

ID (som oppgitt på søvdagbok): _____

Tretthet (Fatigue)

Vi vil gjerne vite om du har følt deg sliten, svak eller i mangel av overskudd den siste måneden. Vennligst besvar ALLE spørsmålene ved å krysse av for det svaret du synes passer best for deg. Vi ønsker at du besvarer alle spørsmålene selv om du ikke har hatt slike problemer. Vi spør om hvordan du har følt deg i det siste og ikke om hvordan du følte deg for lenge siden. Hvis du har følt deg sliten lenge, ber vi om at du sammenlikner deg med hvordan du følte deg sist du var bra. (Ett kryss for hver linje)

1. Har du problemer med at du føler deg sliten?

Mindre enn vanlig Ikke mer enn vanlig Mer enn vanlig Mye mer enn vanlig

2. Trenger du mer hvile?

Nei, mindre enn vanlig Ikke mer enn vanlig Mer enn vanlig Mye mer enn vanlig

3. Føler du deg søvnnig eller døsig?

Mindre enn vanlig Ikke mer enn vanlig Mer enn vanlig Mye mer enn vanlig

4. Har du problemer med å komme i gang med ting?

Mindre enn vanlig Ikke mer enn vanlig Mer enn vanlig Mye mer enn vanlig

5. Mangler du overskudd?

Ikke i det hele tatt Ikke mer enn vanlig Mer enn vanlig Mye mer enn vanlig

6. Har du redusert styrke i musklene dine?

Ikke i det hele tatt Ikke mer enn vanlig Mer enn vanlig Mye mer enn vanlig

7. Føler du deg svak?

Mindre enn vanlig Som vanlig Mer enn vanlig Mye mer enn vanlig

8. Har du vansker med å konsentrere deg?

Mindre enn vanlig Som vanlig Mer enn vanlig Mye mer enn vanlig

9. Forsnakker du deg i samtaler?

Mindre enn vanlig Ikke mer enn vanlig Mer enn vanlig Mye mer enn vanlig

10. Er det vanskeligere å finne det rette ordet?

Mindre enn vanlig Ikke mer enn vanlig Mer enn vanlig Mye mer enn vanlig

11. Hvordan er hukommelsen din?

Bedre enn vanlig Ikke verre enn vanlig Verre enn vanlig Mye verre enn vanlig

12. Hvis du føler deg sliten for tiden, omtrent hvor lenge har det vart? (Ett kryss)

- Mindre enn en uke
- Mindre enn tre måneder
- Mellom tre og seks måneder
- Seks måneder eller mer

13. Hvis du føler deg sliten for tiden, omtrent hvor mye av tiden kjenner du det? (Ett kryss)

- 25 % av tiden
- 50 % av tiden
- 75 % av tiden
- Hele tiden

T. Chalder, G. Berelowitz, T. Pawlikowska, L. Watts, S. Wessely, D. Wright, and E. P. Wallace. Development of a fatigue scale. *J.Psychosom.Res.* 37 (2):147-153, 1993.

RAND-36 Din helse (et utvalg spørsmål)

Spørsmålene under handler om hvordan du oppfatter helsen din. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å forstå hvordan du føler deg og hvor godt du er i stand til å utføre dine vanlige aktiviteter.

Hvert spørsmål skal besvares ved å sette et kryss (X) i den boksen som passer best for deg.

1. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. **Er helsen din slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå?**
Hvis ja, hvor mye? [Kryss (X) en boks på hver linje.]

| | Ja, begrenser meg mye | Ja, begrenser meg litt | Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt |
|--|-----------------------------|------------------------------|--|
| a Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en spasertur eller drive med hagearbeid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Løfte eller bære poser med dagligvarer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Gå opp trappen flere etasjer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e Gå opp trappen én etasje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f Bøye deg eller gå ned på kne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g Gå mer enn to kilometer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h Gå flere hundre meter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i Gå hundre meter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j Dusje eller kle på deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Hvor mye kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire ukene?

Ingen

Veldig svake

Svake

Moderate

Sterke

Veldig sterke

3. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye har smerter påvirket det vanlige arbeidet ditt (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

Ikke i det hele tatt

Litt

Moderat

Ganske mye

Ekstremt mye

HAD

Rettledning

Her kommer noen spørsmål om hvorledes du føler seg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser **den siste uken**.

Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

1. Jeg føler meg nervøs og urolig

- 3 –Mesteparten av tiden
- 2 –Mye av tiden
- 1 –Fra tid til annen
- 0 –Ikke i det hele tatt

5. Jeg har hodet fullt av bekymringer

- 3 –Veldig ofte
- 2 –Ganske ofte
- 1 –Av og til
- 0 –En gang i blant

2. Jeg gleder meg fortsatt over tingene slik jeg pleide før

- 0 –Avgjort like mye
- 1 –Ikke fullt så mye
- 2 –Bare lite grann
- 3 –Ikke i det hele tatt

6. Jeg er i godt humør

- 3 –Aldri
- 2 –Noen ganger
- 1 –Ganske ofte
- 0 –For det meste

3. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje

- 3 –Ja, og noe svært ille
- 2 –Ja, ikke så veldig ille
- 1 –Litt, bekymrer meg lite
- 0 –Ikke i det hele tatt

7. Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet

- 0 –Ja, helt klart
- 1 –Vanligvis
- 2 –Ikke så ofte
- 3 –Ikke i det hele tatt

4. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

- 0 –Like mye nå som før
- 1 –Ikke like mye nå som før
- 2 –Avgjort ikke som før
- 3 –Ikke i det hele tatt

8. Jeg føler meg som om alt går langsommere

- 3 –Nesten hele tiden
- 2 –Svært ofte
- 1 –Fra tid til annen
- 0 –Ikke i det hele tatt

9. Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen

- 0 –Ikke i det hele tatt
- 1 –Fra tid til annen
- 2 –Ganske ofte
- 3 –Svært ofte

12. Jeg ser med glede frem til hendelser og ting

- 0 –Like mye som før
- 1 –Heller mindre enn før
- 2 –Avgjort mindre enn før
- 3 –Nesten ikke i det hele tatt

10. Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut

- 3 –Ja, jeg har sluttet å bry meg
- 2 –Ikke som jeg burde
- 1 –Kan hende ikke nok
- 0 –Bryr meg som før

13. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

- 3 –Uten tvil svært ofte
- 2 –Ganske ofte
- 1 –Ikke så veldig ofte
- 0 –Ikke i det hele tatt

11. Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv

- 3 –Uten tvil svært mye
- 2 –Ganske mye
- 1 –Ikke så veldig mye
- 0 –Ikke i det hele tatt

14. Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV

- 0 –Ofte
- 1 –Fra tid til annen
- 2 –Ikke så ofte
- 3 –Svært sjelden

Spørsmål om helsetjenestebruk

1. Har du kontakt med følgende typer helsepersonell i forbindelse med din CFS/ME-diagnose?
(Sett kryss foran)

Fastlege

- Har ikke oppfølging
 Sjeldnere enn hver måned
 Hver måned
 To ganger per måned eller oftere

Fysioterapeut

- Har ikke oppfølging
 Sjeldnere enn hver måned
 Hver måned
 To ganger per måned eller oftere

Psykolog

- Har ikke oppfølging
 Sjeldnere enn hver måned
 Hver måned
 To ganger per måned eller oftere

Ergoterapeut

- Har ikke oppfølging
 Sjeldnere enn hver måned
 Hver måned
 To ganger per måned eller oftere

Sykehus

- Har ikke oppfølging
 Sjeldnere enn hver måned
 Hver måned
 To ganger per måned eller oftere

2. Har du fått rådgivning/veiledning i forbindelse med din CFS/ME-diagnose?
- Nei
 - Ja, spesifiser: _____

3. Angi bruk av følgende symptomlindrende tiltak
 - a. Medikamenter mot smerter
 - b. Medikamenter for søvn
 - c. Massasje
 - d. Annet: _____

4. Har du deltatt på lærings- og mestringskurs for CFS/ME?
Ja / Nei

5. Har du hatt rehabiliteringsopphold for CFS/ME?
Ja / Nei

