

Upphovsrätt del 1: SF-36, 1.1, MOS, Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska sjukhuset, 1992.

## HÄLSOENKÄT

### Del 1: Några frågor om Din hälsa

Besvara frågorna genom att ange det alternativ som stämmer bäst in på Dig. Om Du är osäker, ange ändå det alternativ som känns riktigast och skriv kommentarer i marginalen.

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

(sätt kryss i en ruta)

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

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

(sätt kryss i en ruta)

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

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?

(sätt ett kryss för ett alternativ på varje rad)

	1	2	3
	Ja, mycket begränsad	Ja, lite begränsad	Nej, inte alls begränsad

#### AKTIVITETER

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 ner på knä  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                            | 1                        | 2                        | 3                           |       |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------|
|                            | Ja, mycket<br>begränsad  | Ja, lite<br>begränsad    | Nej, inte alls<br>begränsad |       |
| 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?  
(sätt ett kryss i rutan under JA eller NEJ för varje fråga)
- |  | 1                        | 2                        |       |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
|  | Ja                       | Nej                      |       |
| a. Skurit ned på 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 (t.ex. nedstämdhet eller ångslan)?  
(sätt ett kryss i rutan under JA eller NEJ för varje fråga)
- |   | 1                        | 2                        |       |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
|   | Ja                       | Nej                      |       |
| a. Skurit ned på 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"/> | _____ |
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? (sätt kryss i en ruta)
- |                   |                          |  |       |
|-------------------|--------------------------|--|-------|
| 1. Inte alls      | <input type="checkbox"/> |  | _____ |
| 2. Lite           | <input type="checkbox"/> |  | _____ |
| 3. Måttligt       | <input type="checkbox"/> |  | _____ |
| 4. Mycket         | <input type="checkbox"/> |  | _____ |
| 5. Väldigt mycket | <input type="checkbox"/> |  | _____ |





## Del 2: Några frågor om Ditt levnadssätt

Besvara frågorna genom att ange det alternativ som stämmer bäst in på Dig. Om Du är osäker, ange ändå det alternativ som känns riktigaast och skriv kommentarer i marginalen.

### 12. På min fritid

(kryssa för ett alternativ för varje fråga)

	1 Stämmer precis	2 Stämmer ganska bra	3 Stämmer inte särskilt bra	4 Stämmer inte alls	
a. Gör jag sådant som jag tycker om och längtar efter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Umgås jag med vänner som jag trivs med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Rör jag på mig och håller min kropp igång	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 13. Vilka fritidsaktiviteter är särskilt viktiga för Dig? Kryssa för de fritidsaktiviteter som Du anser att Du trivs med och mår bra av att hålla på med, d.v.s. de som är särskilt viktiga för Ditt välbefinnande. (Hoppa över övriga).

1. Friluftsliv, t.ex. promenader, utflykter, plocka bär/svamp	<input type="checkbox"/>	_____
2. Trädgård, fritidshus	<input type="checkbox"/>	_____
3. Djur, t.ex. hund, katt, häst	<input type="checkbox"/>	_____
4. Kultur, t.ex. konsert, teater, läsa, radio etc.	<input type="checkbox"/>	_____
5. TV, video, bio	<input type="checkbox"/>	_____
6. Föreningsliv, t.ex. hembygdsförening, facklig verksamhet, politik	<input type="checkbox"/>	_____
7. Motionsidrott, orientering, jogging och liknande	<input type="checkbox"/>	_____
8. Anläggningsidrott, t.ex. ishockey, kraftsport, friidrott	<input type="checkbox"/>	_____
9. Bad, båt, segling och liknande	<input type="checkbox"/>	_____
10. Fiske, jakt eller skytte	<input type="checkbox"/>	_____
11. Hobby, t.ex. handarbete, frimärken, meka	<input type="checkbox"/>	_____
12. Musik, spela, sjunga eller lyssna	<input type="checkbox"/>	_____
13. Religiösa aktiviteter	<input type="checkbox"/>	_____
14. Nöjen, t.ex. restaurang, dans	<input type="checkbox"/>	_____
15. Bollspel, t.ex. tennis, golf, fotboll, handboll	<input type="checkbox"/>	_____
16. Åskådare idrott	<input type="checkbox"/>	_____
17. Umgänge, t.ex. med familj, släkt, vänner	<input type="checkbox"/>	_____
18. Spel, t.ex. bingo, tips, trav	<input type="checkbox"/>	_____
19. Annat, ange vad (använd gärna rutan till höger)	<input type="checkbox"/>	_____

14. Olika företeelser i livet påverkar varandra. Denna fråga behandlar hur nöjd Du känner Dig.

Ange för varje delfråga med ett kryss var på skalan Du befinner Dig. Skalan är stigande från 1=missnöjd till 7=helt nöjd.

Hur nöjd är Du med...

	missnöjd						helt nöjd	
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Ditt arbete? (om Du förvärvsarbetar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Ditt boende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Din hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Ditt umgänge? (inom och utom familjen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Din fritid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Din ekonomi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Din totala situation? (d.v.s Din livskvalitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

15. Till Dig som inte är helt nöjd med Din hälsa: på vad sätt är Du intresserad av att förbättra Din nu varande hälsa eller förebygga framtida ohälsa?  
(sätt kryss för en av frågorna)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Är inte intresserad av att förbättra min hälsa             | <input type="checkbox"/> |
| 2. Är intresserad men klarar det själv utan hjälp             | <input type="checkbox"/> |
| 3. Är intresserad och får den hjälp jag behöver               | <input type="checkbox"/> |
| 4. Är intresserad men har svårt att få hjälp                  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Är intresserad av information och stöd för att komma igång | <input type="checkbox"/> |