

Smärta och funktionsstörningar i käkar (SQ)

Smärta

- 1 Har du någonsin haft smärta i käke, tinning, i örat eller framför öra på någon sida? Ja Nej
Vid svar "Nej", gå till fråga 5.
- 2 För hur många år eller månader sedan debuterade Dina smärtor i käke, tinning, i örat eller framför öra för första gången? år mån
- 3 Under de senaste 30 dagarna, vad beskriver bäst Dina smärtor i käke, tinning, i örat eller framför öra på någon sida?
Välj ETT alternativ. Vid svar "Ingen smärta", gå till fråga 5. Ingen smärta
Smärtan kommer och går
Smärtan finns hela tiden
- 4 Under de senaste 30 dagarna, var det någon av följande aktiviteter som påverkade din smärta (dvs lindrade eller förvärrade) från käken, tinning eller framför eller i örat?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Tugga hård eller seg mat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovanor såsom att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andra aktiviteter så som att tala, kyssa eller gäspa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Huvudvärk

- 5 Under de senaste 30 dagarna, har du haft huvudvärk i tinningregionen? Ja Nej
Vid svar "Nej", gå till fråga 8.
- 6 För hur många år eller månader sedan debuterade Din huvudvärk i tinningen? år mån
- 7 Under de senaste 30 dagarna, har någon av följande aktiviteter lindrat eller förvärrat din huvudvärk i tinningregionen? Ja Nej
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Tugga hård eller seg mat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovanor såsom att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andra aktiviteter så som att tala, kyssa eller gäspa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Käkledsljud

- | | Ja | Nej | Hö | Vä |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8 Under de senaste 30 dagarna, har du haft något käkledsljud i samband att du har rört Din käke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Käklåsning

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9 Har din käke någonsin låst eller hakat upp sig för ett ögonblick så att den inte gick att öppna fullständigt?
Vid svar "Nej", gå till fråga 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Var låsningen eller upphakningen så allvarlig att den begränsade din gapförmåga och störde din förmåga att äta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Under de senaste 30 dagarna, har din käke låst sig så att du inte kunde gapa fullständigt, även för ett ögonblick, för att därefter lossna så att du kunde gapa fullständigt?

Vid svar "Nej", gå till fråga 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Är din käke fortfarande låst eller inskränkt så att du inte kan gapa tillräckligt stort? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Luxation

- | | Ja | Nej | Hö | Vä |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13 Under de senaste 30 dagarna, har din käke hakat upp eller låst sig i samband med att du har gapat stort, så att du inte kunnat stänga den från det öppna läget även för ett ögonblick?
Vid svar "Nej", gå till fråga 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Under de senaste 30 dagarna, har du behövt hjälpa till för att stänga munnen när den har varit låst eller har fastnat i gapande läge genom att röra, trycka eller manövrera käken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bett och trauma

- | | | |
|---|--|--|
| 15 Har du märkt att Ditt bett har förändrats under de senaste 6 månaderna? | Ja
<input type="checkbox"/> | Nej
<input type="checkbox"/> |
| 16 Känns Ditt bett obekvämt eller obehagligt när du biter samman? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 Har du nyligen fått ett slag eller skada i ansiktet mot käken?
Om du svarat "Ja", hade du smärta i käken före skadan? | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

Smärta och dess konsekvenser (GCPS)

Gradera dina smärtor i ansikte/mun enligt skalan nedan, där 0 motsvarar "ingen smärta" och 10 motsvarar "outhärdlig smärta"

1. Hur skulle du gradera dina smärtor i ansikte/mun **just nu**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Den **senaste månaden**, hur intensiv var din smärta i **genomsnitt** (dvs din vanliga smärta)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Den **senaste månaden**, hur intensiv var din smärta **som värst**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Den senaste månaden, ungefär hur många dagar har du haft smärtor från ansikte, käke eller mun? _____

5. Den senaste månaden, ungefär hur många dagar har du avhållit dig från dina vanliga aktiviteter (arbete, skola, hushållsarbete) på grund av smärtor i ansikte/mun? _____

Värdera i hur stor grad dina smärtor har hindrat dig på en 0-10 poängskala, där 0 är "ingen begränsning" och 10 är "oförmögen att utföra några aktiviteter".

6. Den senaste månaden, hur mycket har smärtorna i ansikte eller mun hindrat dig i dina dagliga aktiviteter?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Den senaste månaden, hur mycket har smärtorna i ansikte eller mun hindrat dig från att delta i fritids-, sociala- och familjeaktiviteter?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Den senaste månaden, hur mycket har smärtorna i ansikte eller mun minskat din förmåga att arbeta (inklusive hushållsarbete)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Patienthälsa (PHQ-9)

Under de senaste två veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem? Läs varje påstående noggrant och kryssa därefter i rutan.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
	0	1	2	3
1. Lite intresse eller glädje i att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Känner Dig nedstämd, deprimerad eller utan hopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problem med att somna, att Du vaknar i förtid eller sover för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Känner Dig trött eller energifattig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dålig aptit eller äter för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dålig självkänsla, att Du känner Dig misslyckad eller att Du svikit Dig själv eller Din familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Svårigheter att koncentrera Dig, till exempel när Du läser tidningen eller tittar på tv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Att Du rör Dig eller talar så långsamt att andra noterar det? Eller att Du är så nervös eller rastlös att Du rör Dig mer än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tänker på att det skulle vara bättre om Du var död eller att Du skulle skada Dig på något sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summa	0	+	+	+
			Totalt	_____

Om Du har kryssat för att du haft något av dessa problem, hur stora svårigheter har dessa problem förorsakat dig på arbetet, för att ta hand om sysslor hemma eller komma överens med andra människor?

Inga svårigheter alls	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patienthälsa (GAD-7)

Under de senaste två veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem? Läs varje påstående noggrant och kryssa därefter i rutan.

	Inte alls 0	Flera dagar 1	Mer än varannan dag 2	Nästan varje dag 3
1. Känt dig nervös, orolig eller på helspänn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan inte sluta att oroa dig eller kontrollera din oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oroat dig för mycket över olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haft svårigheter att slappna av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Varit så rastlös att det är svårt sitta still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lätt blivit förargad eller irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Varit rädd, som att något förfärligt skulle hända	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summa	0	+	+	+
			Totalt	_____

Om du kryssat för att du haft något av dessa problem, hur stora svårigheter har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om sysslor hemma, eller komma överens med andra människor?

Inga svårigheter alls	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patienthälsa (PHQ-15)

Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har du besvärats av något av följande problem?	Inte	Lite	Mycket
	besvärad	besvärad	besvärad
	0	1	2
1. Magsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ryggsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Smärta i dina armar, ben eller leder (knän, höfter etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Menstruationskrampor eller andra problem med din menstruation (enbart kvinnor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bröstsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Svimfärdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Känner ditt hjärta bulta eller rusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Andfådd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Smärta eller problem under samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Förstoppning, svullen mage eller diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Illamående, gaser eller matsmältningsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trötthetskänsla eller energifattig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summa	0	+	+
		Totalt	_____

Uppfattad stress (PSS-10)

Frågorna i denna enkät handlar om Dina känslor och tankar under den senaste månaden. Ringa hur ofta Du känt eller tänkt på ett visst sätt.

	Aldrig	Ganska sällan	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta
1. Hur ofta har Du, under den senaste månaden, varit upprörd över något som hände helt oväntat?	0	1	2	3	4
2. Hur ofta har Du, under den senaste månaden, känt att Du varit oförmögen att kontrollera de viktiga sakerna i Ditt liv?	0	1	2	3	4
3. Hur ofta har Du, under den senaste månaden, känt Dig nervös och "stressad"?	0	1	2	3	4
4. Hur ofta har Du, under den senaste månaden, känt att Du har förmåga att hantera Dina personliga problem?	4	3	2	1	0
5. Hur ofta har Du, under den senaste månaden, känt att saker och ting gått Din väg?	4	3	2	1	0
6. Hur ofta har Du, under den senaste månaden, känt att Du inte kan hantera allt som Du måste göra?	0	1	2	3	4
7. Hur ofta har Du, under den senaste månaden, klarat av att kontrollera irritationsmoment i Ditt liv?	4	3	2	1	0
8. Hur ofta har Du, under den senaste månaden, känt att Du haft kontroll?	4	3	2	1	0
9. Hur ofta har Du, under den senaste månaden, varit arg över sådant som hänt som varit utanför Din kontroll?	0	1	2	3	4
10. Hur ofta har Du, under den senaste månaden, känt att svårigheter hopat sig så att Du inte kan hantera dem?	0	1	2	3	4

_____ + _____ + _____ + _____ + _____

Summa _____

PCS-SW

Någon gång upplever vi alla smärta. Det kan gälla huvudvärk, tandvärk eller värk i musklerna. Vi är intresserade av de tankar och känslor du har när du har ont. Ange nedan hur du skattar i vilken utsträckning dessa tankar och känslor gäller för dig.

		I liten	I måttlig	I stor	
	Inte alls	utsträckning	utsträckning	utsträckning	Hela tiden
När jag har ont...	0	1	2	3	4
1. ...oroar jag mig jämt för att smärtan inte ska sluta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...känner jag att jag inte orkar fortsätta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...är det förfärligt och jag tror att det aldrig kommer bli bättre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...är det fruktansvärt och jag känner att det överväldigar mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...känner jag att jag inte står ut med det längre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...blir jag rädd att smärtan ska förväras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...tänker jag på andra smärtsamma erfarenheter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...väntar jag otåligt på att smärtan ska försvinna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...kan jag inte sluta tänka på det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...tänker jag hela tiden på hur ont det gör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...tänker jag hela tiden på hur mycket jag vill att smärtan ska gå över.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...finns det ingenting som jag kan göra för att lindra smärtan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...undrar jag om något allvarligt hänt mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summa	0	+	+	+	+
				Totalt	_____

Käkfunktionsskala (JFLS-20)

För varje nedanstående fråga, ange graden av begränsning i käkarna under den senaste månaden.
Om det varit omöjligt att utföra aktiviteten, ange "10"

	Ingen begränsning										Stor begränsning											
1. Tugga seg mat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Tugga bröd (t ex hårt bröd)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Tugga kyckling (t ex tillagad i ugn)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Tugga kex	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Tugga mjuk mat (t ex makaroner, kokta grönsaker, fisk)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Äta mjuk mat som inte behöver tuggas (t ex potatismos, äpplekräm, pudding, puréer)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Gapa tillräckligt stort för att ta en tugga av ett äpple	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Gapa tillräckligt stort för att ta en tugga av en smörgås	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Gapa tillräckligt stort för att tala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Gapa tillräckligt stort för att dricka ur en mugg	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Svälja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Gäspa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Tala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Sjunga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Se glad ut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Se arg ut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Fnysa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Kyssas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Le	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Skratta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Parafunktioner

Under den senaste månaden, hur ofta har du gjort var och en av följande aktiviteter? Om frekvensen för aktiviteten varierat, välj det högre alternativet. Vänligen markera ett svar för varje

UNDER SÖMN

Hur ofta har du gjort var och en av dessa aktiviteter?	Aldrig	<1 natt/mån	1-3 natt/mån	1-3 natt/v	4-7 natt/v
1 Pressa eller gnissla tänder i sömnen, baserat på all information som du kan tänkas ha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sovställning som orsakat tryck mot käken (till exempel på mage eller på sidan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UNDER VAKEN TID

Hur ofta har Du gjort var och en av dessa aktiviteter?	Aldrig	Sällan	Ibland	Mesta tiden	Hela tiden
3 Gnissla tänder när Du är vaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pressa tänder när Du är vaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Trycka, nudda eller hålla ihop tänderna när Du inte äter (dvs. kontakt mellan över- och underkäkständer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Hålla eller spänna muskler utan att pressa eller att tänderna är i kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hålla eller skjuta käken framåt eller till sidan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Trycka tungan hårt mot tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Lägga tungan mellan tänderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Bita, tugga eller leka med tunga, kinder eller läppar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Hålla käken i ett spänt läge som för att stabilisera eller skydda käken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur ofta har Du gjort var och en av dessa aktiviteter?	Aldrig	Sällan	Ibland	Mesta tiden	Hela tiden
12 Hålla något mellan tänderna eller bita på föremål såsom pipa, pennor, fingrar eller fingernaglar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Tugga tuggummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Spela musikinstrument som involverar mun eller käke (t.ex. blås- eller stråkinstrument)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Luta handen mot käken som att stödja eller vila hakan i handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Tugga enbart på ena sidan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Äta mellan huvudmåltiderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Prata ihållande (t.ex. undervisning, försäljning, kundtjänst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Sjunga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Gäspa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Hålla telefonen mellan huvud och axel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>