



**KUN TIL KONTORBRUK**

Bokstaver Tall

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dato for innlevering av skjema

T	T	M	M	J	J	J	J

Alter

--	--	--

Mann

Kvinne

**VIKTIG – LES DETTE FØRST**

Dette skjemaet inneholder 18 utsagn om hvordan du har hatt det I LØPET AV DEN SISTE UKEN

Les hvert utsagn og tenk over hvor ofte du har følt deg slik den siste uken.

Kryss så av i ruten for det svaret som ligger nærmest hvordan du har følt deg.

Bruk mørk penn (ikke blyant) og sett tydelig kryss i rutene

**I LØPET AV DEN SISTE UKEN**

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Nesten hele tiden
1 Har jeg følt meg anspent, engstelig eller nervøs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Har jeg følt at jeg hadde noen å støtte meg til når jeg trengte det	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Har jeg følt meg fornøyd med meg selv	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Har jeg følt meg i stand til å takle det når noe har gått galt	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 Har jeg vært plaget av verk, smerter eller andre fysiske plager	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Har jeg vært fornøyd med det jeg har gjort	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7 Har jeg hatt problemer med å sovne eller har våknet fort igjen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Har jeg følt varme eller hengivenhet ovenfor noen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9 Har jeg klart å gjøre det meste av det jeg hadde behov for å	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10 Har jeg følt meg kritisert av andre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 Har jeg følt meg ulykkelig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 Har jeg vært irritabel mot andre mennesker.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 Har jeg følt meg optimistisk med tanke på framtiden	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14 Har jeg fått til det jeg ville	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å SVARE PÅ DETTE SKJEMAET**

Total verdi (summen av alle varer):

Gjennomsnittsskår:

(Total poengsum delt på antall besvarte elementer. Ikke beregn om mer enn ett element er utelatt eller ugyldig)