

Spørreskjema (OQ®-45.2 Norwegian)

Navn: _____

Dato: _____

Instruksjoner: Vurder siste uke, inkludert dagen i dag, slik at vi kan forstå hvordan du har hatt det. Les det enkelte utsagn nøye og kryss av under den kategorien som best beskriver din nåværende situasjon. Arbeid betyr i denne forbindelse jobb, skole, husarbeid, frivillig arbeid, daglig aktivitet osv. Vennligst ikke skriv i de skraverte feltene.

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofta	Alltid
1) Jeg kommer godt overens med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Jeg blir fort sliten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Jeg er ikke interessert i noen ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Jeg føler meg stresset på arbeid/skolen/ daglige aktiviteter/ i min nåværende situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Jeg gir meg selv skylden for mange ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Jeg føler meg irritabel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Jeg føler meg ikke lykkelig i mitt parforhold/ nære forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Jeg har hatt tanker om å gjøre slutt på livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Jeg føler meg svak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Jeg føler meg engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Etter at jeg har drukket mye, trenger jeg å drikke neste dag også, for å kunne komme meg "på beina". (Hvis du ikke bruker alkohol, kryss "aldri")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Jeg er tilfreds med arbeidet mitt/skolen min/ daglige aktiviteter/ i min nåværende situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Jeg er et lykkelig menneske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Mitt arbeid/skole/min nåværende situasjon er for mye for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Jeg føler meg verdiløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Jeg er bekymret over problemer i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Jeg har et utilfredsstillende sexliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Jeg føler meg ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Jeg kommer ofte i konflikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Jeg føler meg elsket og satt pris på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Jeg nyter min fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Jeg har problemer med å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Jeg synes fremtiden virker håpløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Jeg har det godt med meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Jeg har forstyrrende/ påtrengende tanker som jeg ikke klarer å kvitte meg med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Jeg blir irritert over mennesker som kritiserer mitt forbruk av alkohol (eller narkotika/piller). (Hvis ikke aktuelt, kryss "aldri")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Jeg har en irritabel mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Jeg arbeider ikke/ studerer/ fungerer ikke så godt som jeg pleide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Jeg har hjertebank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Jeg har vanskeligheter med å komme overens med venner og andre nære bekjente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For mer informasjon ta kontakt med:
Fremstilt av Michael J. Lambert, Ph.D.
og Gary M. Burlingame, Ph.D.

Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC
Alle rettigheter er reservert. Lisens er påkrevet til all bruk.

OQ Measures LLC
Web: www.OQMeasures.com
Email: Info@OQMeasures.com
Toll Free: 1-888-MHSCORE
Toll Free: 1-888-647-2673
Fax: (801) 747-6900

Navn: _____

Dato: _____

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofta	Alltid
31) Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Jeg har vanskeligheter på arbeid/skole/ i min nåværende situasjon p.g.a. alkohol eller narkotika/ piller. (Hvis ikke aktuelt, kryss "aldri")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Jeg har på følelsen at noe galt kommer til å skje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Jeg har ømme muskler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Jeg er redd for åpne plasser, kjøre bil, ta buss, trikk, T-bane, tog osv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Jeg føler meg nervøs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Jeg føler at mine kjærlighetsforhold er oppriktige og tilfredsstillende	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) Jeg føler at jeg ikke klarer meg godt på arbeid/skole/ i min nåværende situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) Jeg har for mange uoverensstemmelser på arbeid/skole/ i min nåværende situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) Jeg føler at noe er galt med "psyken" min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) Jeg har vanskeligheter med å sovne eller sove godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) Jeg føler meg nedfor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43) Jeg er fornøyd med mitt forhold til andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44) Jeg føler meg sint på arbeidet/skolen/ i min nåværende situasjon, at jeg kan komme til å gjøre noe jeg vil angre på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) Jeg har ofte hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For mer informasjon ta kontakt med:

Fremstilt av Michael J. Lambert, Ph.D.

og Gary M. Burlingame, Ph.D.

Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC

Alle rettigheter er reservert. Lisens er påkrevet til all bruk.

OQ Measures LLC

Web: www.OQMeasures.comEmail: Info@OQMeasures.com

Toll Free: 1-888-MHSCORE

Toll Free: 1-888-647-2673

Fax: (801) 747-6900

Sample

Sample