

## GAD – 7 (DC/TMD-FIN GAD-7, ESH)

Viimeisen 2 viikon aikana, kuinka usein Sinua ovat vaivanneet seuraavat ongelmat?

(Merkitse vastauksesi rastilla "x").

	Ei lainkaan	Useana päivänä	Suurimpana osana päivistä	Lähes joka päivä
	0	1	2	3
1. Hermostuneisuuden, ahdistuneisuuden tai kireyden tunne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En ole voinut lopettaa tai hallita huolestumistani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Liiallinen huolestuneisuus erilaisista asioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vaikeus rentoutua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Niin levoton olo, että on vaikea pysyä aloillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Taipumus harmistua tai ärsyntyä helposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pelko siitä, että jotakin kauheaa saattaisi tapahtua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YHTEENSÄ =

Jos Sinulla on ollut jokin ongelma, niin kuinka vaikeaa Sinun on ollut huolehtia työstäsi, kotiasioistasi tai tulla toimeen muiden ihmisten kanssa näiden ongelmien vuoksi?

Ei lainkaan  
vaikeaa

Hieman  
vaikeaa

Hyvin  
vaikeaa

Erittäin  
vaikeaa