

MÅLESKJEMA FOR VIRKNINGER AV GIKTSYKDOM**AIMS2**

Rettledning:

Vi ber deg vennligst svare på de følgende spørsmålene om helsen din. De fleste spørsmålene gjelder helsetilstanden **i løpet av den siste måneden**. Alle svarene dine er viktige. De fleste spørsmålene kan besvares ved å sette et kryss. Det er viktig at du svarer på alle spørsmålene.

Sett kryss ved det svaret som passer best til hvert enkelt spørsmål.Disse spørsmålene dreier seg om **RØRLIGHET**

	hver dag	de fleste dager	noen dager	noen få dager	ingen dager
I LØPET AV DEN SISTE MÅNEDEN...					
Hvor ofte var du i fysisk stand til å kjøre bil eller bruke offentlige transportmidler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte var du ute av huset, i hvert fall en del av dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte var du i stand til å gjøre ærender i området der du bor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte trengte du hjelp med å bevege deg utenfor hjemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte var du i seng eller satt i en stol hele eller det meste av dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disse spørsmålene dreier seg om **Å GÅ OG Å BØYE SEG**

	hver dag	de fleste dager	noen dager	noen få dager	ingen dager
I LØPET AV DEN SISTE MÅNEDEN...					
Hadde du problemer med å utføre krevende aktiviteter som å løpe, løfte tunge ting eller å drive idrett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde du problemer med å gå et par kilometer eller å gå i trapper over flere etasjer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde du problemer med å bøye deg eller å løfte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde du problemer med å gå et lite stykke eller å gå opp trappen én etasje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du ikke gå uten støtte av en person, stokk, krykke eller en gåstol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disse spørsmålene dreier seg om **RØRLIGHET I HENDER OG FINGRE**

	hver dag	de fleste dager	noen dager	noen få dager	ingen dager
I LØPET AV DEN SISTE MÅNEDEN...					
Kunne du lett skrive med penn eller blyant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du lett kneppe en skjorte eller en bluse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du lett vri om nøkkelen i en lås?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du lett knytte en knute eller lage en sløyfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du lett åpne et nytt glass med skruløkk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disse spørsmålene dreier seg om **RØRLIGHET I ARMENE**

	hver dag	de fleste dager	noen dager	noen få dager	ingen dager
I LØPET AV DEN SISTE MÅNEDEN...					
Kunne du lett tørke av munnen med en serviett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du lett ta på deg en genser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du lett gre eller børste håret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du lett klø deg nederst på ryggen med hånden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du lett nå hyller som står høyere enn hodet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disse spørsmålene dreier seg om **SELVHJULPENHET**

	svært alltid	noen ofte	nesten ganger	aldri	aldri
I LØPET AV DEN SISTE MÅNEDEN...					
Trengte du hjelp for å bade eller å dusje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trengte du hjelp for å kle på deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trengte du hjelp for å bruke toalettet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trengte du hjelp for å komme opp i eller ut av sengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disse spørsmålene dreier seg om HUSARBEID					
	alltid	svært ofte	noen ganger	nesten aldri	aldri
I LØPET AV DEN SISTE MÅNEDEN...					
Kunne du handle matvarer uten hjelp hvis du hadde transportmuligheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du lage måltider uten hjelp hvis du hadde kjøkken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du gjøre husarbeidet uten hjelp hvis du hadde det nødvendige utstyret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne du vaske eget tøy hvis du hadde tilgang til en vaskemaskin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disse spørsmålene dreier seg om KONTAKT MED ANDRE MENNESKER					
	hver dag	de fleste dager	noen dager	noen få dager	ingen dager
I LØPET AV DEN SISTE MÅNEDEN...					
Hvor ofte var du sammen med venner eller slektninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte hadde du venner eller slektninger på besøk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte besøkte du venner eller slektninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte snakket du i telefonen med nære venner eller slektninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte var du på møte i en menighet, lag, klubb, gruppe eller en annen forsamling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disse spørsmålene dreier seg om STØTTE FRA FAMILIE OG VENNER					
	alltid	svært ofte	noen ganger	nesten aldri	aldri
I LØPET AV DEN SISTE MÅNEDEN...					
Følte du at familie eller venner ville hjulpet deg hvis du trengte hjelp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følte du at familie eller venner var oppmerksomme på dine personlige behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følte du at familie eller venner var interessert i å hjelpe deg med dine problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følte du at familie eller venner forsto hvordan giktskykdommen virket på deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disse spørsmålene dreier seg om ANSPENTHET					
	alltid	svært ofte	noen ganger	nesten aldri	aldri
I LØPET AV DEN SISTE MÅNEDEN...					
Hvor ofte følte du deg anspent eller amper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte ble du plaget med nervøsitet eller irritabilitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte greide du å slappe av uten vanskelighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte følte du deg avslappet og uanspent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte følte du deg rolig og avbalansert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disse spørsmålene dreier seg om SINNSSTEMNING					
	alltid	svært ofte	noen ganger	nesten aldri	aldri
I LØPET AV DEN SISTE MÅNEDEN...					
Hvor ofte gledet du deg over det du holdt på med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte var du nedtrykt eller langt nede?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte følte du at ingen ting ble slik du ønsket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte følte du at andre ville hatt det bedre hvis du var død?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte følte du deg så nedfor at ingenting kunne hjelpe på humøret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spørsmålene dreier seg om NÅVÆRENDE og FRAMTIDIG HELSE					
		utmerket	god	nokså bra	dårlig
Vil du generelt si at DIN HELSE NÅ er utmerket, god, nokså bra eller dårlig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	svært fornøyd	litt fornøyd	verken fornøyd eller misfornøyd	litt misfornøyd	svært misfornøyd
Hvor fornøyd er du med DIN HELSE NÅ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dette spørsmålet dreier seg om den TOTALE VIRKNINGEN AV GIKTSYKDOMMEN					
	svært bra	bra	tilfredsstillende	dårlig	svært dårlig
Hvor godt klarer du deg sammenlignet med andre mennesker på din alder, når du tar hensyn til alle de områdene giktskykdommen virker inn på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>