

## 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) | <b>Ansträngande aktiviteter</b> , som att springa, lyfta tunga saker, delta i ansträngande sporter                                                                                                     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                                    |                                     |
| (b) | <b>Måttligt ansträngande aktiviteter</b> , som att flytta ett bord, dammsuga, skogs promenader 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 upp för <b>flera</b> trappor                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                                    |                                     |
| (e) | Gå upp för <b>en</b> 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 <b>mer än två kilometer</b>                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                                    |                                     |
| (h) | Gå <b>några hundra meter</b>                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                                    |                                     |
| (i) | Gå <b>hundra meter</b>                                                                                                                                                                                 | <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 <b>tid</b> Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) <b>Uträttat mindre än</b> Du skulle önskat                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) Varit hindrad att utföra <b>vissa</b> arbetsuppgifter eller andra aktiviteter                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (d) Haft <b>svårigheter</b> 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 <b>tid</b> Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) <b>Uträttat mindre än</b> Du skulle önskat                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så <b>noggrant</b> 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?

| Inte alls                | Lite                     | Måttligt                 | Mycket                   | Väldigt mycket           |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7 Hur mycket värk eller smärta har Du haft under de senaste fyra veckorna?

| Ingen                    | Mycket lätt              | Lätt                     | Måttlig                  | Svår                     | Mycket svår              |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har värken eller smärtan stört Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?

| Inte alls                | Lite                     | Måttligt                 | Mycket                   | Väldigt mycket           |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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 dyster 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 senaste fyra veckorna, 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"/> |

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp (så här ☒) , vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd i dag.

### Rörlighet

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Jag går utan svårigheter          | <input type="checkbox"/> |
| Jag kan gå men med viss svårighet | <input type="checkbox"/> |
| Jag är sängliggande               | <input type="checkbox"/> |

### Hygien

- |                                                                      |                          |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning | <input type="checkbox"/> |
| Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv                 | <input type="checkbox"/> |
| Jag kan inte tvätta eller klä mig själv                              | <input type="checkbox"/> |

### Huvudsakliga aktiviteter (*t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter*)

- |                                                                      |                          |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter                          | <input type="checkbox"/> |
| Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter | <input type="checkbox"/> |
| Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter                     | <input type="checkbox"/> |

### Smärtor/besvär

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Jag har varken smärtor eller besvär   | <input type="checkbox"/> |
| Jag har måttliga smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> |
| Jag har svåra smärtor eller besvär    | <input type="checkbox"/> |

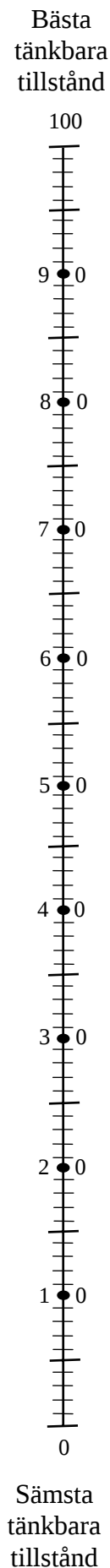
### Oro/nedstämdhet

- |                                                  |                          |
|--------------------------------------------------|--------------------------|
| Jag är inte orolig eller nedstämd                | <input type="checkbox"/> |
| Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning | <input type="checkbox"/> |
| Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd       | <input type="checkbox"/> |

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

**Ditt  
nuvarande  
hälsotillstånd**



## ISM-formuläret Självs kattat utmattningssyndrom (s-UMS)

1. Har du nu känt dig psykiskt och/eller fysiskt utmattad under mer än två veckor? ☐ Nej ☐ Ja
  
2. Anser du att denna utmattning beror på att du varit utsatt för stress under lång tid, d.v.s. att du varit utsatt för stor påfrestning eller upplevt dig pressad under 6 månader eller mer? ☐ Nej ☐ Ja
  
3. Har du under de senaste två veckorna upplevt:
  - a) Koncentrations- eller minnessvårigheter? ☐ Ja ☐ Nej
  - b) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress? ☐ Ja ☐ Nej
  - c) Att du varit känslomässigt lätttrörd eller lättirriterad? ☐ Ja ☐ Nej
  - d) Problem med sömnen? ☐ Ja ☐ Nej
  - e) Att du känt dig kroppsligt svag eller lättare blir uttröttad? ☐ Ja ☐ Nej
  - f) Kroppsliga besvär som smärtor/värk, ont i bröstet, hjärklappning, besvär från mage eller tarm, yrsel eller ökad ljudkänslighet? ☐ Ja ☐ Nej
  
4. Har ovanstående besvär (fråga1-3) påtagligt försämrat ditt välbefinnande och/eller din funktionsförmåga (arbetsförmåga, familjeliv, fritidsaktiviteter eller i andra viktiga avseenden)?
 

☐ Ja, i allra högsta grad  
☐ Ja, något  
☐ Nej, inte alls

# HAD

## (självskattningsskala)

Namn

Datum

Läs igenom varje påstående och ringa in det alternativ som bäst beskriver hur du har känt dig den senaste veckan. Fundera inte för länge över dina svar; din spontana reaktion inför varje påstående är förmodligen mer korrekt än ett svar som du tänkt på länge.

### 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 att 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 Väldigt 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 Väldigt 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 Väldigt ofta
- 2 Ganska ofta
- 1 Sällan
- 0 Aldrig

**14. Jag kan uppskatta en god bok, ett TV- eller radioprogram:**

- 0 Ofta
- 1 Ibland
- 2 Sällan
- 3 Mycket sällan

Poängen på frågorna med udda nummer (1 tom 13) visar totalpoängen för ångest. Poängen på frågorna med jämna nummer (2 tom 14) visar totalpoängen för depression. Lägg samman poängen från *båda sidor* av formuläret och ange summan för depression och ångest i respektive ruta.

**Ångest**  
(udda frågenummer)

**Depression**  
(jämna frågenummer)

## International Outcome Inventory for Hearing Aids – Swedish (IOI-HA)

1. Tänk på hur mycket du använde din/a nuvarande hörapparat/er under de senaste två veckorna. Hur många timmar använde du hörapparat/erna under en genomsnittlig dag,?

|                          |                           |                          |                          |                          |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| inte alls                | mindre än 1 timme per dag | 1 till 4 timmar per dag  | 4 till 8 timmar per dag  | mer än 8 timmar per dag  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Tänk på den situation där du mest önskade höra bättre innan du fick din/a nuvarande hörapparat/er. Hur mycket har hörapparat/erna hjälpt i den situationen under de senaste två veckorna?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hjälppte inte alls       | hjälppte lite            | hjälppte någorlunda      | hjälppte en hel del      | hjälppte väldigt mycket  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Tänk igen på den situation där du mest önskade höra bättre. Hur mycket svårigheter har du FORTFARANDE i den situationen när du använder din/a nuvarande hörapparat/er,?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| stora svårigheter        | en hel del svårigheter   | måttliga svårigheter     | lite svårigheter         | inga svårigheter         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Tycker du att din/a nuvarande hörapparat/er är värd/a besväret om du tar hänsyn till allt?

|                          |                          |                           |                           |                           |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| inte alls värda besväret | lite värda besväret      | någorlunda värda besväret | en hel del värda besväret | mycket väl värda besväret |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

5. Hur mycket har dina kvarstående hörselproblem försvårat vad du kunnat göra under de senaste två veckorna med din/a nuvarande hörapparat/er?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| försvårat mycket         | försvårat en hel del     | försvårat måttligt       | försvårat något          | inte försvårat alls      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Hur mycket tror du att andra människor besvärades av dina svårigheter att höra under de senaste två veckorna med din/a nuvarande hörapparat/er,?

|                           |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| besvärades väldigt mycket | besvärades en hel del    | besvärades måttligt      | besvärades lite          | besvärades inte alls     |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Hur mycket har din/a nuvarande hörapparat/er påverkat din livsglädje om du tar hänsyn till allt?

|                          |                          |                          |                          |                           |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| försämrat                | ingen ändring            | förbättrat något         | förbättrat en hel del    | förbättrat väldigt mycket |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

# Svårighetsgradering av tinnitus

Omarbetat efter Askari S m.fl. Rehabiliteringsmodell för vuxna med tinnitus inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten. Utgiven av Forsknings- och utvecklingsenheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne. Publicerad i Bulletin nr 2/2008.

**Försök att besvara alla frågor. Kryssa endast för en ruta för varje fråga.**

|   |                                                                                                         | Litet | Måttligt | Mycket | Fullständigt | Vet ej |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|--------|--------------|--------|
| 1 | Hur mycket påverkar tinnitus din livskvalitet, totalt sett?                                             |       |          |        |              |        |
| 2 | Hur mycket obehag orsakar tinnitus dig när du är vaken och vistas i tyst miljö (men inte försöker sova) |       |          |        |              |        |

|    |                                                                                                                          | Aldrig | Sällan | Ofta | Mycket ofta | Alltid | Vet ej |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|------|-------------|--------|--------|
| 3  | Hur ofta märker du av tinnitus när du är vaken?                                                                          |        |        |      |             |        |        |
| 4  | Hur ofta påverkar tinnitus din koncentrationsförmåga, t.ex. när du läser?                                                |        |        |      |             |        |        |
| 5  | Hur ofta har du svårt att somna eller somna om pga. tinnitus?                                                            |        |        |      |             |        |        |
| 6  | Hur ofta kan du förtränga eller "glömma" tinnitus genom någon aktivitet, t.ex. att titta på TV eller att tala med någon? |        |        |      |             |        |        |
| 7  | Om du utsätts för vardagsljud, t.ex. musik, en klocka, en fläkt, minskar eller överröstar dessa ljud din tinnitus?       |        |        |      |             |        |        |
| 8  | Hur ofta medför tinnitus att du känner dig orolig och bekymrad?                                                          |        |        |      |             |        |        |
| 9  | Hur ofta medför tinnitus att du känner dig spänd och irriterad?                                                          |        |        |      |             |        |        |
| 10 | Hur ofta medför tinnitus att du känner dig deprimerad och olycklig?                                                      |        |        |      |             |        |        |

Datum.....Fp Nr.....



## Skattning av upplevd delaktighet i hörselkrävande situationer

| A. Konversation när det <u>inte</u> finns något bakgrundsljud                              | MIN DELAKTIGHET ÄR<br>(markera med en ring runt lämplig siffra) |                   |                       |                     |                            |                  | SÄTT EN RING RUNT<br>LÄMPLIGT SVAR    |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                                                            | Obetydligt<br>begränsad                                         | Lätt<br>begränsad | Måttligt<br>begränsad | Mycket<br>begränsad | Starkt/totalt<br>begränsad | Inte<br>aktuellt | Jag är nöjd<br>med min<br>delaktighet | Jag vill ha<br>hjälp att öka<br>min<br>delaktighet |
| Med <b>FULL DELAKTIGHET</b> menas att man i den utsträckning och på det sätt man önskar... |                                                                 |                   |                       |                     |                            |                  |                                       |                                                    |
| 1. ... deltar i en konversation med en annan person                                        | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 2. ... deltar i konversation med flera personer i en grupp                                 | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 3. ... hör det någon viskar i Ditt öra                                                     | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |



| B. Konversation i miljöer där det finns bakgrundsljud                                      | MIN DELAKTIGHET ÄR<br>(markera med en ring runt lämplig siffra) |                   |                       |                     |                            |                  | SÄTT EN RING RUNT<br>LÄMPLIGT SVAR    |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                                                            | Obetydligt<br>begränsad                                         | Lätt<br>begränsad | Måttligt<br>begränsad | Mycket<br>begränsad | Starkt/totalt<br>begränsad | Inte<br>aktuellt | Jag är nöjd<br>med min<br>delaktighet | Jag vill ha<br>hjälp att öka<br>min<br>delaktighet |
| Med <b>FULL DELAKTIGHET</b> menas att man i den utsträckning och på det sätt man önskar... |                                                                 |                   |                       |                     |                            |                  |                                       |                                                    |
| 4. ... deltar i konversation med flera personer i en grupp                                 | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 5. ... deltar i konversation under en middag eller en fest                                 | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 6. ... deltar i konversation under bil-, buss- eller tåg resa                              | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 7. ... deltar i ett föreningsmöte (eller liknande)                                         | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 8. ... deltar i konversation under ett restaurangbesök                                     | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |

Datum.....Fp Nr.....



| C. ANNAT                                                                                                                | MIN DELAKTIGHET ÄR<br>(markera med en ring runt lämplig siffra) |                   |                       |                     |                            |                  | SÄTT EN RING RUNT<br>LÄMPLIGT SVAR    |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                                                                                         | Obetydligt<br>begränsad                                         | Lätt<br>begränsad | Måttligt<br>begränsad | Mycket<br>begränsad | Starkt/totalt<br>begränsad | Inte<br>aktuellt | Jag är nöjd<br>med min<br>delaktighet | Jag vill ha<br>hjälp att öka<br>min<br>delaktighet |
| Med <b>FULL DELAKTIGHET</b> menas att man i den utsträckning och på det sätt man önskar...                              |                                                                 |                   |                       |                     |                            |                  |                                       |                                                    |
| 9. ... pratar i telefonen eller mobilen med en person man inte känner                                                   | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 10. ... lyssnar på TV med övriga familjen eller vänner man önskar och ljudet är inställt så att volymen passar de andra | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 11. ... upplever teater/opera/bio                                                                                       | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 12. ... känner igen olika personer på deras röster trots att man inte ser deras ansikten                                | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 13. ... vaknar av väckarklockan                                                                                         | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |

Datum.....Fp Nr.....



| D. ÖVRIGT                                                                                  | MIN DELAKTIGHET ÄR<br>(markera med en ring runt lämplig siffra) |                   |                       |                     |                            |                  | SÄTT EN RING RUNT<br>LÄMPLIGT SVAR    |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                                                            | Obetydligt<br>begränsad                                         | Lätt<br>begränsad | Måttligt<br>begränsad | Mycket<br>begränsad | Starkt/totalt<br>begränsad | Inte<br>aktuellt | Jag är nöjd<br>med min<br>delaktighet | Jag vill ha<br>hjälp att öka<br>min<br>delaktighet |
| Med <b>FULL DELAKTIGHET</b> menas att man i den utsträckning och på det sätt man önskar... |                                                                 |                   |                       |                     |                            |                  |                                       |                                                    |
| 14. ... hör vilket håll en buss eller bil kommer ifrån när man står på en trafikerad gata  | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 15. ... har en relation till familj och släktingar                                         | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 16. ... har en informell relation med vänner och bekanta                                   | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 17. ... har möjlighet att delta i förenings-kultur-politiska och andliga aktiviteter       | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 18. ... kan utöva sina fritidssysselsättningar                                             | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |

Datum.....Fp Nr.....



| D. ÖVRIGT                                                                                            | MIN DELAKTIGHET ÄR<br>(markera med en ring runt lämplig siffra) |                   |                       |                     |                            |                  | SÄTT EN RING RUNT<br>LÄMPLIGT SVAR    |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                                                                      | Obetydligt<br>begränsad                                         | Lätt<br>begränsad | Måttligt<br>begränsad | Mycket<br>begränsad | Starkt/totalt<br>begränsad | Inte<br>aktuellt | Jag är nöjd<br>med min<br>delaktighet | Jag vill ha<br>hjälp att öka<br>min<br>delaktighet |
| Med <b>FULL DELAKTIGHET</b> menas att man i den utsträckning och på det sätt man önskar...           |                                                                 |                   |                       |                     |                            |                  |                                       |                                                    |
| 19. ... har möjlighet att arbeta                                                                     | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 20. ... har en formell relation med någon utomstående<br>t ex en kollega, hemtjänst, el liknande     | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 21. ... har möjlighet till utbildning på alla nivåer även<br>fort-, vidareutbildnin och yrkesträning | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |
| 22. ... har en nära relation till någon                                                              | 0                                                               | 1                 | 2                     | 3                   | 4                          | 0                | Ja Nej                                | Ja Nej                                             |

## Summering och prioritering

Du har nu tänkt till och markerat hur du upplever din grad av delaktighet, om du är tillfreds med din delaktighet eller inte, samt om du vill förändra din situation eller inte.

Här vill vi att du väljer ut de 3 situationer, som det känns viktigast för dig att förändra.

Jag vill helst öka min delaktighet i situation nr .....

Därefter vill jag öka min delaktighet i situation nr.....

Jag vill även öka min delaktighet i situation nr.....

## Bilaga 3, CSS

### Frågeformulär om kommunikationsstrategier

Fp Nr

Datum

Nedanstående 25 påståenden beskriver **olika sätt att bete sig vid samtal** med andra människor. Tänk efter **hur det brukar vara för Dig** och markera det svarsalternativ som bäst stämmer in på hur Du reagerar eller hur ofta en situation inträffar.

1. Ett sätt som jag använder för att få folk att upprepa vad de sagt är att låtsas att jag inte hört något alls.

☐

Nästan aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

2. Om folk upprepar vad de sagt och jag fortfarande inte förstår, ber jag dem säga det ytterligare en gång.

☐

Nästan aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

3. Under svåra lyssningsförhållanden försöker jag placera mig så att jag kan höra så bra som möjligt.

☐

Nästan aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

4. Jag avbryter andra när det är svårt att höra vad de säger.

☐

Nästan aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

5. Om jag hör delar av vad någon säger, ber jag dem bara upprepa det jag inte hörde.

☐

Nästan aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

6. När jag har svårt att uppfatta vad någon säger, tittar jag noga på hans eller hennes ansikte.

☐

Nästan aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

7. Jag brukar vara den som dominerar i samtal, så jag inte behöver lyssna till andra.

☐

Nästan aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

8. Jag har bett mina närmaste att fånga min uppmärksamhet innan de tilltalar mig.

☐  
Nästan  
aldrig

☐  
Ibland

☐  
Ungefär  
varannan gång

☐  
Ganska ofta

☐  
Nästan alltid

9. Om jag sitter så att jag inte kan höra, flyttar jag mig till en bättre plats.

☐  
Nästan  
aldrig

☐  
Ibland

☐  
Ungefär  
varannan gång

☐  
Ganska ofta

☐  
Nästan alltid

10. Om någon verkar irriterad över att behöva upprepa, slutar jag att fråga och låtsas att jag förstår.

☐  
Nästan  
aldrig

☐  
Ibland

☐  
Ungefär  
varannan gång

☐  
Ganska ofta

☐  
Nästan alltid

11. När jag inte uppfattar vad folk säger, så ber jag dem upprepa det.

☐  
Nästan  
aldrig

☐  
Ibland

☐  
Ungefär  
varannan gång

☐  
Ganska ofta

☐  
Nästan alltid

12. På fester eller andra tillställningar försöker jag hålla mig till väl upplysta platser så att jag kan se människors ansikten.

☐  
Nästan  
aldrig

☐  
Ibland

☐  
Ungefär  
varannan gång

☐  
Ganska ofta

☐  
Nästan alltid

13. Jag brukar undvika situationer där jag tror att jag kommer att få svårt att höra.

☐  
Nästan  
aldrig

☐  
Ibland

☐  
Ungefär  
varannan gång

☐  
Ganska ofta

☐  
Nästan alltid

14. När jag har svårt att förstå vad familj eller vänner säger, påminner jag dem om att jag har nedsatt hörsel.

☐  
Nästan  
aldrig

☐  
Ibland

☐  
Ungefär  
varannan gång

☐  
Ganska ofta

☐  
Nästan alltid

15. När jag måste lyssna i en grupp, försöker jag sitta där jag kan höra bäst.

☐  
Nästan  
aldrig

☐  
Ibland

☐  
Ungefär  
varannan gång

☐  
Ganska ofta

☐  
Nästan alltid

---

16. Jag undviker att samtala med andra på grund av min dåliga hörsel.

☐

Nästan  
aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär  
varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

---

17. Jag har bett vänner och arbetskamrater att fånga min uppmärksamhet innan de tilltalar mig.

☐

Nästan  
aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär  
varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

---

18. När det finns ljud i bakgrunden, placerar jag mig så att det stör mig så litet som möjligt.

☐

Nästan  
aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär  
varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

---

19. När jag inte förstår vad någon har sagt, låtsas jag att jag har förstått.

☐

Nästan  
aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär  
varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

---

20. När jag inte uppfattar vad folk säger, förklarar jag att jag har nedsatt hörsel.

☐

Nästan  
aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär  
varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

---

21. När jag har svårt att följa med i ett samtal, lyssnar jag noga och försöker uppfatta det viktigaste.

☐

Nästan  
aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär  
varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

---

22. Jag undviker att tala med okända människor på grund av min dåliga hörsel.

☐

Nästan  
aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär  
varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

---

23. När jag tycker att någon talar för tyst, ber jag honom eller henne att tala högre.

☐

Nästan  
aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär  
varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

---

24. Om det är möjligt försöker jag se ansiktet på den som talar.

☐

Nästan  
aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär  
varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

---

25. När jag inte hör vad folk säger, så låtsas jag inte om dem.

☐

Nästan  
aldrig

☐

Ibland

☐

Ungefär  
varannan gång

☐

Ganska ofta

☐

Nästan alltid

---