

Gilles de la Tourette Syndrome – Quality of Life scale (GTS-QOL)

Att ha problem med hälsan kan påverka en persons livskvalitet på många olika sätt. Detta frågeformulär handlar om hur ditt problem med hälsan påverkar ditt välbefinnande. Vänligen sätt ett kryss i den ruta som bäst passar in på hur du känner dig. Lägg märke till att denna lista innehåller många problem som du kanske aldrig kommer uppleva.

| Har du under de senaste 4 veckorna: | Inget problem | Lindrigt problem | Måttligt problem | Påtagligt problem | Extremt problem |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Inte kunnat kontrollera alla dina rörelser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haft svårt med dina vardagliga aktiviteter eller hobbyer (t ex matlagning eller att skriva)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lidit av smärta eller fysiska skador på grund av dina tics? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Känt dig störd av ljud du inte kunnat stoppa dig från att göra? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Oroat dig över att använda svordomar mot din vilja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Oroat dig över att göra något pinsamt (t ex fula gester)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Behövt upprepa ord om och om igen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Behövt upprepa saker som andra människor gjort eller sagt (härmat människor)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Behövt göra saker om och om igen, på ett visst sätt (t ex att kontrollera eller att röra)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Haft obehagliga tankar eller bilder som farit genom ditt huvud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haft svårt att koncentrera dig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haft svårt att minnas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Tappat bort viktiga saker eller lagt dem på fel plats (t ex plånbok, nycklar, mobiltelefon)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haft svårt att slutföra uppgifter efter att du påbörjat dem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Allmänt känt att din hälsa är dålig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Känt dig ledsen eller deprimerad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Upplevt snabba växlingar i humör? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Upplevt dig sakna självförtroende? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Känt dig ängslig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Känt dig rastlös? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Haft svårt att kontrollera ditt humör? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Känt att du inte haft kontroll över ditt liv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Känt dig frustrerad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Känt att du behövde mer hjälp eller stöd från andra människor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Upplevt det svårt att träffa dina vänner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Haft svårt att delta i sociala aktiviteter (t ex att gå ut och äta)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Känt dig ensam eller isolerad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vänligen ange hur nöjd du känner dig totalt sett med ditt liv just nu genom att sätta ett kryss på linjen mellan 0 och 100.

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|----|----|----|---------------------------|----|----|----|----|-----|
| 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Extremt missnöjd med mitt liv | | | | | Extremt nöjd med mitt liv | | | | | |

Tack för att du fyllde i frågeformuläret!

Svensk översättning av Per Andrén (2016), BUP OCD & relaterade tillstånd, Stockholm. Tillbakaöversättning av Anders Görling. Med tillstånd av författaren Andrea Cavanna. Engelsk originalreferens: Cavanna, A. E., Schrag, A., Morley, D., Orth, M., Robertson, M. M., Joyce, E., ... & Selai, C. (2008). The Gilles de la Tourette Syndrome–Quality of Life Scale (GTS-QOL) Development and validation. *Neurology*, 71(18), 1410-1416.