



**AÐEINS FYRIR STARFSFÓLK**

Meðferðarstaður:

Dagsetning:

D D M M Á Á Á Á

Auðkenni sjúklings:

Auðkenni meðferðaraðila og staðsetningar:

Aldur:

Karl

Kona

**Stig meðferðar**

S Skimun  
T Tilvísun  
M Mat  
F Fyrsti meðferðartími  
P Fyrir meðferð (ótilgr.)  
Y Yfirstandandi meðferð  
L Síðasti meðferðartími  
X Eftirfylgd 1  
Y Eftirfylgd 2

Stig

Lota

**MIKILVÆGT – LESIÐ ÞETTA FYRST**

Á þessu eyðublaði eru 34 fullyrðingar um hvernig þér hefur gengið SÍÐUSTU VIKUNA. Vinsamlegast lestu hverja staðhæfingu fyrir sig og hugleiddu hversu oft þér leið þannig síðustu vikuna. Merktu svo í þann reit sem á best við svar þitt.

	Alls ekki	Sökku sinnum	Stundum	Oft	Næstum alltaf eða alltaf	AÐEINS FYRIR STARFSFÓLK
1 Ég hef verið hræðilega einmana og einangruð/einangraður	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Ég hef verið spennt(ur), kvíðin(n) eða taugaóstyrk(ur)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 Mér fannst ég geta leitað til einhvers eftir stuðningi þegar ég þurfti	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Ég hef verið sátt(ur) við sjálfa(n) mig	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Ég hef verið algjörlega orku- og áhugalaus	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 Ég hef beitt aðra líkamlegu ofbeldi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Þegar eitthvað hefur gengið illa hef ég getað tekist á við það	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 Óþægindi, verkir eða önnur líkamleg vandamál hafa truflað mig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 Ég hef hugsað um að skaða sjálfa(n) mig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Mér hefur fundist of erfitt að tala við fólk	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 Spenna og kvíði hafa komið í veg fyrir að ég gerði mikilvæga hluti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Ég hef verið ánægð(ur) með það sem ég hef gert	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Óvelkomnar hugsanir og tilfinningar hafa truflað mig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 Ég hef verið gráti nær	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

**Snúið við blaðinu**

# Hvernig hefur þér liðið síðustu vikuna?

	Alls ekki	Stöku sinnum	Stundum	Oft	Næstum alltaf eða alltaf	AÐEINS FYRIR STARFSFÓLK
15 Ég hef fundið fyrir ofsakvíða eða skelfingu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 Ég hef gert áætlanir um að stytta mér aldur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Mér hafa fundist vandamál mín vera yfirþyrmandi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 Ég hef átt í erfiðleikum með að sofna eða ná að sofa alla nóttina	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 Ég hef fundið fyrir hlýju og væntumþykju til einhvers	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Ég hef ekki getað hætt að hugsa um vandamál mín	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 Ég hef getað gert flest af því sem ég þarf að gera	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 Ég hef ógnað eða hótad einhverjum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Ég hef fundið fyrir vonleysi eða örvæntingu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 Ég hef hugsað að það væri best að ég væri dáin(n)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Mér hefur fundist aðrir vera að gagnrýna mig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 Mér hefur fundist ég ekki eiga vini	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Ég hef verið óhamingjusöm/samur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Óvelkomnar minningar eða hugsanir hafa valdið mér vanlíðan	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Ég hef verið pirruð/pirraður þegar ég er með öðru fólki	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 Ég hef hugsað um að vandamál mín og erfiðleikar séu sjálfri/sjálfum mér að kenna	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Ég hef verið bjartsýn(n) á framtíðina	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 Mér hefur tekist það sem ég ætlaði mér	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Mér hefur fundist annað fólk hafa niðurlægt mig eða fyllt mig skömm	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Ég hef skaðað mig líkamlega eða stofnað heilsu minni í alvarlega hættu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

**ÞAKKA ÞÉR FYRIR AÐ GEFA ÞÉR TÍMA TIL AÐ SVARA ÞESSUM SPURNINGALISTA**

Heildar stigafjöldi:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Meðaltals stigafjöldi:

(Deilt í heildarstigafjölda fyrir hvern þátt með þeim fjölda atriða sem svarað er undir þættinum)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(W)	(P)	(F)	(R)	Allir hlutir	Allt mínus R