

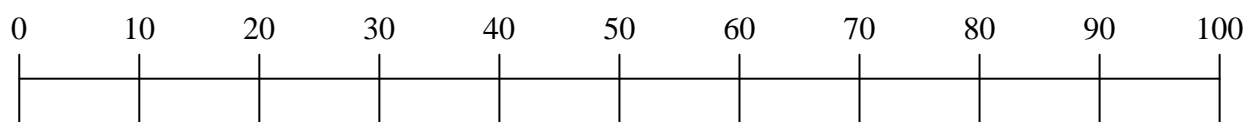
## Gilles de la Tourette Syndrome – Quality of Life scale (GTS-QOL)

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.

<b>Har du under de senaste 4 veckorna:</b>	<b>Inget problem</b>	<b>Lindrigt problem</b>	<b>Måttligt problem</b>	<b>Påtagligt problem</b>	<b>Extremt problem</b>
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. Kämt 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. Kämt dig ängslig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kämt 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. Kämt att du inte haft kontroll över ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kämt dig frustrerad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Kämt 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. Kämt 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.



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.