå uppför en trappa				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Böja Dig eller gå ned på knä				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Gå mer än två kilometer				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Gå några hundra meter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Gå hundra meter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Bada eller klä på Dig				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (a) Skurit ned den tid Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) Uträttat mindre än Du skulle önskat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (d) Haft svårigheter att utföra Ditt arbete eller andra aktiviteter (t ex genom att det krävde extra ansträngning) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 Under De senaste fyra veckorna, 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 ängslan)?

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (a) Skurit ned den tid Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) Uträttat mindre än Du skulle önskat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Väldigt mycket
6 Under de <u>senaste fyra veckorna</u> , i vilken utsträckning har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem stört Ditt vanliga umgänge med anhöriga, vänner, grannar eller andra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ingen	Mycket lätt	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
7 Hur mycket <u>värk eller smärta</u> har Du haft under de <u>senaste fyra veckorna</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Väldigt mycket
8 Under de <u>senaste fyra veckorna</u> , hur mycket har <u>värken eller smärtan</u> stört Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 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 hel del av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
(a) ...har Du känt Dig riktigt pigg och stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) ...har Du känt Dig mycket nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) ...har Du känt Dig så nedstämd att ingenting kunnat muntra upp Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) ...har Du känt Dig lugn och harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) ...har Du varit full av energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) ...har Du känt Dig dystert och ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) ...har Du känt Dig utsliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) ...har Du känt Dig glad och lycklig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) ...har Du känt Dig trött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
10 Under de <u>senaste fyra veckorna</u> , hur stor del av tiden har <u>Ditt kroppsliga hälsotillstånd</u> eller <u>Dina känslomässiga problem</u> stört dina möjligheter att umgås (t ex hälsa på släkt, vänner etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 11 Välj det svarsalternativ som bäst beskriver hur mycket var 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Jag tror min hälsa kommer att bli sämre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Min hälsa är utmärkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>