

# Spørgeskema ved stress

Dato:

Navn:

CPR-nr.:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

| Inden for de sidste 4 uger - hvor tit har du da ...<br>(sæt et kryds for hvert spørgsmål) |  | hele tiden/<br>ofte | somme tider | sjældent/<br>aldrig |
|---|--|---------------------|-------------|---------------------|
| Anspændthed   | ... Haft problemer med at slappe af?                           | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Været irriteret?   | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Været anspændt?  | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Været træt?  | _____               | _____       | _____               |
| Søvn  | ... Sovet dårligt og uroligt?                                  | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Haft svært ved at falde i søvn?                            | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Vågnet for tidligt uden at kunne falde i søvn igen?        | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Vågnet flere gange og haft svært ved at falde i søvn igen? | _____               | _____       | _____               |
| Humør   | ... Været trist til mode?                                      | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Manglet selvtillid?  | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Haft dårlig samvittighed/skyldfølelse?                     | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Manglet interesse for de daglige gøremål?                  | _____               | _____       | _____               |
| Krop  | ... Haft ondt i maven?   | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Haft ondt i hovedet?                                       | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Haft hjertebanken?   | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Haft muskelspændinger?                                     | _____               | _____       | _____               |
| Tanker  | ... Haft koncentrationsbesvær?                                 | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Haft svært ved at tænke klart?                             | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Haft svært ved at træffe beslutninger?                     | _____               | _____       | _____               |
|   | ... Haft svært ved at huske?                                   | _____               | _____       | _____               |

Hvis du har 5 krydser eller flere i den første kolonne (hele tiden/ofte), skal du overveje at gå til din læge og blive undersøgt.

Liste over 5-10 konkrete ting som belaster dig:

|    |  |
|----|--|
| 1  |  |
| 2  |  |
| 3  |  |
| 4  |  |
| 5  |  |
| 6  |  |
| 7  |  |
| 8  |  |
| 9  |  |
| 10 |  |

Liste over 5-10 som giver dig glæde og energi:

|    |  |
|----|--|
| 1  |  |
| 2  |  |
| 3  |  |
| 4  |  |
| 5  |  |
| 6  |  |
| 7  |  |
| 8  |  |
| 9  |  |
| 10 |  |