COVID Isolation Eating Scale- CIES

EFFECTS OF CONFINEMENT IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS/OBESITY AND EVALUATION OF REMOTE INTERVENTIONS

The present scale aims to examine what effects confinement due to the COVID-19 pandemic has had in patients with eating disorders and/or obesity receiving treatment. The scale examines changes in eating symptoms and in other areas of interest relating to confinement. It also includes an evaluation of received remotely delivered interventions during confinement. The scale is designed to be answered both in person and by phone/online.

Current data: ____ / ___ / _____	Date of birth: ____ / ___ / _____	Age (years): _____
Country of residence:	City of residence:	
Sex: ⓪ Female ① Male ② Other	Height (m): _____	
Weight before confinement: _____ (Kg)	Current weight _____ (Kg)	
Confinement in my country was: ⓪ Voluntary ① Mandatory		
If applicable, date when total confinement ended in your place of residence: ____ / ___ / 2020		

I CIRCUMSTANCES DURING CONFINEMENT

1. If applicable, when did confinement for the COVID-19 pandemic begin in your case? ___ / ____ / _____

2. Who did you live with during confinement? (Check all possible options) .....
   - ☐ I've been alone
   - ☐ Spouse / partner
   - ☐ Children
   - ☐ Father / mother
   - ☐ Father-in-law / mother-in-law
   - ☐ Other people (friends, ...)

   Indicate how many people you lived with during confinement: _____

3. Have you had relatives or other people in your care during confinement? (Check all possible options) .....
   - ☐ I have not had anyone
   - ☐ Spouse / regular partner
   - ☐ Children
   - ☐ Father / mother
   - ☐ Father-in-law / mother-in-law
   - ☐ Other people (friends, ...)

   Indicate how many people you have had in your care during confinement: _____

4. Did you contract COVID-19 during this period? ..... ⓪ No ① Yes

   Has a family member or person close to you contract COVID-19 during this period? ..... ⓪ No ① Yes

   If yes, indicate who: _____

5. Have you cared for a family member or person infected with COVID-19 during this period? ..... ⓪ No ① Yes

   If yes, indicate who: _____

6. If you were employed, have you continued to work during confinement?.. ⓪ No ① Yes ② Not Applicable

   If you have worked during confinement indicate how:
   - ① Remotely
   - ② In person
   - ③ Both

7. In your case, did confinement involve a partial or complete loss of economic income? ⓪ No ① Yes

8. Just before confinement, were you linked to treatment for an eating disorder and/or obesity? .....
   - ⓪ No
   - ① Outpatient
   - ② Day-hospital
   - ③ Inpatient

   If receiving treatment, indicate since when (in months): _____

II EFFECTS OF CONFINEMENT ON EATING SYMPTOMS

1. If applicable, indicate what is your current diagnosis of eating disorder:
   ① Anorexia nervosa ② Bulimia nervosa ③ Binge eating disorder ④ Not specified 5 Not Applicable

2. Have you been diagnosed with any other psychiatric disorder? (Check all possible options)

☐ None	☐ Specific phobia	☐ Substance abuse-dependence
☐ Anxiety	☐ Social phobia	☐ Behavioral addiction
☐ Depression	☐ Somatoform	☐ Psychosis
☐ Bipolar	☐ ADHD	☐ Impulse control
☐ Obsessive-compulsive	☐ Neurological	☐ Other / s _____

3. Do you have diabetes mellitus? ⓪ No ① Yes
   If yes, indicate whether during confinement
   a. You had difficulty following diet instructions ..... ⓪ No ① Yes
   b. You have had a hard time obtaining your regular medication ..... ⓪ No ① Yes
   c. In case of capillary blood glucose control, did your levels increase? ..... ⓪ No ① Yes
   d. If consuming oral hypoglycemic medication, did you have to increase your dose? ..... ⓪ No ① Yes
   e. If you injected insulin, did you have to increase your dose or the number of injections a day? ..... ⓪ No ① Yes

We are interested in exploring the extent to which each you have experienced the following behaviors, before and after confinement. For each behavior, check the box that best corresponds to your experience using this scale:

	Before confinement					Currently				
	Never	Hardly ever	Sometimes	Almost always	Always	Never	Hardly ever	Sometimes	Almost always	Always
4. Concern about weight, diet and body image	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Deliberate restriction of the amount of food eaten	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Deliberate restriction of the number of meals per day	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Eat repeatedly in small amounts between meals throughout the day	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Eating a large amount of food in a short period of time with feelings of loss of control (binge eating)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Induced Vomiting	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Use of laxatives	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Use of diuretics	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Physical exercise with daily frequency	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Constant performance of other activities involving physically spending energy	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III REACTION TO CONFINEMENT

We are interested in exploring to what extent you experienced the behaviors mentioned below, before and after confinement. Check the box that best corresponds to your experience using this scale.

Never	Hardly ever	Sometimes	Almost always	Always
0	1	2	3	4

	Before confinement					Currently				
	Never	Hardly ever	Sometimes	Almost always	Always	Never	Hardly ever	Sometimes	Almost always	Always
1. Eat constantly throughout the day without realizing what is happening	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. Not being able to resist eating continuously between meals, despite trying not to	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Eat when negative emotions are experienced such as: fear, anxiety, sadness, loneliness, anger or boredom	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Feeling upset about eating constantly throughout the day	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Deliberately eat weight loss foods	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Have an intense urge to eat certain foods, after reducing or giving them up	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Make an extra effort to get certain foods when they have not been available	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Feeling irritable, nervous or sad when cutting down on or giving up certain foods	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. You need to eat more and more to reach the feeling you want to reach by eating. This includes, reducing negative emotions (such as sadness) or increasing positive emotions (such as pleasure).	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Failing to cut down on or give up eating certain foods	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Family members and/or partner dieting or carrying out other behavior aimed at losing weight	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Difficulty falling asleep or insomnia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Hopeless or distressing thoughts about the current and future situation	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Constant crying episodes	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Before confinement					Currently				
	Never	Hardly ever	Sometimes	Almost always	Always	Never	Hardly ever	Sometimes	Almost always	Always
15. Feelings of loneliness	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Agitation or nervousness	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Lack of willingness to maintain contact with family or friends	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. Intrusive thoughts related to death	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Loss of desire or sexual pleasure	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Extreme concern over health and the risk of infectious disease contagion and/or COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Anxiety and nervousness related to infectious disease and/or COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Concern regarding loss of employment and / or income	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Feeling of out-of-control emotions	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Difficulty understanding feelings	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Feelings of anger or shame when having negative emotions	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Aggressive behavior towards oneself, objects or other people	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Irritability and / or constant discussions	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Tobacco use	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Alcohol consumption	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Consumption of other psychoactive substances	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Make online purchases of products that are not essential and feeling that this is out of control	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Use of video games or games and / or online gambling	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Spend a large part of the day using social media and / or the internet (not for academic or work purposes)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Have a problem with gambling	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV EVALUATION OF REMOTE INTERVENTIONS

Please check the corresponding box considering your degree of agreement / disagreement with the following statements using this scale:

Totally disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Totally agree
0	1	2	3	4

	Totally disagree	Disagree	Neutral	Agree	Totally agree
1. I believe that the remote therapy received during confinement has been adequate	⓪	①	②	③	④
2. The transition to remote therapy was easy for me	⓪	①	②	③	④
3. I have felt comfortable with the new intervention	⓪	①	②	③	④
4. I am motivated to continue with telematic therapy	⓪	①	②	③	④
5. I feel confident of the confidentiality in the new intervention	⓪	①	②	③	④
6. I consider the interaction with the psychologist during the remote intervention to be satisfactory	⓪	①	②	③	④
7. The interaction with the psychologist was similar to that of the face-to-face sessions	⓪	①	②	③	④
8. In general, I am satisfied with the remote intervention I received	⓪	①	②	③	④
9. I am willing to continue receiving remote therapy as long as necessary	⓪	①	②	③	④
10. I think the new treatment has been effective during confinement	⓪	①	②	③	④

11. What do you consider to be the main challenges you faced with remote therapy during confinement?

12. What do you consider having been the main strengths of the remote intervention during confinement?

13. What do you consider to be the main weaknesses of the remote intervention during confinement?

Escala de la Conducta Alimentaria durante el Aislamiento por COVID (CIES)

EFECTOS DEL CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA-OBESIDAD Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN TELEMÁTICA

La pandemia que ha causado el nuevo coronavirus ha trastornado completamente la realidad diaria de millones de personas de todo el mundo. El confinamiento que hemos vivido nos ha obligado a cambiar, de una manera radical y súbita, la forma de relacionarnos, de trabajar y de entender la realidad cotidiana. El Hospital Universitari de Bellvitge y el Grupo de Investigación de Psiquiatría del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), en colaboración con el CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), han preparado una encuesta dirigida a toda la población de Cataluña y de España, sobre la situación de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y pacientes con Obesidad, vinculados a dispositivos asistenciales de todo el Estado, que pretende evaluar diversos parámetros relacionados con estos trastornos, pero también con otros aspectos de salud. La encuesta forma parte de un proyecto de investigación en el cual la participación de los pacientes con estas patologías, pero también de los especialistas sanitarios implicados, es un elemento crucial. Les solicitamos que respondan estas preguntas de forma sincera y atenta. Esta encuesta es anónima y no les llevará más de 20 minutos responderla.

La presente escala tiene como objetivo conocer qué efectos ha tenido la situación de confinamiento, debido a la pandemia de la COVID-19, en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y/o pacientes con obesidad, vinculados a tratamiento. Incluye, además, una valoración de la intervención telemática recibida durante el confinamiento. La escala está diseñada para poder ser contestada tanto de forma presencial como telemática. Muchas gracias por su colaboración.

Fecha actual: ____ / ___ / _____	Fecha de nacimiento: ____ / ___ / _____	Edad (años): _____
País de residencia:	Ciudad de residencia:	
Sexo: ⓪ Femenino ① Masculino ② Otro	Talla (m): _____	
Peso antes del confinamiento: _____ (kg)	Peso actual _____ (Kg)	
El confinamiento en su país fue: ⓪ Voluntario ① Obligatorio		
Fecha en que acabó el confinamiento en su lugar de residencia: ____ / ___ / 2020		

I CIRCUNSTANCIAS DURANTE EL CONFINAMIENTO

1. Fecha en que usted comenzó el confinamiento por la pandemia de COVID-19: ___ / ____ / _____

2. ¿Con quién ha convivido durante el confinamiento?
(Marcar todas las opciones posibles) .....
☐ He estado solo/a
☐ Cónyuge / pareja habitual
☐ Hijos/as
☐ Padre/madre
☐ Suegro/suegra
☐ Otras personas (amigos, …)

Indicar con cuántas personas han convivido durante el confinamiento: _____

3. ¿Ha tenido familiares u otras personas a su cargo durante el confinamiento?
(Marcar todas las opciones posibles) .....
☐ No he tenido a nadie
☐ Cónyuge / pareja habitual
☐ Hijos/as
☐ Padre/madre
☐ Suegro/suegra
☐ Otras personas (amigos, …)

Indicar cuántas personas ha tenido a su cargo durante el confinamiento: _____

4. ¿Ha contraído la enfermedad de COVID-19 durante este periodo?..... ⓪ No ① Sí

¿Algún familiar o persona cercana ha contraído la enfermedad de COVID-19 durante este periodo??..... ⓪ No ① Sí
Si es así, indicar quién: _____

5. ¿Ha tenido a su cuidado algún familiar o persona infectada por COVID-19 durante este periodo? ..... ⓪ No ① Sí
Si es así, indicar quién: _____

6. ¿Ha continuado trabajando durante el confinamiento? ..... ⓪ No ① Sí

Si ha trabajado durante el confinamiento indicar la forma:
① De forma telemática
② De forma presencial
③ De ambas formas

7. En su caso, el confinamiento implicó pérdidas parciales o totales de ingresos económicos ⓪ No ① Sí

8. Justo antes del confinamiento ¿se encontraba vinculado/a a un tratamiento por un trastorno alimentario/ Obesidad?.....
⓪ No
① Ambulatorio
② Hospital de día
③ Ingreso

En caso de recibir tratamiento, indicar desde cuándo (en meses): _____

II EFECTOS DEL CONFINAMIENTO SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA

1. Indicar cuál es el diagnóstico actual de trastorno de la conducta alimentaria que presenta:

   ① Anorexia ② Bulimia ③ Trastorno por atracón ④ No especificado ⑤ No aplicable

2. ¿Ha sido diagnosticado de algún otro trastorno psiquiátrico? *(Marcar todas las opciones posibles)*

   ☐ Ninguno ☐ Obsesivo-compulsivo ☐ TDAH ☐ Psicosis
   ☐ Ansiedad ☐ Fobia específica ☐ Neurológico ☐ Control impulsos
   ☐ Depresión ☐ Fobia social ☐ Abuso-dependencia sustancias ☐ Otro/s _____
   ☐ Bipolar ☐ Somatomorfo ☐ Adicción comportamental

3. ¿Padece Diabetes Mellitus? ⓪ No ① Sí

   En caso afirmativo, indicar si durante el confinamiento

   a. Ha tenido dificultades para seguir las indicaciones de dieta ..... ⓪ No ① Sí
   b. Ha tenido dificultades para conseguir su medicamento habitual ..... ⓪ No ① Sí
   c. En caso de realizar controles de glicemia capilar, ¿los niveles han aumentado? ..... ⓪ No ① Sí
   d. En caso de consumir hipoglucemiantes orales, ¿ha tenido que aumentar la dosis?..... ⓪ No ① Sí
   e. En caso de inyectarse insulina, ¿ha tenido que aumentar la dosis o el número de inyecciones al día?..... ⓪ No ① Sí

Nos interesaría explorar en qué medida ha experimentado cada una de las conductas que evaluamos, antes y después del confinamiento. Para cada conducta marcar la casilla que mejor corresponda con su experiencia:

	Antes confinamiento					En la actualidad				
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
4. Preocupación acerca del peso, la alimentación y la imagen corporal	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Restricción deliberada de la cantidad de comida ingerida	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Restricción/omisión deliberada del número de ingestas al día	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Comer repetidamente pequeñas cantidades entre comidas durante el día.....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Ingesta de una gran cantidad de alimentos en un periodo corto de tiempo con sensación de pérdida de control (atracones).....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Vómitos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Uso de laxantes.....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Uso de diuréticos.....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Ejercicio físico con frecuencia diaria	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Realización constante de otras actividades que supongan desgaste físico	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III REACCIONES ANTE EL CONFINAMIENTO

Nos interesaría explorar en qué medida ha experimentado las conductas que se mencionan a continuación, antes y después del confinamiento. Marca la casilla que mejor corresponda con su experiencia usando esta escala

0=Nunca	1=Casi nunca	2=Algunas veces	3=Casi siempre	4=Siempre

	Antes confinamiento					En la actualidad				
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Comer continuamente a lo largo del día sin darse cuenta de lo que se está haciendo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. No poder resistir comer continuamente entre comidas, a pesar de intentar no hacerlo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Comer cuando se experimentan emociones negativas como: miedo, ansiedad, tristeza, soledad, enfado o aburrimiento	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Sentirse molesto por comer continuamente a lo largo del día	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Comer de forma deliberada alimentos para adelgazar	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Tener intensas ganas de comer ciertos alimentos, al reducir o dejar de comerlos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Hacer un esfuerzo extra para conseguir ciertos alimentos, cuando estos no han estado disponibles	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Sentirse irritable, nervioso/a o triste, al reducir o dejar de comer ciertos alimentos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Necesitar comer cada vez más para lograr la sensación que se quiere conseguir al comer. Esto incluye, reducir emociones negativas (como la tristeza) o aumentar emociones positivas (como el placer)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Fracasar en el intento de reducir o parar de comer ciertos alimentos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Algún familiar y/o pareja realizó dietas o alguna otra acción dirigida a perder peso durante el confinamiento	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Dificultad para conciliar el sueño o insomnio	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Pensamientos desesperanzadores o angustiantes ante la situación actual y el futuro	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Episodios constantes de llanto	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
15. Sentimientos de soledad	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Agitación o nerviosismo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Falta de ánimo para mantener contacto con familiares o amigos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Antes confinamiento					En la actualidad				
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
18. Pensamientos intrusivos relacionados con la muerte	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Perdida de deseo o placer sexual	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Preocupación extrema por el estado de salud y el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas y/o COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Ansiedad y nerviosismo relacionados con el contagio de enfermedades infecciosas y/o COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Preocupación en relación a la pérdida de empleo y/o ingresos económicos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Sensación de tener las emociones fuera de control	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Dificultad para comprender los sentimientos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Sentimientos de enfado o vergüenza cuando se tienen emociones negativas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Conductas agresivas hacia uno mismo, objetos u otras personas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Irritabilidad y/o discusiones constantes	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Consumo de tabaco	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Consumo de alcohol	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Consumo de otras sustancias	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Realizar compras online de productos que no son de primera necesidad, con sensación de descontrol	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Uso de videojuegos o juegos y/o apuestas en línea	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Pasar gran parte del día utilizando redes sociales y/o internet (sin fines laborales o académicos)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Tener alguna vez un problema con el juego de azar	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN TELEMÁTICA, EN CASO DE HABERLA RECIBIDO

Por favor, marque la casilla correspondiente considerando su grado de acuerdo/desacuerdo con las siguientes afirmaciones usando esta escala:

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Neutro	Acuerdo	Total acuerdo
1. Creo que la terapia telemática recibida durante el confinamiento ha sido la adecuada	⓪	①	②	③	④
2. La transición a la modalidad de terapia telemática me resultó sencilla	⓪	①	②	③	④
3. Me he sentido cómodo/a con la nueva modalidad de intervención	⓪	①	②	③	④
4. Estoy motivado/a para continuar con la terapia telemática	⓪	①	②	③	④
5. Me siento seguro/a de la confidencialidad con la terapia telemática	⓪	①	②	③	④
6. Considero satisfactoria la interacción con el/la psicólogo/a durante la intervención telemática	⓪	①	②	③	④
7. La interacción con el/la psicólogo/a fue similar a la de las sesiones presenciales	⓪	①	②	③	④
8. En general, estoy satisfecho/a con la intervención telemática recibida	⓪	①	②	③	④
9. Estoy dispuesto/a a seguir recibiendo terapia telemática mientras sea necesario	⓪	①	②	③	④
10. Creo que la nueva modalidad de tratamiento ha resultado efectiva durante el confinamiento	⓪	①	②	③	④

11. ¿Cuáles considera que son los principales retos de la terapia vía telefónica que han de afrontarse durante la pandemia de COVID-19?

12. ¿Cuáles considera que han sido los puntos fuertes de la intervención vía telefónica/telemática durante el confinamiento?

13. ¿Cuáles considera que han sido los puntos débiles de la intervención vía telefónica/telemática durante el confinamiento?

Escala de la Conducta Alimentària durant l'Aïllament per COVID (CIES)

EFECTES DEL CONFINAMENT EN PACIENTS AMB TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA-OBESITAT I AVALULACIÓ DE LA INTERVENCIÓ TELEMÀTICA

La pandèmia que ha causat el nou coronavirus ha trastornat completament la realitat diària de milions de persones en tot el món. El confinament que hem viscut ens ha obligat a canviar, d'una manera radical i sobtada, la forma de relacionar-nos, de treballar i d'entendre la realitat quotidiana. L'Hospital Universitari de Bellvitge i el Grup d'Investigació de Psiquiatria de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL) en col·laboració amb el CIBER de Fisiopatologia de l'Obesitat i Nutrició (CIBEROBN), han preparat una enquesta dirigida a tota la població de Catalunya i d'Espanya, sobre la situació dels pacients amb Trastorns de la Conducta Alimentària i pacients amb Obesitat, vinculats a dispositius assistencials de tot l'Estat, que pretén avaluar diversos paràmetres relacionats amb aquests trastorns, però també amb altres aspectes de salut. L'enquesta forma part d'un projecte d'investigació en el qual la participació dels pacients amb aquestes patologies, però també la dels especialistes sanitaris implicats, són elements fonamentals. Els sol·licitem que responguin aquestes preguntes de forma sincera i atenta. Aquesta enquesta és anònima i no els portarà més de 20 minuts contestar-la.

La present escala té com objectius conèixer quins efectes ha tingut la situació de confinament, degut a la pandèmia de la COVID-19, en pacients amb trastorns de la conducta alimentària i/o pacients amb obesitat, vinculats a tractament. Inclou, a més, una valoració de la intervenció telemàtica rebuda durant el confinament. L'escala està dissenyada per poder ser contestada tant de forma presencial com telemàtica. Moltes gràcies per la seva col·laboració.

Data actual: ____ / ___ / _____	Data de naixement: ____ / ___ / _____	Edat (anys): _____
País de residència:	Ciutat de residència:	
Sexe: ⓪ Femení ① Masculí ② Altre	Alçada (m): _____	
Pes abans del confinament: _____ (kg)	Pes actual _____ (Kg)	
El confinament en el seu país va ser: ⓪ Voluntari ① Obligatori		
Data en la que va finalitzar el confinament en la seva ciutat de residència: ____ / ___ / 2020		

I CIRCUNSTÀNCIES DURANT EL CONFINAMENT

1. Data en la que vostè va començar el confinament per la pandèmia de COVID-19: ___ / ____ / _____

2. Amb qui ha conviscut durant el confinament?
(Marqui totes les opcions possibles) .....
☐ He estat sol/a
☐ Cònjuge / Parella estable
☐ Fills/Filles
☐ Pare/Mare
☐ Sogre/Sogra
☐ Altres persones (amics...)

Indiqui amb quantes persones ha conviscut durant el confinament: _____

3. Ha tingut familiars o altres persones al seu càrrec durant el confinament?
(Marqui totes les opcions possibles) .....
☐ No he tingut a ningú
☐ Cònjuge/ Parella estable
☐ Fills/Filles
☐ Pare/Mare
☐ Sogre/Sogra
☐ Altres persones (amics...)

Indiqui quantes persones ha tingut al seu càrrec durant el confinament: _____

4. ¿Ha patit la malaltia de COVID-19 durant aquest període?..... ⓪ No ① Sí

¿Algun familiar o persona propera ha patit la malaltia de COVID-19 durant aquest període? ..... ⓪ No ① Sí
Si es així, indiqui qui: _____

5. ¿Ha tingut al seu càrrec algun familiar o persona infectada per COVID-19 durant aquest període? ..... ⓪ No ① Sí
Si es així, indiqui qui: _____

6. Ha continuat treballant durant el confinament?..... ⓪ No ① Sí

Si ha treballat durant el confinament, indiqui com:
① De forma telemàtica
② De forma presencial
③ D'ambdues formes

7. En el seu cas, el confinament ha implicat pèrdues parcials o totals dels seus ingressos econòmics? ⓪ No ① Sí

8. Just abans del confinament, estava vinculat/da a un tractament per un trastorn de la conducta alimentària/obesitat? .....
⓪ No
① Ambulatori
② Hospital de dia
③ Ingrés

En cas de rebre tractament, indiqui des de quan (en mesos): _____

II EFECTES DEL CONFINAMENT SOBRE LA SINTOMATOLOGIA ALIMENTARIA

1. Indiqui quin és el diagnòstic actual de trastorn de la conducta alimentària que presenta:

   ① Anorèxia ② Bulímia ③ Trastorn per afartament ④ No especificat ⑤ No aplicable

2. Ha estat diagnosticat/da d'algun altre trastorn psiquiàtric? *(Marqui totes les opcions possibles)*

   ☐ Cap ☐ Obsessiu-Compulsiu ☐ TDAH ☐ Psicosis
   ☐ Ansietat ☐ Fòbia específica ☐ Neurològic ☐ Control impulsos
   ☐ Depressió ☐ Fòbia social ☐ Abús-dependència substàncies ☐ Altre/s _____
   ☐ Bipolar ☐ Somatomorf ☐ Addicció comportamental

3. Pateix Diabetes Mellitus? ⓪ No ① Sí

   En caso afirmatiu, indiqui si durant el confinament:

   a. Ha tingut dificultats per seguir las indicacions de dieta ..... ⓪ No ① Sí
   b. Ha tingut dificultats per aconseguir la seva medicació habitual ..... ⓪ No ① Sí
   c. En cas de realitzar controls de glicèmia capil·lar, els nivells han augmentat? ..... ⓪ No ① Sí
   d. En cas de consumir hipoglucemiants orals, ha hagut d'augmentar la dosis? ..... ⓪ No ① Sí
   e. En cas d'injectar-se insulina, ha hagut d'augmentar la dosis o el número d' injeccions al dia? ..... ⓪ No ① Sí

Ens interessaria explorar en quina mesura ha experimentat cada una de les conductes que avaluem abans i després del confinament. Per a cada conducta marqui la casella que millor correspongui amb la seva experiència:

	Abans confinament					En l'actualitat				
	Mai	Gairebé mai	A vegades	Gairebé sempre	Sempre	Mai	Gairebé mai	A vegades	Gairebé sempre	Sempre
4. Preocupació al voltant del pes, l'alimentació i la imatge corporal	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Restricció deliberada de la quantitat de menjar ingerida	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Restricció/omissió deliberada del nombre d'ingestes al dia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Menjar repetidament petites quantitats entre àpats durant el dia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Ingesta d'una gran quantitat d'aliments en un període curt de temps amb sensació de pèrdua de control (afartaments).....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Vòmits	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Ús de laxants.....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Ús de diürètics.....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Exercici físic amb freqüència diària.....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Realització constant d'altres activitats que suposin desgast físic	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III REACCIONS DAVANT EL CONFINAMENT

Ens interessaria explorar en quina mesura ha experimentat les conductes que es mencionen a continuació, abans i després del confinament. Marqui la casella que millor correspongui amb la seva experiència fent servir aquesta escala:

0=Mai	1=Gairebé mai	2=Algunes vegades	3=Gairebé sempre	4=Sempre

	Abans confinament					En l'actualitat				
	Mai	Gairebé mai	A vegades	Gairebé sempre	Sempre	Mai	Gairebé mai	A vegades	Gairebé sempre	Sempre
1. Menjar contínuament al llarg del dia sense adonar-se'n del que s'està fent	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. No poder resistir menjar contínuament entre àpats, tot i intentar no fer-ho	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Menjar quan s'experimenten emocions negatives com: por, ansietat, tristesa, solitud, enuig o avorriment	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Sentir-se molest per menjar contínuament al llarg del dia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Menjar de forma deliberada aliments per aprimar	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Tenir intenses ganes de menjar certs aliments, al reduir o deixar de menjar-los	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Fer un esforç extra per aconseguir certs aliments, quan aquests no han estat disponibles	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Sentir-se irritable, nerviós/a o trist/a, al reduir o deixar de menjar certs aliments	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Necessitar menjar cada cop més per aconseguir la sensació que es vol aconseguir . Això inclou reduir emocions negatives (com la tristesa) o augmentar emocions positives (com el plaer)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Fracassar en l'intent de reduir o deixar de menjar certs aliments	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Algun familiar i/o parella va realitzar dietes o alguna altra acció dirigida a perdre pes durant el confinament	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Dificultat per conciliar la son o insomni	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Pensaments desesperançadors o angoixants davant la situació actual i el futur	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Episodis constants de plor	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
15. Sentiments de solitud	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Agitació o nerviosisme	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Manca d'ànim per mantenir contacte amb familiars o amics	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Abans confinament					En l'actualitat				
	Mai	Gairebé mai	A vegades	Gairebé sempre	Sempre	Mai	Gairebé mai	A vegades	Gairebé sempre	Sempre
18. Pensaments intrusius relacionats amb la mort	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Pèrdua de desig o plaer sexual	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Preocupació extrema per l'estat de salut i el risc de contagi de malalties infeccioses i/o COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Ansietat i nerviosisme relacionats amb el contagi de malalties infeccioses i/o COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Preocupació en relació a la pèrdua de feina i/o ingressos econòmics	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Sensació de tenir les emocions fora de control	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Dificultat per comprendre els sentiments	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Sentiments d'enuig o vergonya quan es tenen emocions negatives	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Conductes agressives cap a un/a mateix/a, objectes o altres persones	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Irritabilitat i/o discussions constants	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Consum de tabac	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Consum d'alcohol	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Consum d'altres substàncies	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Realitzar compres online de productes que no són de primera necessitat, amb sensació de descontrol	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Ús de videojocs o jocs i/o apostes en línia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Passar gran part del dia fent servir xarxes socials i/o Internet (sense fins laborals o acadèmics)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Tenir alguna vegada un problema amb el joc d'atzar	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ TELEMÀTICA, EN CAS D'HAVER-LA REBUT

Si us plau, marqui la casella corresponent considerant el seu grau d'acord/desacord amb les següents afirmacions fent servir aquesta escala:

Totalment en desacord	En desacord	Ni d'acord ni en desacord	D'acord	Totalment d'acord
0	1	2	3	4

	Total desacord	Desacord	Neutre	D' acord	Total acord
1. Crec que la teràpia telemàtica rebuda durant el confinament ha estat l'adequada	⓪	①	②	③	④
2. La transició a la modalitat de teràpia telemàtica em va resultar senzilla	⓪	①	②	③	④
3. M'he sentit còmode/a amb la nova modalitat d'intervenció	⓪	①	②	③	④
4. Estic motivat/da per continuar amb la teràpia telemàtica	⓪	①	②	③	④
5. Em sento segur/a de la confidencialitat amb la teràpia telemàtica	⓪	①	②	③	④
6. Considero satisfactòria la interacció amb el/la psicòleg/a durant la intervenció telemàtica	⓪	①	②	③	④
7. La interacció amb el/la psicòleg/a va ser similar a la de les sessions presencials	⓪	①	②	③	④
8. En general, estic satisfet/a amb la intervenció telemàtica rebuda	⓪	①	②	③	④
9. Estic disposat/da a continuar rebent teràpia telemàtica mentre sigui necessari	⓪	①	②	③	④
10. Crec que la nova modalitat de tractament ha resultat efectiva durant el confinament	⓪	①	②	③	④

11. Quines considera que són els principals reptes de la teràpia via telefònica/telemàtica que han d'afrontar-se durant la pandèmia de COVID19?

12. Quins considera que han estat els punts forts de la intervenció via telefònica/telemàtica durant el confinament?

13. Quins considera que han estat els punts febles de la intervenció via telefònica/telemàtica durant el confinament?

Echelle de conduite alimentaire durant l'isolement lié au COVID

(COVID Isolation Eating Scale-CIES)

EFFETS DU CONFINEMENT CHEZ LES PATIENTS AYANT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES /OBESITE ET EVALUATION DES INTERVENTIONS A DISTANCE

Cette échelle a pour objectif d'étudier quels effets a eu le confinement dû à la pandémie du COVID-19 pour les patients ayant des troubles des conduites alimentaires et/ou une obésité et suivant un traitement. L'échelle évalue les changements concernant les symptômes alimentaires et d'autres domaines d'intérêt liés au confinement. Elle inclut aussi une évaluation des interventions reçues à distance pendant le confinement. L'échelle est conçue pour être remplie soit en présentiel, soit par téléphone, soit en ligne.

Date actuelle : ____ / ___ / _____	Date de naissance: ____ / ___ / _____	Age (années): _____
Pays de résidence:	Ville de résidence:	
Sexe: ⓪ Femme ① Homme	Taille (m): _____	
Poids avant le confinement: _____ (Kg)	Poids actuel _____ (Kg)	
Le confinement dans mon pays était : ⓪ Volontaire ①Obligatoire		
Le cas échéant, date à laquelle le confinement complet s'est terminé dans votre lieu de résidence : ____ / ___ / 2020		

I CIRCONSTANCES DURANT LE CONFINEMENT

1.	Le cas échéant, quand le confinement pour la pandémie du COVID-19 a-t-il commencé dans votre cas ?	___ / ____ / _____
2.	Avec qui habitiez-vous pendant le confinement? (Cochez toutes les réponses possibles)	▯ J'étais seul(e) ▯ Epou(x)/(se) / Compagn(on)/(e) ▯ Enfant(s) ▯ Père / mère ▯ Beau-père / belle-mère ▯ Autres personnes (amis, ...)
	Indiquer avec combien de personnes vous viviez pendant le confinement:	_____
3.	Avez-vous eu des proches ou d'autres personnes à votre charge pendant confinement? (Cochez toutes les réponses possibles)	▯ Je n'ai eu personne ▯ Epou(x)/(se) / Compagn(on)/(e) régulier (ière) ▯ Enfant(s) ▯ Père / mère ▯ Beau-père / belle-mère ▯ Autres personnes (amis, ...)
	Indiquer combien de personnes vous avez eu à votre charge pendant le confinement :	_____
4.	Avez-vous contracté le COVID-19 pendant cette période?.....	⓪ Non ① Oui
	Un membre de votre famille ou une personne proche a-t-elle contractée le COVID-19 pendant cette période?.....	⓪ Non ① Oui *Si oui, indiquez qui :* _____
5.	Avez-vous pris soin d'un membre de votre famille ou d'une personne infectée par le COVID-19 pendant cette période?	⓪ Non ① Oui *Si oui, indiquez qui :* _____
6.	Si vous étiez employé (e), avez-vous continué à travailler pendant le confinement?.....	⓪ Non ① Oui ② Non Applicable
	Si vous avez travaillé pendant le confinement indiquez comment:	① A distance ② En présentiel ③ Les deux
7.	Dans votre cas, le confinement a-t-il impliqué une perte partielle ou totale de revenu?	⓪ Non ① Oui
8.	Juste avant le confinement, suiviez-vous un traitement pour trouble alimentaire/ obésité?	⓪ Non ① En consultation ② En hôpital de jour ③ En hospitalisation
	Si vous recevez un traitement, indiquez depuis quand (en mois):	_____

II EFFETS DU CONFINEMENT SUR LES SYMPTÔMES ALIMENTAIRES

1. Le cas échéant, indiquez quel est votre diagnostic actuel de trouble des conduites alimentaires :
   ① Anorexie mentale ② Boulimie ③ Hyperphagie boulimique ④ Non spécifié 5 Non Applicable

2. Avez-vous reçu un diagnostic pour un autre trouble psychiatrique? (Cochez toutes les réponses possibles)
   - ☐ Aucun
   - ☐ Anxiété
   - ☐ Dépression
   - ☐ Trouble Bipolaire
   - ☐ Obsession-compulsion
   - ☐ Phobie spécifique
   - ☐ Phobie sociale
   - ☐ Trouble somatoforme
   - ☐ Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)
   - ☐ Trouble neurologique
   - ☐ Abus-dependance de substance
   - ☐ Addiction comportmentale
   - ☐ Psychose
   - ☐ Trouble du contrôle des impulsions
   - ☐ Autre /s _____

3. Souffrez-vous de diabète? ⓪ Non ① Oui

   Si oui, indiquez si pendant le confinement

   a. Vous avez eu des difficultés à suivre les recommandations du régime alimentaire ..... ⓪ Non ① Oui

   b. Vous avez eu du mal à obtenir vos médicaments habituels ..... ⓪ Non ① Oui

   c. Dans le cas de contrôle de la glycémie capillaire, vos taux ont-ils augmenté?..... ⓪ Non ① Oui

   d. Si vous prenez des médicaments hypoglycémiants oraux, avez-vous dû augmenter votre dose?..... ⓪ Non ① Oui

   e. Si vous vous êtes injecté de l'insuline, avez-vous dû augmenter votre dose ou le nombre d'injections par jour? ..... ⓪ Non ① Oui

Nous souhaitons explorer dans quelle mesure vous avez expérimenté les comportements suivants, avant et après le confinement. Pour chaque comportement, cochez la case qui correspond le mieux à votre expérience en utilisant cette échelle :

	Avant le confinement					Actuellement				
	Jamais	Presquej jamais	Parfois	Presque toujours	Toujours	Jamais	Presquej jamais	Parfois	Presque toujours	Toujours
4. Préoccupations concernant le poids, l'alimentation et l'image corporelle	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Restriction volontaire de la quantité de nourriture consommée	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Restriction volontaire du nombre de repas par jour	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Manger répétitivement de petites quantités entre les repas tout au long de la journée	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Manger une grande quantité de nourriture sur une courte période de temps avec des sentiments de perte de contrôle (compulsion alimentaire)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Vomissements provoqués	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Utilisation de laxatifs	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

11. Utilisation de diurétiques	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Exercise physique quotidien	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Pratique continuelles d'autres activités impliquant une dépense physique	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III REACTIONS AU CONFINEMENT

Nous souhaitons explorer dans quelle mesure vous avez expérimenté les comportements mentionnés ci-dessous, avant et après le confinement. Cochez la case qui correspond le mieux à votre expérience en utilisant cette échelle.

Jamais	Presque jamais	Parfois	Presque toujours	Toujours
0	1	2	3	4

	Avant le confinement					Actuellement				
	Jamais	Presquej jamais	Parfois	Presquej toujours	Toujours	Jamais	Presquej jamais	Parfois	Presquej toujours	Toujours
1. Manger constamment tout au long de la journée sans se rendre compte de ce qui se passe	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. Ne pas être capable de résister à manger continuellement entre les repas, même si on essaye de ne pas le faire	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Mangez lorsque des émotions négatives sont ressenties telles que : peur, anxiété, tristesse, solitude, colère ou ennui	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Se sentir contrarié (e) de manger constamment tout au long de la journée	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Mangez délibérément des aliments minceur	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Avoir une besoin impérieux de manger certains aliments, après les avoir réduits ou éliminés	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Faire un effort supplémentaire pour obtenir certains aliments lorsqu'ils n'étaient pas disponibles	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Se sentir irritable, nerveux ou triste lors de la réduction ou de l'abandon de certains aliments	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Besoin de manger de plus en plus pour atteindre la sensation que vous souhaitez atteindre en mangeant. Cela inclus la réduction des émotions négatives (comme la tristesse) ou l'augmentation des émotions positives (comme le plaisir).	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Avant le confinement					Actuellement				
	Jamais	Presquej jamais	Jamais	Presquej jamais	Jamais	Presquej jamais	Jamais	Presquej jamais	Jamais	Presquej jamais
10. Echouer à réduire ou abandonner la consommation de certains aliments	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Membres de la famille et / ou partenaire suivant un régime ou adoptant un autre comportement visant à perdre du poids	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Difficulté à s'endormir ou insomnie	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Pensées désespérées ou douloureuses sur la situation actuelle et future	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Épisodes de pleurs réguliers	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
15. Sentiments de solitude	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Agitation ou nervosité	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Manque de volonté pour maintenir le contact avec la famille ou les amis	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. Pensées envahissantes liées à la mort	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Perte de désir ou de plaisir sexuel	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Inquiétude extrême pour la santé et le risque de contagion de maladies infectieuses et / ou de COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Anxiété et nervosité en lien avec le risque de maladies infectieuses et / ou de COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Préoccupations concernant la perte d'emploi et / ou de revenu	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Sentiment d'émotions incontrôlables	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Difficulté à comprendre les sentiments	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Sentiments de colère ou de honte lorsque l'on ressent des émotions négatives	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Comportement agressif envers soi-même, les objets ou les autres	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Irritabilité et / ou discussions constantes	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Tabagisme	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Consommation d'alcool	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

30. Consommation d'autres substances psychoactives	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Faire des achats en ligne de produits qui ne sont pas essentiels et sentir que c'est hors de contrôle	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Utilisation de jeux vidéo ou de jeux et / ou de jeux d'argent en ligne	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Passez une grande partie de la journée à utiliser les médias sociaux et / ou Internet (pas à des fins académiques ou professionnelles)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Avoir un problème avec le jeu	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV EVALUATION DES INTERVENTIONS A DISTANCE

Veuillez cocher la case correspondante en tenant compte de votre degré d'accord / désaccord avec les affirmations suivantes en utilisant cette échelle:

Totalement en désaccord	Désaccord	Ni d'accord, ni en désaccord	D'accord	Totalement d'accord
0	1	2	3	4

	Totalement en désaccord	Désaccord	Neutre	D' accord	Totalement d' accord
1. Je pense que la thérapie à distance reçue pendant le confinement a été appropriée	⓪	①	②	③	④
2. La transition vers la thérapie à distance a été facile pour moi	⓪	①	②	③	④
3 Je me suis senti(e) à l'aise avec la nouvelle intervention	⓪	①	②	③	④
4. Je suis motivé (e) pour continuer avec la thérapie télématique	⓪	①	②	③	④
5. J'ai confiance en la confidentialité de la nouvelle intervention	⓪	①	②	③	④
6. Je considère que l'interaction avec le/la psychologue lors de l'intervention à distance est satisfaisante	⓪	①	②	③	④
7. L'interaction avec le/la psychologue était similaire à celle des séances en face à face	⓪	①	②	③	④
8. En général, je suis satisfait(e) de l'intervention à distance que j'ai reçue	⓪	①	②	③	④
9. Je suis prêt(e) à continuer à recevoir une thérapie à distance aussi longtemps que nécessaire	⓪	①	②	③	④
10. Je pense que le nouveau traitement a été efficace pendant le confinement	⓪	①	②	③	④

11. Selon vous, quels sont les principaux défis auxquels vous avez dû faire face avec la thérapie à distance pendant le confinement ?

12. Quelles sont selon vous les principales forces de l'intervention à distance pendant le confinement ?

13. Quelles sont selon vous les principales faiblesses de l'intervention à distance pendant le confinement?

Escala de comportamento alimentar durante o confinamento COVID (CIES)

EFEITOS DO CONFINAMENTO EM PACIENTES COM PERTURBAÇÕES ALIMENTARES-OBESIDADE E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO À DISTÂNCIA/REMOTA

A pandemia causada pelo novo coronavírus perturbou completamente a realidade diária de milhões de pessoas em todo o mundo. O confinamento que vivemos forçou-nos a mudar, de forma radical e repentina, a forma como nos relacionamos, o trabalho e a compreensão da realidade quotidiana. O Grupo de Estudos das Perturbações Alimentares do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho, preparou um questionário dirigido à população portuguesa, sobre a situação dos pacientes com Perturbações do Comportamento Alimentar e com Obesidade que visa avaliar vários parâmetros relacionados com estas doenças, mas também com outros aspetos da saúde. O questionário insere-se num projeto de investigação em que a participação de pessoas com estes problemas, e dos especialistas em saúde envolvidos, representam uma contribuição crucial. Pedimos-lhe que responda sincera e atentamente a estas perguntas. Esta investigação é anónima e a sua participação não vai demorar mais de 20 minutos.

Este questionário pretende compreender quais os efeitos que o confinamento, devido à pandemia COVID-19, teve em pacientes com perturbações alimentares e/ou doentes obesos, que se encontram em tratamento. Inclui também uma avaliação da intervenção à distância/remota recebida durante o confinamento. O questionário foi concebido para ser respondido pessoalmente ou por telefone/online. Muito obrigado pela sua colaboração.

Data de hoje: ____ / ___ / _____	Data de nascimento: ____ / ___ / _____	Idade (anos): _____
País de residência:	Cidade de residência:	
Sexo: ⓪ Feminino ① Masculino	Altura (m): _____	
Peso antes do confinamento: _____ (kg)	Peso atual _____ (Kg)	
O confinamento no seu país foi: ⓪ Voluntário ① Obrigatório		
Data em que acabou o confinamento na sua área de residência: ____ / ___ / 2020		

I CIRCUNSTÂNCIAS DURANTE O CONFINAMENTO

1.	Se aplicável, indique a data em que começou o confinamento devido à PANDEMIA de COVID-19:	___ / ____ / 20__
2.	Com quem viveu durante o confinamento? (Assinale todas as opções possíveis)	☐Estive sozinho/a ☐Conjugue / companheiro/a habitual ☐Filhos/as ☐Pai/Mãe ☐Sogro/a ☐Outras pessoas (amigos, ...) Indique com quantas pessoas viveu durante o confinamento: _____
3.	Teve parentes ou outras pessoas a seu cargo durante o confinamento? (Assinale todas as opções possíveis)	☐Não tive ninguém. ☐Cônjuge/companheiro/a habitual ☐Filhos/as ☐Pai/Mãe ☐Sogro/a ☐Outras pessoas (amigos, ...) Indique quantas pessoas estiveram a seu cargo durante o confinamento: _____
4.	Contraiu a doença COVID-19 durante este período?	⓪Não ①Sim
	Algum membro da família ou pessoa próxima contraiu a doença COVID-19 durante este período?	⓪Não ①Sim
	Em caso afirmativo, indique quem:	_____
5.	Cuidou de algum familiar ou pessoas infetadas com COVID-19, durante este período?	⓪Não ①Sim
	Em caso afirmativo, indique quem:	_____
6.	Continuou a trabalhar durante o confinamento?	⓪Não ①Sim
	Se trabalhou durante o confinamento indique de que modo o fez:	①Teletrabalho ②Presencialmente ③De ambos os modos
7.	No seu caso, o confinamento implicou perdas parciais ou totais de rendimento económico?	⓪ Não ① Sim
8.	Mesmo antes do confinamento encontrava-se em tratamento para uma perturbação alimentar e/ou obesidade?.....	⓪ Não ① Ambulatório ② Hospital de dia ③ Internamento
	No caso de estar a receber tratamento, indique há quanto tempo (em meses):	_____

II EFEITOS DO CONFINAMENTO EM SINTOMAS ALIMENTARES

1. Se aplicável, indique qual é o seu diagnóstico atual de perturbação alimentar:

   ① Anorexia ② Bulimia ③ Ingestão Alimentar compulsiva ④ Não especificado ⑤ Não se aplica

2. Foi-lhe diagnosticada alguma outra perturbação psiquiátrica? (Assinale todas as opções possíveis)

   ☐ Nenhuma ☐ Obsessivo-compulsivo ☐ Défice de Atenção / Hiperatividade ☐ Psicose
   ☐ Ansiedade ☐ Fobia específica ☐ Neurológico ☐ Controlo de impulsos
   ☐ Depressão ☐ Fobia social ☐ Abuso-dependência sustâncias ☐ Outra/s _____
   ☐ Bipolar ☐ Somatoforme ☐ Vício comportamental (jogo patológico)

3. Tem Diabetes Mellitus? ⓪ Não ① Sim

   Se sim, indique se durante o confinamento:

   a. Teve dificuldades em seguir as indicações de dieta ..... ⓪Não ①Sim
   b. Teve dificuldades em conseguir a sua medicação habitual ..... ⓪Não ①Sim
   c. No caso de realizar controlos de glicemia sanguínea, os níveis aumentaram?..... ⓪Não ①Sim
   d. No caso de consumir antidiabéticos orais, teve de aumentar dose? ..... ⓪Não ①Sim
   e. No caso de injetar insulina, teve de aumentar dose ou o número de injeções por dia? ..... ⓪Não ①Sim

Interessa-nos explorar em que medida experienciou cada um dos seguintes comportamentos, antes e depois do confinamento. Para cada comportamento marque, por favor, a descrição que corresponde à sua experiência:

	Antes do confinamento					Atualmente				
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
4. Preocupação com o peso, a alimentação e a imagem corporal	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Restrição deliberada da quantidade de comida ingerida	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Restrição/omissão deliberada do número de refeições por dia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Comer repetidamente pequenas quantidades de comida entre refeições durante o dia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Comer uma grande quantidade de alimentos num curto período de tempo com sensação de perda de controlo (ingestão alimentar compulsiva) .	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Indução de vómito	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Uso de laxantes.....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Uso de diuréticos.....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Exercício físico com frequência diária.....	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Realização constante de outras atividades que impliquem gasto físico de energia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III REAÇÕES AO CONFINAMENTO

Interessa-nos explorar em que medida experienciou cada um dos seguintes comportamentos, antes e depois do confinamento. Para cada comportamento assinale a descrição que melhor corresponde à sua experiência usando esta escala:

0=Nunca	1=Quase nunca	2=Algumas vezes	3=Quase sempre	4=Sempre

	Antes do confinamento					Atualmente				
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Comer constantemente ao longo do dia sem se dar conta de que o está a fazer	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. Não conseguir resistir a comer continuamente entre refeições, apesar de tentar fazê-lo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Comer quando sente emoções negativas como: medo, ansiedade, tristeza, solidão, raiva ou aborrecimento	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Sentir-se perturbado/a por comer continuamente ao longo do dia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Comer de forma deliberada alimentos para emagrecer (de dieta)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Ter desejo intenso de comer determinados alimentos, depois de reduzir a quantidade consumida ou deixar de os comer	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Fazer um esforço extra para conseguir determinados alimentos, quando estes não estavam disponíveis	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Sentir-se irritável, nervoso/a ou triste, ao reduzir a quantidade ou deixar de comer certos alimentos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Necessitar de comer cada vez mais para conseguir a sensação que se quer conseguir ao comer. Isto inclui, redução de emoções negativas (como a tristeza) ou aumento de emoções positivas (como o prazer)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Não conseguir reduzir ou parar de comer certos alimentos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Algum familiar e/ou companheiro/a realizou dietas ou algum outro comportamento com intenção de perder peso durante o confinamento	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Dificuldade em adormecer ou insónias	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Pensamentos de desesperança ou angustiantes face à situação atual e ao futuro	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Episódios constantes de choro	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
15. Sentimentos de solidão	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Agitação ou nervosismo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Falta de interesse em manter contacto com familiares ou amigos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Antes do confinamento					Atualmente				
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
18. Pensamentos intrusivos relacionados com a morte	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Perda de desejo ou prazer sexual	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Preocupação extrema com o estado de saúde e o risco de contágio de doenças infeciosas e/ou COVID-19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Ansiedade e nervosismo relacionados com o contágio de doenças infeciosas e/ou COVID-19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Preocupação com a perda de emprego e/ou rendimentos económicos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Sensação de ter as emoções fora de controlo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Dificuldade em compreender os sentimentos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Sentimentos de raiva ou vergonha quando sente emoções negativas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Comportamentos agressivos para consigo mesmo/a, objetos ou outras pessoas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Irritabilidade e/ou discussões constantes	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Uso de tabaco	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Consumo de álcool	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Consumo de outras substâncias	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Realizar compras online de produtos que não são essenciais, com sensação de descontrolo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Uso de videojogos ou jogos e/ou apostas online	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Passar grande parte do dia usando as redes sociais e/ou a internet (sem ser para fins profissionais ou académicos)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Ter um problema com jogos de azar	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO À DISTÂNCA/REMOTA, CASO TENHA RECEBIDO

Por favor, assinale o seu nível de acordo com as seguintes afirmações utilizando a seguinte escala:

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
0	1	2	3	4

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
1. Creio que a terapia à distância/remota recebida durante o confinamento foi adequada	⓪	①	②	③	④
2. A transição para a terapia à distância/remota foi fácil para mim	⓪	①	②	③	④
3. Senti-me confortável com a nova modalidade de intervenção	⓪	①	②	③	④
4. Estou motivado/a para continuar com a terapia à distância/remota	⓪	①	②	③	④
5. Sinto-me confiante no nível de confidencialidade da terapia à distância/remota	⓪	①	②	③	④
6. Considero satisfatória a interação com o/a psicólogo/a durante a intervenção à distância/remota	⓪	①	②	③	④
7. A interação com o/a psicólogo/a foi semelhante à das sessões presenciais	⓪	①	②	③	④
8. Em geral, estou satisfeito/a com a intervenção à distância/remota recebida	⓪	①	②	③	④
9. Estou disposto/a a continuar a receber terapia à distância/remota enquanto for necessário	⓪	①	②	③	④
10. Creio que a nova modalidade de tratamento tem sido eficaz durante o confinamento	⓪	①	②	③	④

11. Quais os principais desafios que teve de enfrentar com a terapia à distância/remota durante o confinamento?

12. Quais os principais pontos fortes da intervenção à distância/remota durante o confinamento?

13. Quais foram os principais pontos fracos da intervenção à distância/remota durante o confinamento?

Scala di condotta alimentare durante l'isolamento COVID (CIES)

EFFETTI DELLA QUARANTENA IN PAZIENTI CON DISTURBI DELLALIMENTAZIONE-OBESITA' E VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO TELEMATICO

La pandemia causata dal nuovo coronavirus ha completamente sconvolto la realtà quotidiana di milioni di persone in tutto il mondo. L'isolamento che abbiamo vissuto ci ha costretti a cambiare in maniera radicale e improvvisa il modo di relazionarci, di lavorare e di approcciarci alla routine quotidiana. L'Ospedale Universitario di Bellvitge e il Gruppo di Ricerca Psichiatrica dell'istituto di Ricerca Biomedica di Bellvitge (IDIBELL), in collaborazione con il CIBER di Fisiopatologia dell' Obesità e della Nutrizione (CIBEROBN), hanno sviluppato un'indagine rivolta a tutta la popolazione, riguardante la situazione di pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione e obesità, che mira a valutare vari parametri legati a questi disturbi e ad altri aspetti della salute. Il sondaggio fa parte di un progetto di ricerca per il quale la partecipazione dei pazienti, ma anche degli specialisti sanitari coinvolti sono un elemento cruciale. Ti chiediamo di rispondere a queste domande con sincerità e attenzione. Questo sondaggio è anonimo e non richiederà più di 20 minuti.

Questa scala ha lo scopo di indagare quali effetti ha avuto la situazione di quarantena, dovuta alla pandemia di COVID-19, su pazienti con disturbi dell'alimentazione e/o pazienti con obesità in corso di trattamento. Include anche una valutazione dell'intervento telematico ricevuto durante la quarantena. La scala è stata pensata per essere somministrata di persona o in maniera telematica. Grazie mille per la sua collaborazione.

Data: ____ / ___ / _____	Data di nascita: ____ / ___ / _____	Età: _____
Residenza:	Provincia:	
Genere: ⓪ Femminile ① Maschile	Altezza (m): _____	
Peso prima della quarantena: _____ (kg)	Peso attuale _____ (kg)	
La quarantena nel suo paese di residenza è stata: ⓪ Volontaria ① Obbligatoria		
Data di fine della quarantena nel luogo di residenza: ____ / ___ / 2020		

I CIRCOSTANZE DURANTE L'ISOLAMENTO

1.	Data di inizio della quarantena per la pandemia di COVID-19:	___ / ____ / _____
2.	Con chi ha convissuto durante la quarantena? *(Segni tutte le opzioni possibili)* *Indicare con quante persone ha vissuto durante la quarantena:* _____	☐ solo/a ☐ Coniuge / partner ☐ Figli ☐ Padre/madre ☐ Suocero/a ☐ Altre persone (amici, …)
3.	Ha avuto a suo carico familiari o altre persone durante la quarantena? *(Segni tutte le opzioni possibili)* *Indicare quante persone sono state a suo carico durante la quarantena:*_____	☐ Nessuno ☐ Coniuge / partner ☐ Figli ☐ Padre/madre ☐ Suocero/a ☐ Altre persone (amici, …)
4.	Ha contratto il virus COVID-19 durante questo periodo? Qualche membro della famiglia o una persona a lei vicina ha contratto il virus COVID-19 durante questo periodo?	⓪ No ① Sì ⓪ No ① Sì *Se sì, indicare chi:* _____
5.	Ha avuto a suo carico un familiare o un amico affetto dal virus COVID-19 durante questo periodo?	⓪ No ① Sì *Se sì, indicare chi:* _____
6.	Ha continuato a lavorare durante la quarantena? Se ha lavorato durante la quarantena indicarne la modalità:	⓪ No ① Sì ① Telematica ② In presenza ③ Entrambi i modi
7.	Nel suo caso, la quarantena ha implicato una perdita parziale o totale di introito economico?	⓪ No ① Sì
8.	Prima della quarantena, era impegnato in un trattamento per disturbo alimentare/obesità? In caso di trattamento, indicare da quanto (in mesi):	⓪ No ① Ambulatoriale ② Day hospital ③ Ricovero _____

II EFFETTI DELLA QUARANTENA SULLA SINTOMATOLOGIA ALIMENTARE

1. Indichi quale è la sua attuale diagnosi di disturbo alimentare:
   ① Anoressia ② Bulimia ③ Disturbo da alimentazione incontrollata ④ Non specificato ⑤ Non applicabile

2. Le è stato diagnosticato un altro disturbo psichiatrico?

☐ Nessuno	☐ Ossessivo-compulsivo	☐ ADHD	☐ Psicosi
☐ Ansia	☐ Fobia específica	☐ Neurologico	☐ Discontrollo degli impulsi
☐ Depressione	☐ Fobia sociale	☐ Abuso-dipendenza da sostanze	☐ Altro _____
☐ Bipolare	☐ Da sintomi somatici	☐ Dipendenza comportamentale	

3. Soffre di diabete mellito? ⓪ No ① Sí

Se sì, indicare se durante la quarantena:

a. Ha avuto difficoltà a seguire le indicazioni della dieta ⓪ No ① Sí

b. Ha avuto difficoltà a ottenere la sua medicina abituale ⓪ No ① Sí

c. In caso di controllo della glicemia capillare, i livelli sono aumentati? ⓪ No ① Sí

d. In caso di consumo di farmaci ipoglicemizzanti orali, è stato necessario aumentare la dose? ⓪ No ① Sí

e. Hai dovuto aumentare la dose o il numero di iniezioni di insulina al giorno? ⓪ No ① Sí

Saremmo interessati a sapere con che frequenza ha sperimentato ciascuna delle seguenti situazioni, sia prima che dopo la quarantena. Per ciascuna situazione, segni la casella che meglio corrisponde alla sua esperienza:

	Prima della quarantena					Adesso				
	Mai	Quasi Mai	A volte	Quasi sempre	Sempre	Mai	Quasi Mai	A volte	Quasi sempre	Sempre
4. Preoccupazione riguardo al peso, l'alimentazione e l'immagine corporea	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Restrizione volontaria della quantità di cibo ingerito	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Riduzione volontaria del numero di pasti al giorno	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Mangiare ripetutamente piccole quantità di cibo tra un pasto e il successivo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Assunzione di una grande quantità di cibo in un breve periodo di tempo, con la sensazione di perdere il controllo (abbuffate)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Vomito	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Uso di lassativi	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Uso di diuretici	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Esercizio fisico con frequenza giornaliera	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Esecuzione ripetuta di altre attività che comportino uno sforzo fisico	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III SITUAZIONI PRIMA DELLA QUARANTENA

Saremmo interessati a sapere con che frequenza ha sperimentato ciascuna delle seguenti situazioni, sia prima che dopo la quarantena. Per ciascuna situazione, segni la casella che meglio corrisponde alla sua esperienza, utilizzando la seguente scale

0=Mai	1=Quasi mai	2=A volte	3=Quasi sempre	4=Sempre

	Prima della quarantena					Adesso				
	Mai	Quasi Mai	A volte	Quasi sempre	Sempre	Mai	Quasi Mai	A volte	Quasi sempre	Sempre
1. Mangiare in continuazione durante tutto il giorno, senza rendersi conto di quello che si sta facendo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. Non sapere resistere e mangiare in continuazione tra un pasto e l'altro, nonostante si cerchi di non farlo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Mangiare quando si provano emozioni negative come paura, ansia, tristezza, solitudine, rabbia o noia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Provare rabbia per il fatto di mangiare in continuazione durante tutto il giorno	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Mangiare volontariamente degli alimenti con lo scopo di perdere peso	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Avere molta voglia di mangiare alcuni cibi, dopo averne ridotto o eliminato l'assunzione	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Fare uno sforzo particolare per procurarsi alcuni cibi, quando questi non sono disponibili	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Sentirsi irritabile, nervoso/a o triste quando si riduce o sospende l'assunzione di alcuni cibi	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Necessità di mangiare ogni volta di più per poter ottenere le sensazioni che si vogliono raggiungere con il cibo. Queste includono: ridurre le emozioni negative (come la tristezza) o aumentare le emozioni positive (come il piacere)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Fallire nell'intento di ridurre o smettere di mangiare alcuni cibi	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Durante la quarantena, un familiare e/o il partner hanno seguito una dieta con lo scopo di perdere peso	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Difficoltà ad addormentarsi o insonnia	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Pensieri sconfortanti o angoscianti riguardo alla situazione attuale e al futuro	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Episodi ripetuti di pianto	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
15. Sentimenti di solitudine	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Agitazione e nervosismo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Non essere dell'umore giusto per mantenere i contatti con familiari e amici	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. Pensieri intrusivi relativi alla morte	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Perdita di desiderio o piacere sessuale	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Prima della quarantena					Adesso				
	Mai	Quasi Mai	A volte	Quasi	Sempre	Mai	Quasi Mai	A volte	Quasi	Sempre
20. Preoccupazione estrema per lo stato di salute e per il rischio di contagio da malattie infettive e/o COVID-19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Ansia e tensione collegate al contagio da malattie infettive e/o COVID-19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Preoccupazione relativa alla perdita del lavoro e/o alla situazione economica	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Sensazione di non avere il controllo delle emozioni	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Difficoltà nel comprendere le emozioni	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Sensazione di rabbia o vergogna quando si provano emozioni negative	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Condotte aggressive verso sé stessi, oggetti, o altre persone	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Irritabilità e/o discussioni continue	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Consumo di tabacco	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Consumo di alcol	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Consumo di altre sostanze	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Comprare online prodotti che non sono di prima necessità, con la sensazione di non avere il controllo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Uso di videogiochi o giochi e/o scommesse online	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Passare gran parte del giorno sui social network e/o su internet (non per motivi di lavoro o studio)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Avere un problema col gioco d'azzardo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO TELEMATICO, NEL CASO IN CUI LO ABBIA RICEVUTO

Le chiediamo di segnare la casella che meglio corrisponde al suo grado di accordo/disaccordo con ciascuna delle seguenti affermazioni. Utilizzi la seguente scala:

Totalmente en dissacordo	In disaccordo	Né in accordo Né in disaccordo	In accordo	Totalmente in accordo
0	1	2	3	4

	Totalmente in disaccordo	In disaccordo	Né in accordo né in	In accordo	Totalmente in accordo
1. Credo che la terapia telematica ricevuta durante la quarantena sia stata adeguata	⓪	①	②	③	④
2. Il passaggio alla modalità telematica mi è risultato semplice	⓪	①	②	③	④
3. Mi sono sentito/a a mio agio con la nuova modalità terapeutica	⓪	①	②	③	④
4. Mi sento motivato/a a continuare con la terapia telematica	⓪	①	②	③	④
5. Sono sicuro/a che con la terapia telematica venga mantenuta la riservatezza	⓪	①	②	③	④
6. Considero soddisfacente l'interazione avuta col terapeuta durante la terapia telematica	⓪	①	②	③	④
7. L'interazione avuta col terapeuta è stata simile a quella avuta durante le sedute in presenza	⓪	①	②	③	④
8. In generale, sono soddisfatto/a dell'intervento telematico ricevuto	⓪	①	②	③	④
9. Sono disposto/a a continuare a ricevere il trattamento in forma telematica, fino a quando sarà necessario	⓪	①	②	③	④
10. Ritengo che la nuova modalità di trattamento sia stata efficace durante la quarantena	⓪	①	②	③	④

11. Quali ritiene che siano i principali problemi del trattamento in modalità telematica, che andrebbero affrontati durante la pandemia di COVID-19?

_____

12. Quali ritiene che siano stati i punti di forza del trattamento in modalità telematica ricevuto durante la quarantena?

_____

13. Quali ritiene che siano stati i punti di debolezza del trattamento in modalità telematica ricevuto durante la quarantena?

_____

COVID Isolation Eating Scale- CIES

AUSWIRKUNGEN DER (COVID19) BESCHRÄNKUNGEN BEI PATIENT/INNEN MIT ESSSTÖRUNGEN/ADIPOSITAS UND EVALUIERUNG VON DIGITALEN / TELEFONISCHEN INTERVENTIONEN

Dieser Fragenbogen erfasst die Auswirkungen der Ausgangsbeschränkungen durch die COVID-19 Pandemie auf PatientInnen mit Essstörungen und/oder Adipositas. Zudem werden die Veränderungen im Essverhalten und in anderen Bereichen, die von den Ausgangsbeschränkungen betroffen sein könnten, untersucht. Wenn die Essstörungsbehandlung während der Ausgangsbeschränkungen nicht Face-to-face sondern über das Telefon oder Internet erfolgt ist, möchten wir wissen, wie Sie diese Art der Behandlung bewerten. Dieser Fragebogen kann sowohl persönlich als auch per Telefon oder online ausgefüllt werden.

Aktuelles Datum: ____ / ___ / _____	Geburtsdatum: ____ / ___ / _____	Alter (in Jahren): _____
Land:	Wohnort:	
Geschlecht: ⓪ Weiblich ① Männlich	Größe (in Meter): _____	
Gewicht vor Beginn der COVID-19 Ausgangsbeschränkungen: _____ (kg)	Aktuelles Gewicht _____ (kg)	
Die COVID19-Ausgangsbeschränkungen in meinem Land waren: ⓪ Freiwillig ① Verpflichtend		
Falls zutreffend: Datum, an dem die gesamten Ausgangsbeschränkungen an Ihrem Wohnort geendet haben: ____ / ___ / 2020		

I LEBENSUMSTÄNDE WÄHREND DER BESCHRÄNKUNGEN

1.	Falls zutreffend: Wann haben die Ausgangsbeschränkungen aufgrund der COVID19-Pandemie in Ihrem Fall begonnen?	___ / ____ / _____
2.	Mit wem haben Sie während den Ausgangsbeschränkungen zusammengelebt? (Bitte kreuzen Sie all zutreffenden Antworten an.).....	☐ Ich war alleine ☐ Ehepartner/in / Partner/in ☐ Kinder ☐ Vater / Mutter ☐ Schwiegervater / Schwiegermutter ☐ Andere Personen (Freunde, ...) Bitte geben Sie an, mit wie vielen Personen Sie während der Ausgangsbeschränkungen zusammengewohnt haben: _____
3.	Haben Sie sich während der Ausgangsbeschränkungen um Angehörige oder andere Personen gekümmert? (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.)	☐ Ich hatte niemanden ☐ Ehepartner/in / Partner/in ☐ Kinder ☐ Vater / Mutter ☐ Schwiegervater / Schwiegermutter ☐ Andere Personen (Freunde, ...) Bitte geben Sie an, um wie viele Personen Sie sich während der Ausgangsbeschränkungen gekümmert haben: _____
4.	Waren Sie in dieser Zeit an COVID19 erkrankt?	⓪ Nein ① Ja
	War ein Familienmitglied oder eine Ihnen nahestehende Person in dieser Zeit an COVID19 erkrankt?	⓪ Nein ① Ja *Falls ja, wer:* _____
5.	Haben Sie sich um ein Familienmitglied oder eine Person, die in dieser Zeit an COVID19 erkrankt war, gekümmert?.....	⓪ Nein ① Ja *Falls ja, wer:* _____
6.	Wenn Sie berufstätig waren, sind Sie während der Ausgangsbeschränkungen Ihrer Arbeitstätigkeit weiter nachgegangen?.....	⓪ Nein ① Ja ② Nicht zutreffend
	Falls Sie während der Ausgangsbeschränkungen berufstätig waren, bitte geben Sie an, wie:	① Home-Office ② Persönlich vor Ort ③ Beides
7.	Haben die Ausgangsbeschränkungen in Ihrem Fall zu einem teilweisen oder vollständigen Verlust des Einkommens geführt?	⓪ Nein ① Ja
8.	Waren Sie unmittelbar bevor die Ausgangsbeschränkungen begonnen haben, aufgrund einer Essstörung und/oder Adipositas in Behandlung?	⓪ Nein ① Ambulant ② Tagesklinik ③ Stationär
	Falls Sie eine Behandlung hatten, bitte geben Sie an, seit wann (in Monaten):	_____

II AUSWIRKUNGEN DER AUSGANGSBESCHRÄNKUNGEN AUF DAS ESSVERHALTEN / ESSSTÖRUNGSSYMPTOME

1. Falls zutreffend, bitte geben Sie Ihre aktuelle Essstörungsdiagnose an.

   ① Anorexia Nervosa ② Bulimia Nervosa ③ Binge Eating Störung ④ Nicht-näher bezeichnete Essstörung
   ⑤ Nicht zutreffend

2. Wurde bei Ihnen eine andere psychische Erkrankung diagnostiziert? (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden an)

   ☐ Keine ☐ Spezifische Phobie ☐ Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung
   ☐ Angststörung ☐ Soziale Angststörung ☐ Andere verhaltensbezogene Süchte (z.B. Kaufsucht)
   ☐ Depression ☐ Somatoforme Störung ☐ Psychose
   ☐ Bipolare Störung ☐ ADHS ☐ Impulskontroll-Störung
   ☐ Zwangsstörung ☐ Neurologische Erkrankung ☐ Andere: _____

3. Sind Sie an Diabetes mellitus erkrankt? ⓪ Nein ① Ja

   Falls ja, bitte geben Sie an, ob Sie während der Ausgangsbeschränkungen…..

   a. Schwierigkeiten hatten, Diätempfehlungen einzuhalten..... ⓪ Nein ① Ja
   b. Es schwer für Sie war, Ihre Medikation regelmäßig einzunehmen ..... ⓪ Nein ① Ja
   c. Wenn Sie den Blutzucker selbst gemessen haben, sind Ihre Werte angestiegen? ..... ⓪ Nein ① Ja
   d. Falls Sie orale Blutzucker-Medikation eingenommen haben, mussten Sie Ihre Dosis erhöhen?..... ⓪ Nein ① Ja
   e. Falls Sie sich Insulin injiziert haben, mussten Sie Ihre Dosis oder die Anzahl der täglichen Injektionen erhöhen? ..... ⓪ Nein ① Ja

Wir sind daran interessiert wie Sie die folgenden Verhaltensweisen vor und nach den Ausgangsbeschränkungen erlebt haben. Bitte kreuzen Sie für jede Verhaltensweise die Antwort an, die am besten für Sie passt.

	Vor den Beschränkungen					Derzeit				
	Nie	Fast nie	Manchmal	Fast immer	Immer	Nie	Fast nie	Manhcmal	Fast immer	Immer
4. Sorgen über Gewicht, Ernährung und Körperbild	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Absichtliches Reduzieren der Nahrungsmenge	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Absichtliches Reduzieren der Anzahl der täglichen Mahlzeiten	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Wiederholtes Essen kleiner Nahrungsmengen über Tag verteilt	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Essen großer Nahrungsmengen innerhalb einer kurzen Zeitspanne mit einem Gefühl, die Kontrolle zu verlieren (Binge Eating)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Absichtlich herbeigeführtes Erbrechen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Gebrauch von Laxantien (Abführmittel)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Gebrauch von Diuretika (Harntreibende Mittel)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Täglicher Sport	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Regelmäßige andere körperliche Aktivitäten, die Energie verbrauchen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III REAKTIONEN AUF DIE AUSGANGSBESCHRÄNKUNGEN

Wir sind daran interessiert, wie Sie die folgenden Verhaltensweisen vor und nach den Ausgangsbeschränkungen erlebt haben. Bitte kreuzen Sie für jede Verhaltensweise die Antwort an, die am besten für Sie passt.

Nie	Fast nie	Manchmal	Fast immer	Immer
0	1	2	3	4

	Vor den Beschränkungen					Derzeit				
	Nie	Fast nie	Manchmal	Fast immer	Immer	Nie	Fast nie	Manchmal	Fast immer	Always
1. Den ganzen Tag über ständig essen, ohne darüber nachzudenken	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. Nicht widerstehen können, zwischen den Mahlzeiten ständig zu essen, obwohl man es versucht nicht zu tun	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Essen, wenn Sie negative Emotionen erleben wie: Furcht, Angst, Traurigkeit, Einsamkeit, Ärger oder Langeweile	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Sich darüber ärgern, den ganzen Tag über ständig zu essen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Konsum von Fasten-Produkten	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Ausgeprägtes Verlangen, bestimmte Nahrungsmittel zu essen, die man zuvor reduziert oder weggelassen hat	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Einen Extra-Aufwand betreiben, um bestimmte Nahrungsmittel zu besorgen, wenn diese nicht wie gewohnt verfügbar waren	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Gefühle von Reizbarkeit, Nervosität oder Traurigkeit, wenn man bestimmte Nahrungsmittel reduziert oder weglässt	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Mehr und mehr essen zu müssen, um dadurch ein bestimmtes Gefühl erreichen zu können. Dazu gehören, Reduzierung von negative Emotionen (wie Traurigkeit) oder Steigerung von positive Gefühlen (wie Freude).	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Es nicht schaffen bestimmte Nahrungsmittel zu reduzieren oder wegzulassen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Familienmitglieder und/oder Partner/in halten Diät oder ergreifen andere Maßnahmen, um Gewicht zu verlieren	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Schwierigkeiten einzuschlafen oder Schlaflosigkeit	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Hoffnungslose oder quälende Gedanken hinsichtlich der derzeitigen oder zukünftigen Situation	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Ständig wiederkehrendes Weinen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Vor den Beschränkungen					Derzeit				
	Nie	Fast nie	Manchmal	Fast immer	Immer	Nie	Fast nie	Manchmal	Fast immer	Immer
15. Gefühle von Einsamkeit	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Innere Unruhe oder Nervosität	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Den Kontakt zu Familie oder Freunden nicht aufrecht erhalten wollen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. Aufdrängende Gedanken an den Tod	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Verlust an sexuellem Interesse oder Freude an sexueller Aktivität	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Extreme Sorgen um die eigene Gesundheit und sich mit einer Infektionskrankheit und/oder COVID19 anzustecken	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Angst und Nervosität bezüglich Infektionskrankheiten und / oder COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Sorgen, die Arbeit und/oder das Einkommen zu verlieren	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Gefühl, dass Emotionen außer Kontrolle geraten	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Schwierigkeiten, Gefühle zu verstehen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Gefühle von Ärger oder Scham, wenn man negative Emotionen erlebt	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Aggressives Verhalten gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Reizbarkeit und / oder ständige Diskussionen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Konsum von Nikotin / Tabak	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Konsum von Alkohol	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Konsumation von anderen psychoaktiven Substanzen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Online-Shopping von Dingen, die nicht notwendig sind verbunden mit einem Gefühl von Kontrollverlust	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Spielen von Videospielen und / oder Online-Spielen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Den Großteil des Tages mit sozialen Medien und / oder dem Internet verbringen (abgesehen von schulischen oder arbeitsbezogenen Tätigkeiten)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Ein Problem mit Glücksspiel haben	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV EVALUATION VON DIGITALEN INTERVENTIONEN / BEHANDLUNGEN VIA TELEFON

Bitte überlegen Sie, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen / nicht zustimmen und kreuzen Sie die entsprechende Antwort an:

Völlige Ablehnung	Ablehnung	Weder Ablehnung noch Zustimmung	Zustimmung	Völlige Zustimmung
0	1	2	3	4

	Völlige Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimmung	Völlige Zustimmung
1. Ich finde, dass die digitale Therapie / Behandlung via Telefon während der Ausgangsbeschränkungen ausreichend war	⓪	①	②	③	④
2. Der Übergang zur digitalen Therapie / Behandlung via Telefon war einfach für mich	⓪	①	②	③	④
3. Ich habe mich mit der neuen Behandlung wohl gefühlt	⓪	①	②	③	④
4. Ich bin motiviert, die digitale / telefonische Behandlung fortzusetzen	⓪	①	②	③	④
5. Ich habe bei der digitalen Behandlung / Behandlung via Telefon keine Bedenken wegen der Vertraulichkeit / des Datenschutzes	⓪	①	②	③	④
6. Für mich ist der Kontakt mit dem Psychologen / der Psychologin in der digitalen Therapie / Behandlung via Telefon zufriedenstellend	⓪	①	②	③	④
7. Der Kontakt zu meinem Psychologen / meiner Psychologin war ähnlich im Vergleich zu den persönlichen (Face-to-Face) Sitzungen	⓪	①	②	③	④
8. Im Allgemeinen bin ich mit den digitalen Interventionen / der Fernbehandlung, die ich erhalten habe, zufrieden	⓪	①	②	③	④
9. Ich bin dazu bereit, mit der digitalen Therapie / Fernbehandlung so lange wie nötig weiterzumachen	⓪	①	②	③	④
10. Ich denke, dass die neue Behandlung während der Ausgangsbeschränkungen wirksam war	⓪	①	②	③	④

11. Was waren für Sie die größten Herausforderungen im Zusammenhang mit der digitalen Therapie / Behandlung via Telefon während der Ausgangsbeschränkungen?

12. Was sind aus Ihrer Sicht die größten Vorteile einer digitalen / telefonischen Behandlung während der Zeit der Ausgangsbeschränkungen?

13. Was sind für Sie die größten Nachteile im Zusammenhang mit der digitalen / telefonischen Behandlung während der Zeit der Ausgangsbeschränkungen?

COVID Isolation Eating Scale- CIES

Effekt av karantän på patienter med ätstörningar/övervikt och utvärdering av insatser på distans

Det här testet syftar till att undersöka vilka effekter karantän pga COVID-19-pandemin har haft på patienter med ätstörningar och/eller övervikt som får behandling. Testet undersöker förändringar i matrelaterade symptom och andra delar av livet som har med karantän att göra. Det innehåller också en utvärdering av vårdinsatser som har givits på distans under karantänperioden. Testet är avsett för att besvaras antingen “face to face” eller på telefon/online.

Dagens datum: ____ / ___ / _____	Födelsedatum: ____ / ___ / _____	Ålder (år): _____
Land där du bor:	Stad/ort där du bor:	
Kön: ⓪ Kvinna ① Man	Längd (m): _____	
Vikt före karantän: _____ (Kg)	Nuvarande vikt _____ (Kg)	
Karantän i mitt land var: ⓪ Frivillig ① Obligatorisk		
Om det är aktuellt, ange datumet där total karantän upphörde där du bor: ____ / ___ / 2020		

I Omständigheter under karantänperioden

1.	Om det är aktuellt, när startade karantän för COVID-19-pandemin i ditt fall?	___ / ____ / _____
2.	Vem bodde du med under karantänperioden? (Markera alla som stämmer)	☐ Jag har bott själv ☐ Partner/sambo/make/fru ☐ Barn ☐ Föräldrar ☐ Svärföräldrar ☐ Andra personer (vänner…) Hur många personer bodde du med under karantänperioden? _____
3.	Har du tagit hand om släktingar eller andra under karantänperioden? (Markera alla som stämmer)	☐ Jag har inte haft någon att ta hand om ☐ Partner/sambo/make/fru ☐ Barn ☐ Föräldrar ☐ Svärföräldrar ☐ Andra personer (vänner…) Ange hur många personer du har tagit hand om under karantänperioden: _____
4.	Fick du själv COVID-19 under den här perioden? ..... Har någon familjemedlem eller annan närstående fått COVID-19 under den här perioden?	⓪ Nej ① Ja ⓪ Nej ① Ja *Om ja, ange vem:* _____
5.	Har du tagit hand om en närstående eller familjemedlem som har varit smittad med COVID-19 under den här perioden?.....	⓪ Nej ① Ja *Om ja, ange vem:* _____
6.	Om du var anställd, har du fortsatt arbeta under karantänperioden? ..... Om du har arbetat under karantänperioden, ange hur:	⓪ Nej ① Ja ② Ej relevant i mitt fall ① På distans ② På plats på jobbet ③ Både och
7.	I ditt fall, innebar karantänperioden delvis eller totalt ett bortfall av inkomst?	⓪ Nej ① Ja
8.	Precis före karantänperioden, var du i behandling för en ätstörning och/eller övervikt?.....	⓪ Nej ① Ja, i öppen vård ② Ja, som dagvårdspatient ③ Ja, som inlagd patient Om du fick behandling, ange sedan vilken månad: _____

II EFFEKTER AV KARANTÄNPERIODEN PÅ MATRELATERADE SYMPTOM

1. Om det är relevant för dig, ange vilken som är din nuvarande diagnos:
   ① Anorexia nervosa ② Bulimia nervosa ③ Hetsätningsstörning ④ Ej specificerat 5 Ej relevant för mig

2. Har du diagnostiserats med någon annan psykiatrisk diagnos? (Ange alla som passar)….
   - ☐ Ingen
   - ☐ Ångest
   - ☐ Depression
   - ☐ Bipolär
   - ☐ Tvångssyndrom/OCD
   - ☐ Specifik fobi
   - ☐ Social fobi
   - ☐ Psykosomatiska besvär, dvs psykiska symptom som ger kroppsliga besvär
   - ☐ ADHD
   - ☐ Neurologisk sjukdom
   - ☐ Missbruk/beroende av substanser
   - ☐ Något beteendeberoende
   - ☐ Psykos
   - ☐ Impulskontrollstörning
   - ☐ Annan/andra _____

3. Har du diabetes? ⓪ Nej ① Ja

   Om ja, ange om du under karantänperioden

   a. hade svårt att följa kostrekommendationer ..... ⓪ Nej ① Ja
   b. har haft svårt att få tag på dina vanliga mediciner..... ⓪ Nej ① Ja
   c. om du tar egna sockerprover, steg dina sockernivåer?..... ⓪ Nej ① Ja
   d. om du tar tabletter för att få ner blocksockret, behövde du öka din dos?..... ⓪ Nej ① Ja
   e. om du tar insulinsprutor, behövde du öka dosen eller antalet doser per dag? ⓪ Nej ① Ja

Vi är intresserade av att ta reda på i vilken utsträckning du har upplevt vart och ett av följande beteenden, före, och efter karantänsperioden. För varje beteende, kryssa i den ruta som bäst stämmer in på din upplevelse:

	Före karantän					Nu				
	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Nästan alltid	Alltid	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Nästan alltid	Alltid
4. Oro för vikt, kost och utseende	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Frivilliga restriktioner av hur mycket mat du äter	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Frivilliga restriktioner av antalet måltider per dag	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Upprepat småätande mellan måltider under dagen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Att äta en stor mängd mat på kort tid, med en känsla av att du förlorar kontrollen (hetsätning)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Framkallade kräkningar	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Användning av laxermedel	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Användning av urindrivande medel	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Fysisk träning *varje* dag	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Att konstant utföra aktiviteter där man fysiskt gör av med energi	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III REAKTIONER PÅ KARANTÄNPERIODEN

Vi är intresserade av att ta reda på i vilken utsträckning du upplevde de beteenden som nämns nedan, före och efter karantänperioden. Kryssa i den ruta som bäst de svar som bäst stämmer in på din upplevelse.

Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Nästan alltid	Alltid
0	1	2	3	4

	Före karantän					Nu				
	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Nästan alltid	Alltid	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Nästan alltid	Alltid
1. Att äta konstant hela dagen utan att förstå vad som händer	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. Att inte kunna stå emot att fortsätta äta mellan måltider, trots att man försöker låta bli	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Att äta när man känner negativa känslor, som t ex rädsla, ångest, nedstämdhet, ensamhet, ilska eller tristess	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Att känna sig besvärad av att man äter konstant under dagen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Att med avsikt äta dietmat	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Att ha en intensive craving efter att äta vissa typer av livsmedel, när man försöker minska eller sluta med dessa	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Att göra extra ansträngningar för att få tag på vissa livsmedel när de har varit svåra att få tag i	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Att känna sig irritabel, nervös eller ledsen när man skär ner på eller slutar äta ett visst livsmedel	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Att du känner att du behöver äta mer och mer för att uppnå den känsla du vill nå med att äta. Detta innebär t ex att minska negativa känslor, såsom ledsenhet, eller att öka positiva känslor (såsom njutning).	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Att misslyckas med att minska eller sluta äta vissa livsmedel.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Att familjemedlemmar och/eller partner går på diet eller sysslar med något annat beteende som syftar till att gå ner i vikt	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Att ha svårt att sova	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Att ha hopplösa eller stressande tankar om det nuvarande eller framtida läget	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Episoder av konstant gråtande	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Före karantän					Nu				
	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Nästan alltid	Alltid	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Nästan alltid	Alltid
15. Känslor av ensamhet	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Agitation, dvs svår irritabilitet, eller nervositet	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Ovilja att hålla kontakt med familj eller vänner	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. Påträngande tankar på döden	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Brist på åtrå eller sexuell njutning	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Extrem oro över hälsan eller risken för smitta och/eller COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Ångest och nervositet relaterad till smitta och/eller COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Oro kring anställning och/eller inkomst	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Känsla av kontrollförlust	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Svårighet att förstå känslor	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Känslor av ilska eller skam när man känner negativa känslor	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Aggressivt beteende mot sig själv, mot föremål eller mot andra människor	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Irritabilitet och/eller konstanta gräl	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Tobaksanvändning	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Alkoholkonsumtion	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Konsumtion av andra droger	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Att göra köp på nätet av varor som inte är nödvändiga och känslor av att detta sker utom ens kontroll	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Användning av dataspel och/eller spel om pengar på nätet	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Att tillbringa en stor del av dagen med att använda sociala medier och/eller internet (inte för studier eller arbete)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Att ha problem med spel om pengar	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV UTVÄRDERING AV VÅRDINSATSER PÅ DISTANS

Ange det svarsalternativ som stämmer på hur du instämmer / inte instämmer i följande uttalanden:

Håller inte alls med	Håller inte med	Varken eller	Håller med	Håller helt med
0	1	2	3	4

	Håller inte alls med	Håller inte med	Varken eller	Håller med	Håller heltt med
1. Jag tror att den behandling på distans jag fick under karantänsperioden har varit bra	⓪	①	②	③	④
2. Övergången till distansbehandling var enkel för mig	⓪	①	②	③	④
3. Jag har känt mig bekväm med den nya behandlingen	⓪	①	②	③	④
4. Jag är motiverad att fortsätta med behandling på distans	⓪	①	②	③	④
5. Jag känner mig trygg med sekretessen i den nya behandlingen	⓪	①	②	③	④
6. Jag tycker att samspelet med behandlaren under distansbehandlingen har varit tillfredsställande	⓪	①	②	③	④
7. Samspelet med behandlaren var likartat jämfört med i behandlingsmöten face-to-face sessions	⓪	①	②	③	④
8. I allmänhet är jag nöjd med den distansbehandling jag fick	⓪	①	②	③	④
9. Jag är villig att fortsätta med distansbehandling så länge det är nödvändigt	⓪	①	②	③	④
10. Jag tycker att den nya behandlingen har varit effektiv under karantänperioden	⓪	①	②	③	④

11. Vad tycker du har varit de största utmaningarna för dig under behandling på distans?
12. Vad tycker du har varit de största styrkorna i distansbehandlingen under karantänperioden?
13. Vad tycker du har varit de största svagheterna med distansbehandlingen under karantänperioden?

Izolace během COVID a škála jídelního chování (CIES)

Efekt uzavření u pacientů s poruchami příjmu potravy/obezitou a posouzení distančních intervencí

Tato škála má za cíl zjistit dopad uzavření následkem pandemie COVID-19 na pacienty s poruchami příjmu potravy a/nebo obezity v terapii. Škála zjišťuje změny s symmtomech poruch příjmu potravy a ostatních oblastech zájmu během omezení pohybu. Zahrnuje také hodnocení distančních intervencí během omezení pohybu. Škála je určena pro osobní, telefonické a elektronické odpovědi..

Dnešní datum: ____ / ___ / _____	Datum narození: ____ / ___ / _____	Věk (roky): _____
Země pobytu:	Město pobytu:	
Pohlaví: ⓪ Žena ① Muž	Výška (m): _____	
Váha před uzavřením: _____ (Kg)	Současná váha _____ (Kg)	
Omezení pohybu v mé zemi bylo: ⓪ Dobrovolné ① Povinné		
Je-li to aplikovatelné, datum konce úplného uzavření v místě vašeho pobytu: ____ / ___ / 2020		

I Události během uzavření, omezení pohybu

1.	Je-li to aplikovatelné, kdy omezení pohybu pro COVID-19 pandemii začalo ve vašem případě?	___ / ____ / _____
2.	S kým jste žil během uzavření? (Uveďte všechny možnosti).....	☐ Byl jsem sám/a ☐ Manžel/ka / partner ☐ Děti ☐ Otec / matka ☐ Tchán / tchyně ☐ Jiní lidí (přátelé, ...) Uveďte s kolika lidmi celkem jste během uzavření žil: _____
3.	Byl jste během uzavření se svými příbuznými neho jinými lidmi? (Uveďte všechny možnosti)	☐ Neměl jsem nikoho ☐ Manžel/ka / partner ☐ Děti ☐ Otec / matka ☐ Tchán / tchyně ☐ Jiní lidí (přátelé, ...) Uveďte kolik lidí jste měl v péči během uzavření: _____
4.	Dostal jste COVID-19 v tomto období?	⓪ Ne ① Ano
	Měl v tomto období některý z členů rodiny nebo blízkých lidí infekci COVID-19?	⓪ Ne ① Ano *Když ano, uveďte kdo:* _____
5.	Měl jste v tomto období v péči někoho z rodiny nebo jinou osobu infikovanou COVID-19?	⓪ Ne ① Ano *Když ano, uveďte kdo:* _____
6.	Jestli jste zaměstnán, pokračoval jste v práci během uzavření?t?	⓪ Ne ① Ano ② Neaplikovatelné
	Jestli jste pracoval během uzavření, uveďte jak:	① Distančně ② Prezenčně ③ Obojí
7.	Ve vašem případě, znamenalo omezení pohybu úplnou nebo částečnou ztrátu ekonomických příjmů?	⓪ Ne ① Ano
8.	Bezprostředně před omezením pohybu byl/a jste léčena pro poruchu příjmu potravy a/nebo obesitu?.....	⓪ Ne ① Ambulance ② Denní stacionář ③ Hospitalizace
	Jestli jste by/a léčena,uveďte, jak dlouho do té doby (v měsících):	_____

II DOPAD UZAVŘENÍ NA JÍDELNÍ SYMPTOMY

1. Je-li to možné, uveďte svou současnou diagnózu poruchy příjmu potravy.
   ① Anorexia nervosa ② Bulimia nervosa ③ Psychogenní přejídání ④ Nespecifikovaná 5 Nelze aplikovat

2. Máte diagnózu nějaké další psychiatrické poruchy? (Uveďte všechny možnosti)

▯ Žádná	▯ Specifická fobie	▯ Závislost na návykových látkách
▯ Úzkostná porucha	▯ Sociální fobie	▯ Behaviorální závislost
▯ Deprese	▯ Somatoformní porucha	▯ Psychóza
▯ Bipolární afektivní porucha	▯ ADHD	▯ Impulsivita
▯ Obsedantně-kompulzivní p.	▯ Neurologická diagnóza	▯ Jiné _____

3. Máte diabetes mellitus? ⓪ Ne ① Ano

   Když ano, uveďte prosím, zda během uzavření

   a. Jste měl/a problémy dodržovat dietní opatření ..... ⓪ Ne ① Ano
   b. Jste měl/a problémy dostat svou pravidelně užívanou medikaci ..... ⓪ Ne ① Ano
   c. Stoupla vám hladina cukru v krvi při kontrole? ..... ⓪ Ne ① Ano
   d. Jestli berete perorální antidiabetika, museli jste zvýšit dávku medikace ? ⓪ Ne ① Ano
   e. Jestli si pícháte insulin, museli jste navýšit dávku nebo počet injekcí za den? ..... ⓪ Ne ① Ano

Zajímá nás také, do jaké miry jste zažívali níže uvedené chování - před a po uzavření. Prosím, pro každé chování zaškrtněte alternativu, která na této škále nejvíce odpovídá vaší zkušenosti:

	Před uzavřením					V současnosti				
	Nikdy	Velmi zřídka	Někdy	Téměř vždy	Vždy	Nikdy	Velmi zřídka	Někdy	Téměř vždy	AVždy
4. Obavy týkající se váhy, diet a body image	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Záměrná restrikce množství konzumovaného jídla	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Záměrná restrikce počtu jídel za den	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Opakovaná konzumace malého množství během celého dne mezi hlavními jídly.celý den	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Konzumace velkého množsví potravy v krátkém čase s pocitem ztráty kontroly (binge eating, záchvaty přejídání)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Vyvolávaní zvracení	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Užívání laxative	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Užívání diuretic	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Každodenní cvičení	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

13. Stálé jiné activity zaměřené na tělesný výdeji energie	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III REAKCE NA UZAVŘENÍ (OMEZENÍ POHYBU)

Zajímá nás, do jaké miry jste zažívali níže uvedené chování před a po uzavření. Zvolte na této škále tu frekvenci, která nejvíce odpovídá vaší zkušenosti.

Nikdy	Velmi zřídka	Někdy	Téměř vždy	Vždy
0	1	2	3	4

	Před uzavřením					V současnosti				
	Nikdy	Velmi zřídka	Někdy	Téměř vždy	Vždy	Nikdy	Velmi zřídka	Někdy	Téměř vždy	Vždy
1. Jedení stále celý den bez vědomí toho, co se děje	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. Neschopnost odolat stálému jedení mezi hlavními jídly přes veškerou snahu to nedělat	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Jedení při zažívání negativních emocí jako jsou: strach, úzkost, smutek, osamělost, zlost nebo nuda	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Rozrušení ze stále konzumace jídla během dne	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Záměrná konzumace dietní stravy	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Intenzivní potřeba konzumovat určitá jídla, po snížení nebo vyhýbání se jejich konzumaci	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Výrazná snaha k získání určitého jídla, které nebylo dostupné	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Pocity nervozity, podrážděnosti nebo smutku při vyhýbání se konzumaci určitých jídel nebo jejich omezení	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Potřeba jíst stále vice a více ve snaze dosáhnout žádoucí uspokojení z jídla.To zahrnuje, snížení negativních emocí (jako je smutek) nebo zvýšení pozitivních emocí (jako je radost).	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Selhání snahy snížit nebo vypustit konzumaci určitých jídel	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Rodinní příslušníci a/nebo partner drží diety nebo vykazují jiné chování cílené na ztrátu váhy	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Problémy s usínáním nebo nespavostí	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Pocity beznaděje nebo stresujících myšlenek ohledně současné situace a budoucnosti	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

14. Stálé episody pláče	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Před uzavřením					V současnosti				
	Nikdy	Velmi zřídka	Někdy	Téměř vždy	Vždy	Nikdy	Velmi zřídka	Někdy	Téměř vždy	Vždy
15. Pocity osamělosti	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Neklid nebo nervozita	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Neochota udržovat kontakty s rodinou nebo přáteli	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. Vtíravé myšlenky na smrt	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Ztráta sexuální touhy nebo sexuálního uspokojení	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Extrémní zaujetí zdravím a rizikem nakažení infekční chorobou a/nebo COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Úzkost a nervozita týkající se infekčních chorob a/neboCOVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Obavy ze ztráty zaměstnání a / nebo příjmu	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Pocit ztráty kontroly nad vlastními emocemi	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Problémy s chápáním vlastních pocitů	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Pocity zlosti nebo studu při negativních emocích	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Agresivní chování vůči sobě, věcem nebo jiným lidem	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Podráždění a /nebo stále diskutování	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Užívání tabáku	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Konzumace alkoholu	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Konzumace jiných psychoaktivních látek	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Online nákupy nepodstatných produktů s pocitem ztráty kontroly	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Hraní videoher nebo her a / nebo online gambling	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Trávení podstatných částí dne na sociálních médiích a / nebo internetu (ne pro akademické nebo pracovní účely)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Problémy s gamblingem	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV HODNOCENÍ DISTANČNÍCH INTERVENCÍ

Prosím, zatrhněte v následující škále políčko, které nejvíce odpovídá vašemu souhlasu/nesouhlasu s uvedenými větami:

Zcela nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani souhlas ani nesouhlas	Souhlasím	Zcela souhlasím
0	1	2	3	4

	Zcela nesouhlasím	Nesouhlasím	Neutrální	Souhlasím	Zcela souhlasím
1. Věřím, že distanční terapie během uzavření byla adekvátní	⓪	①	②	③	④
2. Přechod na distanční terapii byl pro mne snadný	⓪	①	②	③	④
3. Cítil/a jsem se dobře při nové intervenci	⓪	①	②	③	④
4. Jsem motivovaný/á pokračovat v terapii na dálku	⓪	①	②	③	④
5. Cítím důvěru v zachování důvěrnosti při nové intervenci	⓪	①	②	③	④
6. Považuji interakci s psychologem při distanční intervenci za uspokojující	⓪	①	②	③	④
7. Interakce s psychologem byla podobná osobnímu kontaktu při terapii.	⓪	①	②	③	④
8. Jsem celkem spokojený s distanční intervemcí, kterou jsem dostal.	⓪	①	②	③	④
9. Jsem ochoten pokračovat dál v distanční terapii tak dlouho, jak to bude třeba.	⓪	①	②	③	④
10.Myslím, že nová terapie byla během uzavření účinná,	⓪	①	②	③	④

11. Co považujete za hlavní výzvy, s kterými jste se setkal/a během uzavření?

12. Co považujete za největší přínos distanční intervence během uzavření?

13. Co považujete za největší nedostatek distatční intervence během uzavření?

Mitybos įpročių COVID izoliacijos laikotarpiu skalė (ang. COVID Isolation Eating Scale – CIES)

IZOLIACIJOS ĮTAKA VALGYMO SUTRIKIMŲ TURINTIEMS AR NUTUKUSIEMS PACIENTAMS IR NUOTOLINIŲ INTERVENCIJŲ ĮVERTINIMAS

Naudojant šią skalę tikimasi nustatyti, kokį poveikį (savi)izoliacija dėl COVID-19 pandemijos darė valgymo sutrikimų turintiems ir/ar nutukusiems pacientams. Pagal šią skalę yra vertinami valgymo simptomų pakitimai bei kitos dominančios sritys, susijusios su izoliacija. Taip pat įtrauktas ir nuotolinių intervencijų izoliacijos laikotariu įvertinimas. Klausimynas pritaikytas tiek apklausti gyvai, tiek telefonu/internetu.

Data: ____ / ___ / _____	Gimimo data: ____ / ___ / _____	Amžius (metais): _____
Gyvenamoji šalis:	Miestas:	
Lytis: ⓪ Moteris ① Vyras	Ūgis (m): _____	
Svoris prieš izoliaciją: _____ (Kg)	Dabartinis svoris: _____ (Kg)	
Saviizoliacija mano šalyje: ⓪ Savanoriška ① Privaloma		
Karantino pabaigos Jūsų gyvenamojoje šalyje data: ____ / ___ / 2020		

I IZOLIACIJOS APLINKYBĖS

1.	Kada prasidėjo Jūsų izoliacija dėl COVID-19 pandemijos? (jei buvo)	___ / ____ / _____
2.	Su kuo gyvenote izoliacijos laikotarpiu? (Pažymėti visus tinkamus variantus).....	▯ Buvau vienas(-a) ▯ Sutuoktinis(-ė) / partneris (-ė) ▯ Vaikai ▯ Tėtis / mama ▯ Sutuoktinio tėvai ▯ Kiti žmonės (draugai, …)
	Nurodykite žmonių skaičių, su kuriais Jūs gyvenote izoliacijos laikotarpiu:	_____
3.	Ar izoliacijos laikotarpiu turėjote rūpintis giminaičiu ar kitu artimuoju? (Pažymėti visus tinkamus variantus)	▯ Neturėjau nieko prižiūrėti ▯ Sutuoktinis(-ė) / partneris (-ė) ▯ Vaikai ▯ Tėvas / motina ▯ Sutuoktinio tėvai ▯ Kiti žmonės (draugai, …)
	Nurodykite žmonių skaičių, kuriais turėjote rūpintis izoliacijos laikotarpiu:	_____
4.	Ar šiuo laikotarpiu užsikrėtėte COVID-19?.....	⓪ Ne ① Taip
	Ar šiuo laikotarpiu Jūsų šeimos narys, kiti artimi žmonės užsikrėtė COVID-19?	⓪ Ne ① Taip *Jei taip, nurodykite kas:* _____
5.	Ar šiuo laikotarpiu rūpinotės šeimos nariu ar kitu žmogumi, užsikrėtusiu COVID-19?.....	⓪ Ne ① Taip *Jei taip, nurodykite kuo:* _____
6.	Jei buvote įdarbintas(-a), ar dirbote izoliacijos laikotarpiu?.....	⓪ Ne ① Taip ② Man nepritaikoma
	Jeigu dirbote izoliacijos laikotarpiu, nurodykite kaip:	① Nuotoliniu būdu ② Gyvai ③ Ir nuotoliniu būdu, ir gyvai
7.	Ar Jūsų atveju izoliacija turėjo įtakos daliniam ar visiškai pajamų netekimui?	⓪ Ne ① Taip
8.	Ar prieš izoliaciją Jums buvo paskirtas valgymo sutrikimo ar nutukimo gydymas?.....	⓪ Ne ① Ambulatoriškai ② Dienos stacionare ③ Stacionare
	Jeigu šiuo metu esate gydomas(-a), nurodykite kurį mėnesį pradėtas gydymas:	_____

II IZOLIACIJOS ĮTAKA VALGYMO SIMPTOMAMS

1. Jeigu Jums dabar yra nustatytas valgymo sutrikimas, nurodykite koks?
   ① Nervinė anoreksija ② Nervinė bulimija ③ Persivalgymo sutrikimas ④ Nepatikslinta ⑤ Nepritaikoma

2. Ar Jūms buvo nustatyti kiti psichikos sutrikimai? (Pažymėti visus tinkamus variantus)
   - ☐ Nenustatyti kiti sutrikimai
   - ☐ Nerimo sutrikimas
   - ☐ Depresija
   - ☐ Bipolinis afektinis sutikimas
   - ☐ Obsesinis-kompulsinis sutrikimas
   - ☐ Specifinė (izoliuota) fobija
   - ☐ Socialinė fobija
   - ☐ Somatoforminis sutrikimas
   - ☐ Dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo sindromas
   - ☐ Neurologiniai
   - ☐ Piktnaudžiavimas psichotropinėmis medžiagomis arba priklausomybė
   - ☐ Behavioral addiction
   - ☐ Psichozė
   - ☐ Impulse control
   - ☐ Kiti _____

3. Ar sergate cukriniu diabetu? ⓪ Ne ① Taip

   Jeigu taip, nurodykite, ar izoliacijos laikotarpiu:

   a. Jums buvo sunku laikytis tinkamos mitybos..... ⓪ Ne ① Taip
   b. Jums buvo sunku gauti įprastai vartojamų vaistų..... ⓪ Ne ① Taip
   c. Jeigu matuojate kapiliarinę glikemiją, ar izoliacijos laikotarpiu glikemija padidėjo? ..... ⓪ Ne ① Taip
   d. Jeigu vartojate peroralinius hipoglikemizuojančius preparatus, ar teko padidinti dozę? ..... ⓪ Ne ① Taip
   e. Jeigu leidžiatės insuliną, ar teko padidinti jo dozę / injekcijų kiekį per dieną?..... ⓪ Ne ① Taip

Mus domina, kokiu lygiu Jūs patyrėte pateiktus elgesio pakitimus prieš ir po izoliacijos. Kiekvienam elgesio pakitimui pažymėkite vieną labiausiai Jums tinkantį atsakymą (vieną prieš, vieną po izoliacijos):

	Prieš izoliaciją					Dabar				
	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Visada	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Visada
4. Susirūpinęs (-usi) svoriu, dieta ir kūno įvaizdžiu	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Sąmoningas valgomo maisto ribojimas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Sąmoningas valgymų per dieną skaičiaus ribojimas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Dažnas užkandžiavimas mažais kiekiais tarp pagrindinių dienos valgymų	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Valgymas dideliais kiekiais per trumpą laikotarpį, jaučiantis netekus kontrolės (persivalgymas)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Sukeltas vėmimas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Laisvinamųjų vartojimas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Diuretikų vartojimas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Fizinių pratimų atlikimas kasdien	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Nuolat atliekama kita veikla, reikalaujanti fizinės energijos	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III REAKCIJA Į IZOLIACIJĄ

Mus domina, kokiu lygiu Jūs patyrėte pateiktus elgesio pakitimus prieš ir po izoliacijos. Naudodamiesi pateikta skale, kiekvienam elgesio pakitimui pažymėkite vieną labiausiai jums tinkantį variantą (vieną prieš, vieną po izoliacijos).

Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Visada
0	1	2	3	4

	Prieš izoliaciją					Dabar				
	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Visada	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Visada
1. Nuolatinis valgymas visa dieną, neįsisąmoninant kas vyksta	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. Nepaisant dedamų pastangų, negalėjimas atsispirti nuolatiniam užkandžiavimui tarp valgymų	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Valgymas išgyvenant negatyvias emocijas, kaip baimė, nerimas, liūdesys, vienišumas, pyktis ar valgymas nuobodžiaujant	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Išgyvenimas dėl nuolatinio valgymo visą dieną	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Sąmoningas mažai kalorijų turinčio, liekninančio maisto valgymas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Stiprus noras valgyti tam tikrą maistą, kurio kiekiai buvo prieš tai sumažinti ar visai atsisakyta	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7.Dedamos papildomos pastangos gauti tam tikro maisto, kuris buvo neprieinamas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Irzlumas, nervingumas ar liūdesys mažinant tam tikro maisto kiekius ar visai jo atsisakant	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Reikia valgyti vis daugiau ir daugiau, kad būtų pasiektas norimas jausmas. Pvz., negatyvių emocijų mažinimas (liūdesio) ar pozityvių didinimas (pasitenkinimo, malonumo)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Nepavyksta sumažinti tam tikro maisto produkto suvartojimo kiekio arba pilnai jo atsisakyti	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Šeimos narys ir/ar partneris (-ė) laikosi dietos ar kitaip elgiasi siekdamas (-a) numesti svorio	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Sunkumai užmigti ar nemiga	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Beviltiškos ar varginančios mintys apie dabartį ar ateitį	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Nuolatinio ašarojimo epizodai	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Prieš izoliaciją					Dabar				
	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Visada	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Visada
15. Vienišumo jausmas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Sudirgimas ar nervingumas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Sumažėjęs noras palaikyti ryšį su šeima ar draugais	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. Įkyrios su mirtimi susijusios mintys	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Sumažėjęs lytinis potraukis ar pasitenkinimas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Nepaprastas susirūpinimas sveikata bei rizika susirgti užkrečiamomis ligomis ir/ar COVID-19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Nerimas ir nervingumas susijęs su užkrečiamomis ligomis ir/ar COVID-19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Susirūpinimas dėl darbo vietos ir/ar pajamų netekimo	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Jausmas, kad nesuvaldote emocijų	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Sunkumai suprantant jausmus	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Pykčio ar gėdos jausmas išgyvenant negatyvias emocijas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Agresyvus elgesys prieš daiktus, save ar kitus žmones	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Dirglumas ir/ar nuolatiniai svarstymai	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Tabako vartojimas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Alkoholio vartojimas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Produktų, kurie nėra būtini, pirkimas internetu ir prarastos kontrolės jausmas	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Užsiėmimas kompiuteriniais žaidimais ir/ar lošimais internetu	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Didelė dalis dienos praleidžiama naudojantis socialiniais tinklais ir/ar internetu (ne mokslo ar darbo tikslais)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Problemos, susijusios su lošimu	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV NUOTOLINIŲ INTERVENCIJŲ VERTINIMAS

Prašome prie žemiau pateiktų teiginių naudojantis pateikta skale pažymėti labiausiai Jums tinkantį atsakymą:

Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
0	1	2	3	4

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Neutraliai	Sutinku	Visiškai sutinku
1. Tikiu, kad nuotolinė terapija izoliacijos laikotarpiu buvo pakankama	⓪	①	②	③	④
2. Man buvo lengva pereiti prie nuotolinės terapijos	⓪	①	②	③	④
3. Dėl naujos intervencijos jaučiausi patogiai	⓪	①	②	③	④
4. Esu motyvuotas (-a) tęsti terapiją naudojant ryšio priemones	⓪	①	②	③	④
5. Jaučiuosi užtikrintai savo konfidencialumu įvedus naująją intervenciją	⓪	①	②	③	④
6. Mane tenkina nuotolinis bendravimas su psichologu	⓪	①	②	③	④
7. Nuotolinis bendravimas su psichologu buvo panašus į bendravimą gyvai	⓪	①	②	③	④
8. Esu patenkintas (-a) nuotolinių intervencijų kokybe	⓪	①	②	③	④
9. Esu pasiruošęs (-usi) tęsti terapiją nuotoliniu būdu tiek, kiek bus būtina	⓪	①	②	③	④
10. Manau, kad naujasis gydymas izoliacijos laikotarpiu buvo efektyvus	⓪	①	②	③	④

11. Su kokiais pagrindiniais sunkumais susidūrėte nuotolinės terapijos metu izoliacijos laikotarpiu?

12. Kokias pagrindines stiprybes įžvelgiate nuotolinėje terapijoje izoliacijoje laikotarpiu?

13. Kokias pagrindines silpnybes įžvelgiate nuotolinėje terapijoje izoliacijoje laikotarpiu?

KU LEUVEN

Bellvitge Hospital Universitari
Institut Català de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

COVID Isolatie Eetgedrag Schaal - CIES

EFFECTEN VAN ISOLATIE/QUARANTAINE/LOCKDOWN OP PATIËNTEN MET EEN EETSTOORNIS/ OBESITAS EN DE EVALUATIE VAN DE BEHANDELING VANOP AFSTAND

De huidige schaal is bedoeld om te onderzoeken welke effecten de quarantaine ten gevolge van de COVID-19 pandemie heeft gehad op patiënten met een eetstoornis en/of obesitas die in behandeling zijn. De schaal onderzoekt veranderingen in eet-gerelateerde symptomen en in andere domeinen die gerelateerd zijn aan de quarantaine. De schaal omvat ook een evaluatie van de behandeling die vanop afstand werd aangeboden tijdens de quarantaine. De schaal kan zowel persoonlijk als via telefoon/online worden beantwoord.

Datum van vandaag: ___/___/_____	Geboortedatum: ___/___/_____	Leeftijd (jaren): _____
Land van verblijf: _____	Stad van verblijf: _____	
Geslacht: ⓪ Vrouw ① Man ② Andere: _____	Lengte (m): _____	
Gewicht voor quarantaine*: _____ (Kg)	Huidige gewicht: _____ (Kg)	
Quarantaine* in mijn land was: ⓪ Vrijwillig ① Verplicht		
Indien van toepassing, datum waarop de quarantaine* in jouw land van verblijf eindigde: ___/___/ 2020		

*België: partiële quarantaine/lockdown

KU LEUVEN

Bellvitge Hospital Universitari
Institut Català de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

I. Omstandigheden gedurende de quarantaine*

1.	Indien van toepassing, wanneer begon de quarantaine voor de COVID-19 pandemie in jouw geval? ___/___/ ____	
2.	Met wie leefde je samen tijdens de quarantaine? (Duid alle opties aan die van toepassing zijn) …… Geef aan met hoeveel mensen je samenleefde tijdens de quarantaine:	□ Ik was alleen □ Echtgenoot/partner □ Kinderen □ Vader/Moeder □ Schoonvader/Schoonmoeder □ Andere mensen (vrienden, …) _____
3.	Heb je tijdens de quarantaine zorg moeten dragen voor familieleden of andere mensen? (Duid alle opties aan die van toepassing zijn) …… Geef aan voor hoeveel mensen je zorg hebt moeten dragen tijdens de quarantaine?	□ Ik heb voor niemand zorg moeten dragen □ Echtgenoot/partner □ Kinderen □ Vader/Moeder □ Schoonvader/Schoonmoeder □ Andere mensen (vrienden, …) _____
4.	Heb je in deze periode COVID-19 gehad? Heeft een familielid of een persoon dicht bij jou COVID-19 gehad tijdens deze periode?	⓪ Neen ① Ja ⓪ Neen ① Ja
		Indien ja, geef aan wie: _____
5.	Heb je voor een familielid of een persoon die besmet was met COVID-19 moeten zorgen tijdens deze periode?	⓪ Neen ① Ja
		Indien ja, geef aan wie: _____
6.	Indien je tewerkgesteld was, ben je blijven werken tijdens de quarantaine? Als je tijdens de quarantaine gewerkt hebt, duid aan hoe:	⓪ Neen ① Ja ② NVT ① Vanop afstand ② Op de werkplek ③ Beide
7.	Heeft de quarantaine in jouw geval geleid tot een gedeeltelijk of volledig verlies van loon/inkomen?	⓪ Neen ① Ja
8.	Was je net voor de quarantaine in behandeling voor een eetstoornis en/of obesitas? Als je in behandeling was, geef aan sinds wanneer (in maanden):	⓪ Neen ① Ambulante behandeling ② Dag-hospitaal ③ Residentiële behandeling _____

*België: partiële quarantaine/lockdown

II. Effecten van de quarantaine* op eet-gerelateerde symptomen

1. Indien van toepassing, geef aan welke eetstoornisdiagnose je momenteel hebt:
   ① Anorexia nervosa ② Bulimia nervosa ③ Eetbuistoornis ④ Niet gespecificeerd 5. Niet van toepassing

2. Ben je ooit gediagnosticeerd met een andere psychiatrische stoornis? (Duid alle opties aan die van toepassing zijn)
   - □ Geen
   - □ Specifieke fobie
   - □ Middelenmisbruik-afhankelijkheid
   - □ Angst
   - □ Sociale fobie
   - □ Gedragsverslaving (bv. gamen, …)
   - □ Depressie
   - □ Somatoforme stoornis
   - □ Psychose
   - □ Bipolaire stoornis
   - □ ADHD
   - □ Impulscontrole stoornis
   - □ Obsessieve-compulsieve stoornis
   - □ Neurologische problemen
   - □ Andere(n): _____

3. Heb je diabetes mellitus? ⓪ Neen ① Ja
   Zo ja, geef aan of tijdens de quarantaine
   a. je het moeilijk had om jouw dieet instructies te volgen ⓪ Neen ① Ja
   b. je het moeilijk had om jouw medicatie te verkrijgen ⓪ Neen ① Ja
   c. jouw bloed glucosewaarden stegen (indien gemeten)? ⓪ Neen ① Ja
   d. jouw orale medicatie (om bloed glucosewaarden te verlagen), moest worden verhoogd? ⓪ Neen ① Ja
   e. jouw dosis insuline of het aantal insuline injecties per dag moest worden verhoogd (indien je insuline gebruikt)? ⓪ Neen ① Ja

We zijn geïnteresseerd om te verkennen in welke mate jij de volgende gedragingen voor en na de quarantaine gesteld hebt. Duid voor elk gedrag aan welk antwoordalternatief het best overeenstemt met jouw ervaring (voor/na de quarantaine) op de volgende schaal:

		Voor quarantaine*					Na quarantaine* Momenteel				
		Nooit	Bijna nooit	Soms	Bijna altijd	Altijd	Nooit	Bijna nooit	Soms	Bijna altijd	Altijd
4.	Zorgen maken over gewicht, dieet en lichaamsbeeld	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5.	Opzettelijk verminderen van de hoeveelheid voedsel dat je eet	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6.	Opzettelijk verminderen van het aantal maaltijden per dag	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7.	Doorheen de dag herhaaldelijk kleine hoeveelheden eten tussen de maaltijden door	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8.	Een grote hoeveelheid voedsel eten in een kort tijdsbestek gepaard gaande met een gevoel van controleverlies (eetbui)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9.	Zelf-uitgelokt braken	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10.	Gebruik van laxeermiddelen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11.	Gebruik van diuretica (plaspillen)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12.	Dagelijks fysieke oefeningen verrichten	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13.	Het constant uitvoeren van andere activiteiten waarbij fysieke inspanning wordt geleverd	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

*België: partiële quarantaine/lockdown

KU LEUVEN

Bellvitge Hospital Universitari
Institut Català de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

III. Reacties op de quarantaine*

We zijn geïnteresseerd om na te gaan in welke mate jij de gedragingen, die hieronder worden opgesomd, voor en na de quarantaine hebt gesteld. Duid voor elk gedrag aan welk antwoordalternatief het best overeenstemt met jouw ervaring (voor/na de quarantaine) op de volgende schaal:

Nooit	Bijna nooit	Soms	Bijna Altijd	Altijd
0	1	2	3	4

		Voor quarantaine*					Na quarantaine* Momenteel				
		Nooit	Bijna nooit	Soms	Bijna altijd	Altijd	Nooit	Bijna nooit	Soms	Bijna altijd	Altijd
1.	Constant eten doorheen dag zonder je bewust te zijn van hoeveel je eet	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2.	Niet kunnen weerstaan om continu te eten tussen maaltijden door, ondanks pogingen om dit niet te doen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3.	Eten wanneer je negatieve gevoelens ervaart zoals: vrees, angst, verdriet, eenzaamheid, kwaadheid of verveling.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4.	Van streek zijn omdat je constant eet doorheen de dag	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5.	Opzettelijk laagcalorische voedingswaren eten die leiden tot gewichtsverlies	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6.	Een intense drang voelen om voedingswaren te eten, die je had verminderd of opgegeven	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7.	Een extra inspanning leveren om voedingswaren te bekomen op het moment dat ze niet beschikbaar waren	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8.	Je geïrriteerd, zenuwachtig of verdrietig voelen wanneer je bepaalde voedingswaren vermindert of opgeeft	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9.	Meer en meer moeten eten om het gevoel dat je wil bereiken met eten te bekomen, zoals bijvoorbeeld het verminderen van negatieve emoties (zoals verdriet) of het vermeerderen van positieve emoties (zoals plezier).	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10.	Er niet in slagen om bepaalde voedingswaren te verminderen of op te geven	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11.	Familieleden en/of partner zien die diëten of ander gedrag stellen om gewicht te verliezen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12.	Moeilijkheden ervaren om in slaap te vallen, of slapeloosheid	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13.	Hopeloze of verontrustende gedachten over de huidige en toekomstige situatie	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14.	Constant huilbuien hebben	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

*België: partiële quarantaine/lockdown

KU LEUVEN

Bellvitge Hospital Universitari
Institut Català de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

		Voor quarantaine*					Na quarantaine* Momenteel				
		Nooit	Bijna nooit	Soms	Bijna altijd	Altijd	Nooit	Bijna nooit	Soms	Bijna altijd	Altijd
15.	Gevoelens van eenzaamheid ervaren	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16.	Geagiteerd en zenuwachtig voelen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17.	Gebrek aan bereidheid om contact met familie of vrienden te onderhouden	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18.	Intrusieve (opdringende) gedachten gerelateerd aan de dood	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19.	Verlies van seksueel verlangen of plezier	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20.	Extreme bezorgdheid over gezondheid en het risico van besmet te worden met een infectieziekte of COVID-19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21.	Angst en zenuwachtigheid gerelateerd aan een infectieziekte of COVID-19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22.	Je zorgen maken over het verlies van werk en/of inkomen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23.	Niet-controleerbare emoties ervaren	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24.	Moeilijkheden ervaren met het begrijpen van gevoelens	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25.	Gevoelens van kwaadheid of schaamte wanneer je negatieve emoties ervaart	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26.	Agressief gedrag ten aanzien van jezelf, objecten of andere mensen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27.	Geïrriteerd zijn en/of constant discussiëren	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28.	Tabak gebruiken (roken)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29.	Alcohol gebruiken	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30.	Gebruik van andere psychoactieve stoffen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31.	Het *online* kopen van producten die niet essentieel zijn, en het gevoel hebben dat dit gedrag niet controleerbaar is.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32.	Videospelletjes of andere spelletjes spelen en/of online gokken	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33.	Een groot gedeelte van de dag sociale media en/of het internet gebruiken (niet voor academische of werk-gerelateerde doeleinden)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34.	Een probleem hebben met gokken	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

*België: partiële quarantaine/lockdown

IV. Evaluatie van de behandeling vanop afstand (via PC, Tablet, Telefoon)

Duid aan in welke mate je het eens/oneens bent met de volgende stellingen door gebruik te maken van deze antwoordschaal:

Helemaal mee oneens	Oneens	Noch eens, noch oneens	Eens	Helemaal mee eens
0	1	2	3	4

		Helemaal oneens	Oneens	Noch eens, noch oneens	Eens	Helemaal eens
1.	Ik geloof dat de behandeling vanop afstand die ik ontving gedurende de quarantaine goed was	⓪	①	②	③	④
2.	De overgang naar behandeling vanop afstand was gemakkelijk voor mij	⓪	①	②	③	④
3.	Ik voelde me comfortabel met de nieuwe behandeling vanop afstand	⓪	①	②	③	④
4.	Ik ben gemotiveerd om behandeling vanop afstand (met sociale media) te blijven volgen	⓪	①	②	③	④
5.	Ik voel me veilig in de nieuwe behandeling vanop afstand met betrekking tot vertrouwelijkheid van informatieverwerking	⓪	①	②	③	④
6.	Ik beschouw de interactie met de psycholoog tijdens de behandeling vanop afstand bevredigend	⓪	①	②	③	④
7.	De interactie met de psycholoog (tijdens de behandeling vanop afstand) was gelijkaardig aan de interactie tijdens *face-to-face* sessies	⓪	①	②	③	④
8.	In het algemeen ben ik tevreden met de behandeling vanop afstand die ik ontvangen heb.	⓪	①	②	③	④
9.	Ik ben bereid om behandeling vanop afstand te blijven ontvangen zolang als dat nodig is.	⓪	①	②	③	④
10.	Ik denk dat de nieuwe behandeling vanop afstand werkzaam geweest is tijdens de quarantaine	⓪	①	②	③	④
11.	Wat zijn volgens jou de grootste uitdagingen van behandeling vanop afstand tijdens de quarantaine*? _____					
12.	Wat zijn volgens jou de grootste sterktes van behandeling vanop afstand tijdens de quarantaine*? _____					
13.	Wat zijn volgens jou de grootste beperkingen van behandeling vanop afstand tijdens de quarantaine*? _____					

*België: partiële quarantaine/lockdown

Nederlandse vertaling: Laurence Claes & Koen Luyckx

Laurence.Claes@kuleuven.be

Koen.Luyckx@kuleuven.be

Шкала Пищевого Поведения во Время COVID Самоизоляции - CIES

ВЛИЯНИЕ САМОИЗОЛЯЦИИ НА ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ / ОЖИРЕНИЕМ И ОЦЕНКА ДИСТАНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Настоящая шкала направлена на изучение того, какие эффекты оказали ограничения, вызванные пандемией COVID-19, на пациентов с расстройствами пищевого поведения и/или ожирением, получающих лечение. Шкала выявляет изменения в симптомах приема пищи и связанных областях, вызванных самоизоляцией. Сюда также входит оценка полученного во время самоизоляции дистанционного лечения. Шкала предназначена для ответа как лично, так и по телефону / онлайн.

Текущая дата: ____ / ___ / _____	Дата рождения: ____ / ___ / _____	Возраст (лет): _____
Страна проживания:	Город проживания:	
Пол: ⓪ Женский ① Мужской	Рост (метры): _____	
Вес до самоизоляции: _____ (Кг)	Текущий вес _____ (Кг)	
Самоизоляция в моей стране была: ⓪ Добровольная ① Обязательная		
Если применимо, дата окончания полной самоизоляции по месту вашего жительства: ____ / ___ / 2020		

I ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ВО ВРЕМЯ САМОИЗОЛЯЦИИ

1.	Когда для Вас началась самоизоляция во время пандемии COVID-19? (если применимо)	___ / ____ / _____
2.	С кем Вы жили во время самоизоляции? (Отметьте все возможные варианты)	☐ Я был один ☐ С супругом(ой) / партнером(шей) ☐ С детьми ☐ С отцом / матерью ☐ С тестем / тещей ☐ С другими людьми (друзьями, ...) Укажите, со сколькими людьми вы жили во время самоизоляции: _____
3.	Были ли на Вашем попечении родственники или другие люди во время самоизоляции? (Отметьте все возможные варианты)	☐ У меня не было никого ☐ Супруг(а) / постоянный партнер ☐ Дети ☐ Отец / мать ☐ Тесть / теща ☐ Другие люди (друзья, ...) Укажите, сколько людей у Вас было на попечении во время самоизоляции: _____
4.	Был ли у Вас контакт с COVID-19 в этот период?.....	⓪ Нет ① Да
	Имел ли член семьи или близкий Вам человек контакт COVID-19 в течение этого периода?	⓪ Нет ① Да *Если да, укажите кто:* _____
5.	Заботились ли Вы о члене семьи или человеке, инфицированном COVID-19 в этот период?	⓪ Нет ① Да *Если да, укажите о ком:* _____
6.	Если Вы трудоустроены, продолжали ли Вы работать во время самоизоляции?.....	⓪ Нет ① Да ② Не применимо
	Если Вы работали во время самоизоляции, укажите как:	①Удаленно ② Очно ③ Оба варианта
7.	В Вашем случае, привела ли самоизоляция к частичной или полной потере финансового дохода?	⓪ Нет ① да
8.	Получали ли Вы лечение от расстройства пищевого поведения и/или ожирения непосредственно перед самоизоляцией?	⓪ Нет ① Амбулаторное ② Дневное стационарное ③ Стационарное

Если Вы получаете лечение, укажите, с какого времени (в месяцах): _____

II ВЛИЯНИЕ САМОИЗОЛЯЦИИ НА СИМПТОМЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

1. Если применимо, укажите, каков Ваш текущий диагноз расстройства пищевого поведения:
   ① Нервная анорексия ② Нервная булимия ③ Компульсивное переедание ④ Не диагностировано 5 Не применимо

2. Были ли у Вас диагностированы какие-либо другие психические расстройства? (Укажите все возможные варианты) .....

   ☐ Нет
   ☐ Тревожность
   ☐ Депрессия
   ☐ Биполярное аффективное растройство
   ☐ Обсессивно-компульсивное расстройство
   ☐ Специфическая фобия
   ☐ Социальная фобия
   ☐ Соматоформное расстройство
   ☐ СДВГ
   ☐ Неврологическое расстройство
   ☐ Зависимость от употребления психоактивных веществ
   ☐ Поведенческая зависимость
   ☐ Психоз
   ☐ Расстройства привычек и влечений
   ☐ Другое / ие _____

3. У Вас есть сахарный диабет? ⓪ Нет ① Да

   Если да, укажите, во время самоизоляции:

   а. Было ли Вам трудно следовать инструкциям по диете?..... ⓪ Нет ① Да

   б. Было ли Вам трудно получить Ваши обычные лекарства? ..... ⓪ Нет ① Да

   в. Повышался ли у Вас уровень глюкозы в капиллярной крови (если контролировали)? ⓪ Нет ① Да

   г. Увеличивали ли Вы дозу пероральных гипогликемических препаратов (если принимали)? ..... ⓪ Нет ① Да

   д. Увеличивали ли Вы дозу инсулина или количество инъекций в день (если вводили)? ⓪ Нет ① Да

Мы заинтересованы в изучении степени, в которой каждый из Вас испытывал следующие виды поведения до и после самоизоляции. Для каждого поведения отметьте ячейку, которая наилучшим образом соответствует Вашему опыту:

	До самоизоляции					В настоящее время				
Вы:	Никогда	Очень редко	Иногда	Почти всегда	Всегда	Никогда	Очень редко	Иногда	Почти всегда	Всегда
4. Заботитесь о весе, диете и форме тела	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Сознательно ограничиваете количество съеденной пищи	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Сознательно ограничиваете количество приемов пищи в день	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Перекусываете между основными приемами пищи в течение дня	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Употребляете большое количество пищи за короткий промежуток времени с чувством потери контроля (переедаете)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Вызываете рвоту	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Применяете слабительные средства	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Используете мочегонные средства	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

12. Ежедневно выполняете физические упражнения	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Постоянно выполняете другие виды деятельности, связанные с расходом физической энергии	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III РЕАКЦИЯ НА САМОИЗОЛЯЦИЮ

Мы заинтересованы в том, чтобы выяснить, в какой степени Вы испытывали поведение, упомянутое ниже, до и после самоизоляции. Отметьте ячейку, которая лучше всего соответствует Вашему опыту, используя следующую шкалу.

Никогда	Очень редко	Иногда	Почти всегда	Всегда
0	1	2	3	4

	До самоизоляции					В настоящее время				
Вы:	Никогда	Очень редко	Иногда	Почти всегда	Всегда	Никогда	Очень редко	Иногда	Почти всегда	Всегда
1. Едите постоянно в течение дня, не понимая, что происходит	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. Не можете сопротивляться перекусам между основными приемами пищи, несмотря на то, что стараетесь	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Едите, когда испытываете негативные эмоции, такие как: страх, беспокойство, грусть, одиночество, гнев или скуку	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Расстраиваетесь из-за того, что постоянно едите в течение дня	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Намеренно едите продукты для похудения	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Испытаете сильное желание съесть определенные продукты, после того как уменьшаете потребление или отказываетесь от них	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Прилагаете дополнительные усилия, чтобы получить определенные продукты, когда они недоступны	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Чувствуете раздражение, нервозность или грусть, когда сокращаете потребление или отказываетесь от определенных продуктов	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Вам нужно есть все больше и больше, чтобы достичь с помощью еды желаемых ощущений. Это включает в себя уменьшение негативных эмоций (таких как печаль) или усиление положительных эмоций (таких как удовольствие)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Неспособны сократить или отказаться от употребления определенных продуктов	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Члены Вашей семьи и / или партнеры соблюдают диету или выполняют другие действия, направленные на снижение веса	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Испытываете трудности с засыпанием или бессонницу	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Испытываете безнадежные или тревожные мысли о текущей	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

и будущей ситуации										
14. Испытываете постоянные приступы плача	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	До самоизоляции					В настоящее время				
Вы испытываете:	Никогда	Очень редко	Иногда	Почти всегда	Всегда	Никогда	Очень редко	Иногда	Почти всегда	Всегда
15. Чувство одиночества	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Возбуждение или нервозность	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Отсутствие желания поддерживать контакты с семьей или друзьями	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. Навязчивые мысли, связанные со смертью	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Потерю желания или сексуального удовольствия	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Крайнюю озабоченность состоянием здоровья и риском заражения инфекционными заболеваниями и / или COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Тревогу и нервозность, связанные с инфекционными заболеваниями и / или COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Озабоченность в связи с потерей работы и / или дохода	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Чувство неконтролируемых эмоций	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Трудность в понимании чувств	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Чувство гнева или стыда при наличии отрицательных эмоций	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Агрессивное поведение по отношению к себе, объектам или другим людям	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Раздражительность и / или желание спорить	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Используете табак	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Употребляете алкоголь	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Употребляете другие психоактивные вещества	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Совершаете онлайн покупки товаров, которые не являются необходимыми, и чувствуете, что это выходит из-под контроля	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Используете видеоигры или игры и / или азартные игр в Интернете	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

33. Проводите большую часть дня, используя социальные сети и / или Интернет (не с целью учебы или работы)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Имеете проблемы с азартными играми	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV ОЦЕНКА ДИСТАНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Пожалуйста, отметьте соответствующую ячейку, учитывая вашу степень согласия / несогласия со следующими утверждениями, используя эту шкалу:

Совершенно не согласен	Не согласен	Ни согласен, ни не согласен	Согласен	Совершенно согласен
0	1	2	3	4

	Совершенно не согласен	Не согласен	Нейтрально	Согласен	Совершенно согласен
1. Я считаю, что дистанционная терапия, полученная во время самоизоляции, была адекватной	⓪	①	②	③	④
2. Переход к дистанционной терапии был для меня легким	⓪	①	②	③	④
3. Я чувствовал(а) себя комфортно с новым типом терапии	⓪	①	②	③	④
4. Я мотивирован(а) продолжать дистанционную терапию	⓪	①	②	③	④
5. Я уверен(а) в конфиденциальности нового типа терапии	⓪	①	②	③	④
6. Я считаю взаимодействие с психологом во время дистанционной терапии удовлетворительным	⓪	①	②	③	④
7. Взаимодействие с психологом было таким же, как и на очных занятиях	⓪	①	②	③	④
8. В общем, я доволен(льна) полученной дистанционной терапией	⓪	①	②	③	④
9. Я готов(а) продолжать получать дистанционную терапию так долго, как это необходимо	⓪	①	②	③	④
10. Я думаю, что новое лечение было эффективным во время самоизоляции	⓪	①	②	③	④

11. Каковы, по Вашему мнению, основные проблемы, с которыми Вы столкнулись при дистанционной терапии во время самоизоляции?

12. Каковы, по Вашему мнению, были основные преимущества дистанционной терапии во время самоизоляции?

13. Каковы, по Вашему мнению, основные недостатки дистанционной терапии во время самоизоляции?

Bellvitge Hospital Universitari
Institut Català de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

COVID Isolation Eating Scale - CIES (COVID Izoláció Evészavar Skála)

A KORLÁTOZÁSOK HATÁSA AZ EVÉSZAVARBAN/TÚLSÚLYBAN SZENVEDŐKRE, ÉS A JÁRVÁNY ALATTI TÁVKEZELÉSEK ÉRTÉKELÉSE

A jelen kérdőív célja a COVID-19 járvány kapcsán hozott korlátozó intézkedések hatásainak vizsgálata evészavar és/vagy túlsúly miatt kezelt betegek körében. A kérdőív az étkezési szokások megváltozását, illetve az evészavartünetek változását, valamint a korlátozó intézkedések által érintett egyéb területeket vizsgálja. Ezen felül értékeli a korlátozások ideje alatt kapott távkezeléseket. A kérdőív kitölthető személyesen, telefonon keresztül, valamint online.

A kitöltés dátuma (nn/hh/éééé): ____/___ / _____	Születési idő (nn/hh/éééé): ____ / ___ / _____	Életkor (év): _____
Tartózkodási ország:	Város/falu megnevezése:	
Nem: ⓪ Nő ① Férfi	Testmagasság (m): _____	
Testtömeg a korlátozások előtt: _____ (kg)	Jelenlegi testtömeg _____ (kg)	
Korlátozások az országban: ⓪ önkéntes ① kötelező		
A korlátozások feloldása az Ön országában: ____ / ___ / 2020 (nn/hh/éééé)		

I KÖRÜLMÉNYEK A KORLÁTOZÁSOK ALATT

1.	Mikor kezdődtek az Önt érintő korlátozások a COVID-19 járvány kapcsán?	___ / ____ / 2020 (nn/hh/éééé)
2.	Kivel élt a korlátozások ideje alatt? (Jelölje az összes vonatkozó választ)	▯ Egyedül ▯ Házastárs / partner ▯ Gyermek(ek) ▯ Apa / anya ▯ Após / anyós ▯ Más személyek (barátok, ...) Hány emberrel élt együtt a korlátozások ideje alatt: _____
3.	Gondozott-e rokont vagy egyéb személyt a korlátozások ideje alatt? (Jelölje az összes vonatkozó választ)	▯ Nem ▯ Házastárs / partner ▯ Gyermekek ▯ Apa / anya ▯ Após/ Anyós ▯ Más személy (barátok, ...) Hány embert gondozott a korlátozások ideje alatt: _____
4.	Volt-e COVID-19 betegsége ez idő alatt?	⓪ Nem ① Igen
	Volt-e COVID-19 betegsége valamelyik családtagjának vagy Önhöz közel álló személynek ez idő alatt?	⓪ Nem ① Igen *Ha igen, kinek:*_____
5.	Gondozott COVID-19 fertőzött családtagot vagy egyéb személyt ez idő alatt?	⓪ Nem ① Igen *Ha igen, kit:* _____
6.	Amennyiben Ön dolgozik, folytatta-e munkáját a járvány ideje alatt?	⓪ Nem ① Igen ② Nem értelmezhető
	Ha folytatta munkáját, kérem jelölje, milyen módon:	① Távmunka ② Személyesen ③ Mindkét módon
7.	Csökkent-e a jövedelme a korlátozó intézkedések miatt?	⓪ Nem ① Igen
8.	A korlátozó intézkedések bevezetése előtt részesült-e kezelésben evészavar és/vagy túlsúly miatt?	⓪ Nem ① Járóbeteg ellátás ② Nappali kórház ③ Fekvőbeteg ellátás
	Amennyiben kezelték, kérem jelölje mióta (hány hónapja) tart a kezelése):	_____ (hónap)

II A KORLÁTOZÓ INTÉZKEDÉSEK HATÁSA AZ EVÉSSEL KAPCSOLATOS TÜNETEKRE

1. Amennyiben érinti Önt, jelölje, hogy jelenleg milyen típusú evészavarban szenved:
   ① Anorexia nervosa ② Bulimia nervosa ③ Falászavar ④ Nem osztályozható 5 Nem vonatkozik rám

2. Van-e egyéb diagnosztizált pszichiátriai betegsége? (Jelölje az összes vonatkozó választ)

☐ Nincs	☐ Specifikus fóbia	☐ Drogfüggőség
☐ Szorongás	☐ Szociális fóbia	☐ Viselkedési függőség
☐ Depresszió	☐ Szomatoform zavar	☐ Pszichózis
☐ Bipoláris hangulatzavar	☐ ADHD	☐ Impulzuskontroll zavar
☐ Kényszerbetegség	☐ Neurológiai betegség	☐ Egyéb/egyebek: _____

3. Van-e cukorbetesége (diabetes mellitus)? ⓪ Nincs ① Van
   Amennyiben igen, jelölje a járványhelyzet alatt Önre vonatkozó választ:
   a. Nehézségem volt a diéta betartásával ..... ⓪ Nem ① Igen
   b. Nehézségem volt az előírt gyógyszereim beszerzésével..... ⓪ Nem ① Igen
   c. Az ujjbegyből mért értékek alapján emelkedett a vércukorszintje? ..... ⓪ Nem ① Igen
   d. Amennyiben szájon át szedhető gyógyszert alkalmaz, kellett emelnie az adagját? ..... ⓪ Nem ① Igen
   e. Amennyiben inzulin injekciós kezelésben részesül, kellett emelnie a beadott inzulin mennyiségét vagy az injekciók számát? ..... ⓪ Nem ① Igen

A következő részben az alábbi viselkedések megjelenésének mértékét szeretnénk felmérni a korlátozások előtt és után. Minden megállapításnál jelölje az Önre legjobban illő gyakoriságot.

	Járványhelyzet előtt					Jelenleg				
	Soha	Nagyon ritkán	Néha	Gyakran	Mindig	Soha	Nagyon ritkán	Néha	Gyakran	Mindig
4. Aggodalom a testsúllyal, étrenddel, testképpel kapcsolatban	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Az elfogyasztott étel mennyiségének tudatos korlátozása	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Az napi étkezések számának tudatos korlátozása	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Nagy étkezések között kis mennyiségű étel ismételt fogyasztása (nassolás)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Nagy mennyiségű étel elfogyasztása rövid idő alatt a kontroll elvesztésének érzésével (falásroham)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Önhánytatás	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Hashajtó használata	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Vízhajtó használata	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Napi rendszerességű testedzés	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Testi energiát igénylő tevékenységek folyamatos gyakorlása	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III A KORLÁTOZÁSOKRA ADOTT REAKCIÓ

Az alábbi táblázatban felsorolt viselkedések Ön által megtapasztalt gyakoriságát szeretnénk felmérni. Kérjük, jelölje az Önre leginkább érvényes lehetőséget.

Soha	Nagyon ritkán	Néha	Gyakran	Mindig
0	1	2	3	4

	Járványhelyzet előtt					Jelenleg				
	Soha	Nagyon ritkán	Néha	Gyakran	Mindig	Soha	Nagyon ritkán	Néha	Gyakran	Mindig
1. Folyamatos evés a nap folyamán, mely nem tudatosul	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. Próbálkozások ellenére nem képes megállni, hogy a fő étkezések között folyamatosan egyen	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Evés negatív érzelmek hatására, például: félelem, szorongás, szomorúság, magány, harag, unalom	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Feldúltság a nap folyamán történő folyamatos evés miatt	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Fogyókúrás ételek szándékos fogyasztása	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Heves késztetés bizonyos ételek fogyasztására, miután csökkentette vagy kizárta azokat étrendjéből	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Plusz energia befektetése olyan ételek megszerzésére, melyek adott pillanatban nem elérhetőek	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Ingerlékenység, idegesség vagy szomorúság érzése bizonyos ételek korlátozása vagy kizárása miatt	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Fokozott evési késztetés az étkezés által kiváltott érzés érdekében. Ez jelentheti a negatív érzelmek mérséklését (szomorúság), vagy pozitív érzelmek növelését (öröm, elégedettség).	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Sikertelen próbálkozás bizonyos ételek fogyasztásának csökkentésére vagy kizárására	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Családtag és/vagy partner fogyókúrája, vagy egyéb testsúlycsökkentő célú magatartása	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Elalvási nehézség, álmatlanság	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Reménytelenség, szorongás érzése a jelennel és a jövővel kapcsolatban	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Folyamatos sírással járó epizódok	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	Járványhelyzet előtt					Jelenleg				
	Soha	Nagyon ritkán	Néha	Gyakran	Mindig	Soha	Nagyon ritkán	Néha	Gyakran	Mindig
15. Magányosság érzése	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Nyugtalanság, idegesség	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Motiváció elvesztése a családtagokkal és/vagy barátokkal való kapcsolattartásban	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. Be-betörő gondolatok a halállal kapcsolatban	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Szexuális vágy elvesztése	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Kóros aggodalom az egészséggel és megfertőződéssel kapcsolatban a COVID-19 és/vagy egyéb fertőző megbetegségek miatt	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. Szorongás és idegesség fertőző megbetegedés és/vagy COVID-19 miatt	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Aggodalom a munkahely és/vagy bevétel elvesztése miatt	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Kontrollvesztés érzése	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Nehézség az érzelmek felismerésében	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Düh vagy szégyen érzése negatív érzelmek esetén	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Agresszió önmaga, tárgyak vagy mások felé	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Ingerlékenység és/vagy folyamatos konfrontáció	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Dohányzás	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Alkoholfogyasztás	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Egyéb pszichoaktív szerek fogyasztása	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Szükségtelen dolgok online vásárlása és ezzel kapcsolatos kontrollvesztés érzése	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Videójátékok használata és/vagy online szerencsejáték	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Közösségi média és/vagy internet használata a nap nagy részében (nem tudományos vagy munkavégzési célból)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Szerencsejáték-függőség	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV TÁVKEZELÉSEK ÉS BEAVATKOZÁSOK KIÉRTÉKELÉSE

Kérem, tanulmányozza az alábbi táblázatot és jelölje egyetértésének mértékét az állításokkal kapcsolatban!

Egyáltalán nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Közömbös	Inkább egyetértek	Teljesen egyetértek
0	1	2	3	4

	Egyáltalán nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Közömbös	Inkább egyetértek	Teljesen egyetértek
1. Úgy gondolom, hogy a járványhelyzet alatti távkezelésem megfelelő volt	⓪	①	②	③	④
2. A távkezelésre való áttérés könnyű volt számomra	⓪	①	②	③	④
3. Megfelelőnek éreztem az új terápiás eljárásokat	⓪	①	②	③	④
4. Motivált vagyok a távterápia folytatásában	⓪	①	②	③	④
5. Bízom a távkezelés során a bizalmas terápiás kapcsolatban	⓪	①	②	③	④
6. Elégedett vagyok a pszichológussal/pszichiáterrel folytatott távterápiás ülésekkel	⓪	①	②	③	④
7. A távterápiás ülések a pszichológussal/pszichiáterrel hasonlóak a személyes találkozásokhoz	⓪	①	②	③	④
8. Összességében elégedett vagyok a távkezeléssel, amiben részesültem	⓪	①	②	③	④
9. Hajlandó vagyok folytatni a távterápiás kezelést, ameddig szükséges	⓪	①	②	③	④
10. Úgy gondolom, hogy az új fajta kezelés hatékony volt a korlátozások alatt	⓪	①	②	③	④

11. Mit gondol, mi volt a legnagyobb kihívás az Ön számára a korlátozások alatti távkezelések során?

12. Mit gondol, mi volt a legnagyobb előnye a korlátozások ideje alatti távkezeléseknek?

13. Mit gondol, mi volt a legnagyobb hátránya/gyengesége a korlátozások ideje alatti távkezeléseknek?

კოვიდ-იზოლაციის კვებითი სკალა - CIES

კარანტინის გავლენა კვებითი აშლილობების/სიმსუქნის მქონე პაციენტებში და დისტანციური ინტერვენციების შეფასება

წინამდებარე სკალა მიზნად ისახავს, განსაზღვროს კოვიდ-19 პანდემიის გავლენა მკურნალობის მიმღებ კვებითი აშლილობების/სიმსუქნის მქონე პაციენტებზე. სკალა ეხება ცვლილებებს კვებით სიმპტომებსა და კარანტინთან დაკავშირებულ სხვა საკითხებში. იგი ასევე მოიაზრებს კარანტინის დროს მიწოდებული დისტანციური ჩარევის შეფასებას. სკალის შევსება შესაძლებელია როგორც პირისპირ, ასევე ტელეფონზე/ელექტრონულად.

შევსების თარიღი:____ / ___ / ___	დაბადების თარიღი: ____ / ___ /____	ასაკი (წლები): _____
ქვეყანა:	ქალაქი:	
სქესი: ⓪ მდედრ ① მამრ	სიმაღლე (მ): _____	
წონა კარანტინამდე: _____ (კგ)	ამჟამინდელი წონა _____ (კგ)	
ჩემს ქვეყანაში კარანტინი იყო: ⓪ ნებაყოფლობითი ① სავალდებულო		
თუ ხერხდება, მიუთითეთ კარანტინის დასრულების თარიღი: ____ / ___ / 2020		

I კარანტინის პერიოდის გარემოებანი

1.	თუ შესაძლებელია, მიუთითეთ, როდის დაიწყო კოვიდ-19 პანდემიის კარანტინი თქვენს შემთხვევაში:	___ / ____ / _____
2.	ვისთან ერთად ცხოვრობდით კარანტინის დროს? (მონიშნეთ ყველა შესაძლო პასუხი).....	☐ მარტო ☐ მეუღლესთან / პარტნიორთან ☐ შვილებთან ☐ დედასთან / მამასთან ☐ დედამთილთან / მამამთილთან ☐ სხვებთან (მეგობრები, ...)
	აღნიშნეთ, რამდენ ადამიანთან ერთად ცხოვრობდით კარანტინის დროს:	_____
3.	კარანტინის დროს გიწევდათ ზრუნვა ნათესავებზე ან სხვა ადამიანებზე? (მონიშნეთ ყველა შესაძლო პასუხი)	☐ არავიზე ზრუნვა არ მიწევდა ☐ მეუღლეზე / პარტნიორზე ☐ შვილებზე ☐ დედაზე / მამაზე ☐ დედამთილზე / მამამთილზე ☐ სხვებზე (მეგობრები, ...)
	აღნიშნეთ, რამდენ ადამიანზე გიწევდათ ზრუნვა კარანტინის დროს:	_____
4.	ამ პერიოდში დაგემართათ თუ არა კოვიდ-19?.....	⓪ არა ① კი
	ამ პერიოდში ოჯახის წევრს ან ახლობელს დაემართა თუ არა კოვიდ-19?	⓪ არა ① კი *თუ კი, ვის:* _____
5.	ამ პერიოდში უვლიდით თუ არა კოვიდ-19-ით დაავადებულ ოჯახის წევრს ან სხვა ადამიანს?.....	⓪ არა ① კი *თუ კი, ვის::* _____
6.	თუ მუშაობდით, კარანტინის დროს გააგრძელეთ თუ არა მუშაობა?.....	⓪ არა ① კი ② კითხვა შეუსაბამოა
	თუ მუშაობდით კარანტინის დროს, აღნიშნეთ როგორ:	① დისტანციურად ② დავდიოდი სამსახურში ③ ორივე
7.	თქვენს შემთხვევაში კარანტინი გულისხმობდა თუ არა შემოსავლის ნაწილობრივ ან სრულ დაკარგვას?	⓪ არა ① კი
8.	უშუალოდ კარანტინის დაწყებამდე, დაგაკავშირეს თუ არა კვებითი აშლილობის და/ან სიმსუქნის მკურნალობის მომსახურებასთან?.....	⓪ არა ① ამბულატორიასთან ② დღის კლინიკასთან ③ სტაციონართან
	თუ მკურნალობის პროცესში ხართ, მიუთითეთ როდიდან (თვეებში):	_____

II კარანტინის გავლენა კვებით სიმპტომებზე

1. თუ შესაძლებელია, მიუთითეთ კვებითი აშლილობის თქვენი დიაგნოზი:
① ნერვული ანორექსია ② ნერვული ბულიმია ③ უკონტროლო, უზომო ჭამის აშლილობა
④ დაუზუსტებელი 5 დებულება შეუსაბამოა

2. დაუსვამთ თუ არა თქვენთვის სხვა ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზი? (მონიშნეთ ყველა შესაძლო პასუხი)

☐ არანაირი	☐ სპეციფიური ფობია	☐ ნივთიერების ავადმოხმარება/დამოკიდებულება
☐ შფოთვითი	☐ სოციალური ფობია	☐ ქცევითი ადიქცია
☐ დეპრესია	☐ სომატოფორმული	☐ ფსიქოზი
☐ ბიპოლარული	☐ ADHD	☐ იმპულსთა კონტროლის
☐ ობსესიურ-კომპულსიური	☐ ნევროლოგიური	☐ სხვა _____

3. გაქვთ თუ არა შაქრიანი დიაბეტი (diabetes mellitus)? ⓪ არა ① კი

თუ კი, მიუთითეთ კარანტინის დროს აღგენიშნებოდათ თუ არა შემდეგი:

a. გიჭირდათ დიეტის დაცვა ..... ⓪ არა ① კი

b. გიჭირდათ ჩვეული წამლების წვდომა ..... ⓪ არა ① კი

c. გლუკოზის კაპილარულ სისხლში კონტროლის შემთხვევაში, აიწია თუ არა დონემ?.... ⓪ არა ① კი

d. თუ ჰიპოგლიკემიურ პრეპარატს აბის სახით იღებდით, მოგიწიათ დოზის გაზრდა? .... ⓪ არა ① კი

e. თუ ინსულინის ინექციას იღებდით, მოგიწიათ ინექციის დოზის ან სიხშირის გაზრდა დღის განმავლობაში? ..... ⓪ არა ① კი

გვაინტერესებს, რამდენად აღგენიშნებოდათ შემდეგი ქცევები კარანტინამდე და მერე. მოცემულ სკალაზე თითოეული ქცევის გასწვრივ მონიშნეთ პასუხი, რომელიც ყველაზე უკეთ ასახავს თქვენს გამოცდილებას:

	კარანტინამდე					ამჟამად				
	არასდროს	ეიშვიათესად	ზოგჯერ	ეხშირესად	ყოველთვის	არასდროს	ეიშვიათესად	ზოგჯერ	ეხშირესად	ყოველთვის
4. წონაზე, საკვებსა და სხეულის ხატზე წუხილი	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. მიღებული საკვების მოცულობის განზრახ შეზღუდვა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. დღის განმავლობაში ჭამის სიხშირის განზრახ შემცირება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. დღის განმავლობაში ჭამებს შორის მცირე რაოდენობით საკვების განმეორებითი მიღება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. დროის ხანმოკლე პერიოდში დიდი რაოდენობის საკვების შეჭმა ჭამაზე კონტროლის დაკარგვით (უკონტროლო ჭამა)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. ხელოვნურად გამოწვეული პირღებინება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. ლაქსატივების მიღება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. შარდმდენების მიღება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. ყოველდღიური ფიზიკური ვარჯიში	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. ენერგიის მხარჯველ აქტივობათა მუდმივი განხორციელება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III რეაქცია კარანტინზე

გვაინტერესებს, რამდენად აღგენიშნებოდათ შემდეგი ქცევები კარანტინამდე და მერე. მოცემულ სკალაზე თითოეული ქცევის გასწვრივ მონიშნეთ პასუხი, რომელიც ყველაზე უკეთ ასახავს თქვენს გამოცდილებას:

არასოდეს	უიშვიათესად	ზოგჯერ	უხშირესად	ყოველთვის
0	1	2	3	4

	კარანტინამდე					ამჟამად				
	არასდროს	უიშვიათესად	ზოგჯერ	უხშირესად	ყოველთვის	არასდროს	უიშვიათესად	ზოგჯერ	უხშირესად	ყოველთვის
1. დღის განმავლობაში მუდმივი ჭამა იმის გაუაზრებლად, თუ რა ხდება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. წარუმატებელი მცდელობა თავი შეიკავო ჭამებს შორის საკვების მუდმივი მიღებისაგან	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. ჭამა უარყოფითი ემოციების დაუფლებისას, როგორიცაა, შიში, შფოთვა, სევდა, ბრაზი, მარტოობისა და მობეზრების განცდა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. გაბრაზება დღის განმავლობაში მუდმივად ჭამის გამო	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. წონაში დასაკლები საკვების განზრახ ჭამა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. გარკვეული საკვების ძლიერი მოთხოვნილება მას შემდეგ, რაც შეამცირეთ/შეწყვიტეთ მათი მიღება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. გარკვეული საკვების მოპოვების სერიოზული მცდელობა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. გარკვეული საკვების შემცირების/შეწყვეტის ფონზე გაღიზიანების, სევდის, ნერვიულობის შეგრძნება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. უფრო და უფრო მეტი ჭამა გჭირდებათ სასურველი გრძნობის გამოსაწვევად, რაც მოიცავს უარყოფითი ემოციების (მაგ. სევდა) შემცირებას ან დადებითი ემოციების (მაგ. სიამოვნება) გაზრდას	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. გარკვეული საკვების შემცირების ან რაციონიდან ამოღების წარუმატებელი მცდელობა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. ოჯახის წევრები და/ან პარტნიორი დიეტაზეა ან წონის დაკლების აქტივობებშია ჩართული	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. დაძინების სირთულეები ან უძილობა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. უიმედობა ან შემაწუხებელი აზრები აწმყოსა და მომავალზე	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. გამუდმებით ტირილი	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	კარანტინამდე					ამჟამად				
	არასდროს	ეიშვიათესად	ზოგჯერ	ეხშირესად	ყოველთვის	არასდროს	ეიშვიათესად	ზოგჯერ	ეხშირესად	ყოველთვის
15. მარტოობის განცდა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. აჟიტირება ან ნერვიულობა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. ნათესავებსა და მეგობრებთან კონტაქტის სურვილის ნაკლებობა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. სიკვდილთან დაკავშირებული შემაწუხებელი აზრები	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. სექსუალური სურვილის დაკარგვა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. უკიდურესი წუხილი ჯანმრთელობაზე და იმაზე, რომ დაგემართება ინფექციური დაავადება და/ან კოვიდ-19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. ინფექციურ დაავადებათა და/ან კოვიდ-19-თან დაკავშირებული შფოთვა და ნერვიულობა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. სამუშაოს და/ან შემოსავლის დაკარგვაზე წუხილი	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. არაკონტროლირებადი ემოციები	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. ემოციების გაგების სირთულეები	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. ბრაზის ან სირცხვილის გრძნობა უარყოფითი ემოციების ქონის თაობაზე	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. საკუთარი თავის, სხვების ან საგნების მიმართ აგრესიული ქცევა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. გაღიზიანებული ყოფნა და / ან მუდმივი კამათი	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. თამბაქოს მოხმარება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. ალკოჰოლის მოხმარება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. არასაჭირო ნივთების ონლაინ შეძენა იმის განცდით, რომ ეს ყველაფერი კონტროლს არ ექვემდებარება	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. ვიდეოთამაშებში ან თამაშებში და/ან ონლაინ აზარტულ თამაშებში ჩართულობა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. დღიური დროის დიდი ნაწილის გატარება სოციალურ მედიასა თუ ინტერნეტში (არა მუშაობის ან სწავლის მიზნით)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. აზარტული თამაშის პრობლემა	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV დისტანციურ ინტერვენციათა შეფასება

მოცემული სკალის გამოყენებით გთხოვთ, მონიშნოთ შესაბამისი პასუხი იმის მიხედვით, თუ რამდენად ეთანხმებით / არ ეთანხმებით შემდეგ დებულებებს:

საერთოდ არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები
0	1	2	3	4

	საერთოდ არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	ნეიტრალური	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები
1. ვფიქრობ, კარანტინის დროს მიღებული დისტანციური თერაპია ადეკვატური იყო.	⓪	①	②	③	④
2. დისტანციურ თერაპიაზე გადასვლა ჩემთვის ადვილი იყო.	⓪	①	②	③	④
3. ახალი ინტერვენცია ჩემთვის კომფორტული იყო.	⓪	①	②	③	④
4.მოტივირებული ვარ, გავაგრძელო დისტანციური თერაპია.	⓪	①	②	③	④
5. მჯერა ახალი ინტერვენციის კონფიდენციალობის.	⓪	①	②	③	④
6. მიმაჩნია, რომ დისტანციური ინტერვენციის დროს ფსიქოლოგთან ურთიერთობა დამაკმაყოფილებელია.	⓪	①	②	③	④
7. ფსიქოლოგთან ურთიერთობა მსგავსი იყო პირისპირ შეხვედრებისა.	⓪	①	②	③	④
8. ზოგადად, კმაყოფილი ვარ მიღებული დისტანციური ჩარევით.	⓪	①	②	③	④
9. მსურს, გავაგრძელო დისტანციური თერაპია რა ხნითაც საჭირო იქნება.	⓪	①	②	③	④
10. ვფიქრობ, ახალი ტიპის მკურნალობა ეფექტური იყო კარანტინის დროს.	⓪	①	②	③	④

11. თქვენი გამოცდილებიდან, რა იყო კარანტინის დროს დისტანციური თერაპიის მთავარი გამოწვევა?

12. თქვენი აზრით, რა იყო კარანტინის დროს დისტანციური ჩარევის მთავარი ძლიერი მხარე?

13. თქვენი აზრით, რა იყო კარანტინის დროს დისტანციური ჩარევის მთავარი ნაკლი?

שאלון אכילה בתקופת הסגר בשל נגיף הקורונה – COVID Isolation Eating Scale (CIES)

השפעות הסגר בקרב מטופלים ומטופלות עם הפרעות אכילה/השמנת יתר והערכה של התערבויות מרחוק

מטרת שאלון זה היא לבחון את השפעות הסגר בעקבות מגפת נגיף הקורונה על מטופלים ומטופלות עם הפרעות אכילה ו/או השמנת יתר הנמצאים בטיפול. השאלון בוחן שינויים בתסמיני אכילה ובתחומים רלוונטיים נוספים שנוגעים לתקופת הסגר. כמו כן כולל השאלון הערכה של התערבויות שנעשו מרחוק במהלך תקופת הסגר. השאלון מיועד למענה הן במפגש פנים-אל-פנים והן באמצעות הטלפון או האינטרנט.

תאריך נוכחי: ____ \ ____ \ ____	תאריך לידה: ____ \ ____ \ ____	גיל (בשנים): _____
מדינת מגורים:	עיר מגורים:	
מין: ☐ נקבה ☐ זכר	גובה (מ'): _____	
משקל לפני הסגר: _____ (ק"ג)	משקל נוכחי: _____ (ק"ג)	
הסגר במדינת מגוריי היה: ☐מבחירה ☐חובה		
אם רלוונטי, התאריך בו הסגר הכולל הסתיים במקום מגוריך: 2020 \ ____ \ ____		

א. נסיבות בתקופת הסגר

1.	אם רלוונטי, מתי החל אצלך הסגר בשל מגפת הקורונה?	____ \ ____ \ ____
2.	עם מי גרת במהלך הסגר? (יש לסמן את כל התשובות המתאימות)	☐לבד ☐עם בן/בת זוג ☐עם ילדים ☐עם אבי/אמי ☐עם חמי/חמותי ☐עם אחרים (חברים וכדומה)
	עם כמה אנשים גרת בתקופת הסגר?	_____
3.	האם טיפלת בבני משפחה או באנשים אחרים בתקופת הסגר? (יש לסמן את כל התשובות המתאימות)	☐ לא טיפלתי באף אחד ☐בבן/בת זוג ☐בילדים ☐באבי/אמי ☐בחמי/חמותי ☐באחרים (חברים וכדומה)
	.....כמה אנשים היו בטיפולך בתקופת הסגר?	_____
4.	האם נדבקת בנגיף הקורונה במהלך תקופה זו?.....	☐ לא ☐ כן
	האם מישהו מבני משפחתך או אדם קרוב אליך נדבק בנגיף הקורונה במהלך תקופה זו?.....	☐ לא ☐ כן אם כן, ציינו מי נדבק/ה: _____
5.	האם טיפלת בבן/בת משפחה שנדבקו בנגיף הקורונה במהלך תקופה זו?.....	☐ לא ☐ כן אם כן, ציינו במי טפלתם: _____
6.	אם עבדת קודם לכן, האם המשכת לעבוד בתקופת הסגר?	☐ לא ☐ כן ☐ לא רלוונטי
	אם עבדת בתקופת הסגר, ציינ/י כיצד:	☐ עבדתי מהבית ☐ הגעתי למקום העבודה ☐ גם וגם
7.	האם הסגר היה כרוך עבורך באבדן הכנסה, מלא או חלקי?	☐ לא ☐ כן
8.	מיד לפני הסגר, האם היית בטיפול בשל הפרעת אכילה ו/או השמנת יתר?	☐ לא ☐ בטיפול במרפאה ☐באשפוז/טיפול יום ☐ באשפוז מלא
	אם הנך מקבל/ת טיפול, לאורך כמה זמן מתקיים טיפול זה (בחודשים)?	_____

ב. השפעות הסגר על תסמינים הקשורים לאכילה

1. אם רלוונטי, מהי האבחנה הנוכחית של הפרעת האכילה שלך?
☐ אנורקסיה נרבוזה ☐ בולימיה נרבוזה ☐ הפרעת אכילה בולמוסית ☐ הפרעת אכילה לא ספציפית ☐לא רלוונטי

2. האם אובחנה אצלך הפרעה פסיכיאטרית אחרת כלשהי? (יש לסמן את כל התשובות המתאימות)

☐ לא
☐ חרדה
☐דיכאון
☐ הפרעה דו-קוטבית (ביפולרית)
☐ הפרעה טורדנית כפייתית (אובסיבית קומפולסיבית)
☐פוביה ספציפית
☐ פוביה חברתית
☐ הפרעה סומטופורמית
☐הפרעת קשב, ריכוז והיפראקטיביות (ADHD)
☐ הפרעה נוירולוגית
☐ הפרעת שימוש לרעה ותלות בחומרים (אלכוהול/סמים)
☐ התמכרות התנהגותית
☐ פסיכוזה
☐ הפרעת שליטה בדחפים
☐אחר/ות _____

3. האם הנך סובל/ת מסוכרת? ☐לא ☐ כן
אם כן, האם בתקופת הסגר:
א) התקשית לשמור על ההנחיות התזונתיות? ..... ☐ לא ☐ כן
ב) התקשית להשיג את התרופות הקבועות שלך? ..... ☐ לא ☐ כן
ג) במקרה שהנך נמצא/ת בבקרת הסוכר בדם, האם רמות הסוכר עלו? ..... ☐ לא ☐ כן
ד) אם הנך נוטל/ת תרופה דרך הפה להורדת רמת הסוכר בדם, האם נאלצת להעלות את המינון? ☐ לא ☐ כן
ה) אם הנך מזריק/ה אינסולין, האם נאלצת להעלות את המינון או את מספר הזריקות ביום? .. ☐ לא ☐ כן

ברצוננו להבין את המידה בה חווית את כל אחת מההתנהגויות המתוארות כאן, לפני ואחרי תקופת הסגר. עבור כל התנהגות, סמנ/י את התשובה המתאימה ביותר למצבך, על פי הסולם הבא:

	לפני תקופת הסגר					כיום				
	אף פעם	לעתים נדירות	לפעמים	כמעט תמיד	תמיד	אף פעם	לעתים נדירות	לפעמים	כמעט תמיד	תמיד
4. דאגות בקשר למשקל, לתזונה ולדימוי הגוף	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. הגבלה מכוונת של כמות המזון שאת/ה אוכל/ת	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. הגבלה מכוונת של מספר הארוחות ביום	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. אכילת כמויות קטנות בין הארוחות באופן חוזר ונשנה לאורך כל היום	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. אכילת כמות גדולה של מזון בפרק זמן קצר, תוך תחושת אבדן שליטה (בולמוס אכילה)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. הקאה יזומה	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. שימוש במשלשלים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. שימוש במשתנים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. פעילות גופנית גל יום	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. ביצוע קבוע של פעולות אחרות שכרוכות בהוצאת אנרגיה גופנית	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ג. תגובות לסגר

ברצוננו להבין את המידה בה חווית את ההתנהגויות שלהלן, לפני ואחרי תקופת הסגר. סמנ/י את התשובה המתאימה ביותר לך, על פי הסולם הבא:

אף פעם	לעתים נדירות	לפעמים	כמעט תמיד	תמיד
0	1	2	3	4

	לפני תקופת הסגר					כיום				
	אף פעם	לעתים נדירות	לפעמים	כמעט תמיד	תמיד	אף פעם	לעתים נדירות	לפעמים	כמעט תמיד	תמיד
1. אכילה מתמדת לאורך כל היום מבלי לשים לב למה שקורה	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. חוסר יכולת להתנגד לאכילה רציפה בין הארוחות, למרות ניסיון להימנע מכך	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. אכילה בזמן הופעה של רגשות שליליים כגון פחד, חרדה, עצב, בדידות, כעס או שעמום	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. הרגשת מצוקה בקשר לאכילה מתמדת לאורך כל היום	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. אכילה מכוונת של מזונות במטרה לרדת במשקל	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. תחושת דחף חזק לאכול מזונות מסוימים לאחר שהפחתת באכילתם או ויתרת עליהם	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. השקעת מאמץ מיוחד בהשגת מזונות מסוימים כאשר הם אינם זמינים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. תחושת עצבנות, לחץ או עצב סביב הפחתה במזונות מסוימים או ויתור עליהם	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. צורך לאכול יותר ויותר כדי להגיע לתחושה שרצית להשיג באמצעות אכילה, כולל הפחתת רגשות שליליים (כגון עצב) או הגברת רגשות חיוביים (כגון הנאה)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. חוסר יכולת להפחית במזונות מסוימים או לוותר עליהם	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. בני משפחה ו/או בן/בת זוג בדיאטה או עוסקים בהתנהגות אחרת שמטרתה לרדת במשקל	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. קושי להירדם או נדודי שינה	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. מחשבות של חוסר תקווה או של קושי בקשר למצב בהווה ובעתיד	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. אפיזודות רבות של בכי	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	לפני תקופת הסגר					כיום				
	אף פעם	לעתים נדירות	לפעמים	כמעט תמיד	תמיד	אף פעם	לעתים נדירות	לפעמים	כמעט תמיד	תמיד
15. תחושות של בדידות	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. אי שקט או מתח	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. חוסר רצון לשמור על קשר עם משפחה או חברים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. מחשבות טורדניות שקשורות למוות	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. אבדן של חשק מיני או הנאה מינית	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. חשש קיצוני בקשר לבריאות ולסכנת הידבקות במחלה מדבקת ו/או בנגיף הקורונה	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. חרדה ומתח שקשורים למחלות מדבקות ו/או לנגיף הקורונה	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. חשש לגבי אבדן עבודה ו/או הכנסה	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. תחושה שהרגשות שלך יוצאים משליטה	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. קושי בהבנת הרגשות שלך	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. תחושות של כעס או בושה כשיש לרגשות שליליים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. התנהגות תוקפנית כלפי עצמך, חפצים, או אנשים אחרים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. עצבנות ו/או ויכוחים בלתי פוסקים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. עישון סיגריות	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. צריכת אלכוהול	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. צריכה של סמים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. קנייה באינטרנט של מוצרים שאינם חיוניים, תוך תחושה של חוסר שליטה על הקניה	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. עיסוק במשחקי מחשב, משחקים אחרים, ו/או הימורים באינטרנט	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. העברת חלק גדול מהיום ברשתות חברתיות ו/או באינטרנט (שלא לצורכי לימודים או עבודה)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. בעיית הימורים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ד. הערכת התערבויות מרחוק

אנא סמנ/י את התשובה המתאימה, לפי מידת ההסכמה או אי ההסכמה שלך עם המשפטים שלהלן, באמצעות הסולם הבא:

לחלוטין לא מסכימ/ה	לא מסכימ/ה	ניטרלי	מסכימ/ה	לחלוטין מסכימ/ה
0	1	2	3	4

	לחלוטין לא מסכימ/ה	לא מסכימ/ה	ניטרלי	מסכימ/ה	לחלוטין מסכימ/ה
1. לדעתי הטיפול שקיבלתי מרחוק במהלך הסגר היה מספק.	☐	☐	☐	☐	☐
2. המעבר לטיפול מרחוק עבר בקלות מבחינתי.	☐	☐	☐	☐	☐
3. אני מרגיש/ה בנוח עם צורת ההתערבות החדשה הזו.	☐	☐	☐	☐	☐
4. יש לי מוטיבציה להמשיך בטיפול מרחוק באמצעים טכנולוגיים.	☐	☐	☐	☐	☐
5. אני מרגיש/ה בטוח/ה לגבי שמירת סודיות בצורת ההתערבות החדשה.	☐	☐	☐	☐	☐
6. האינטראקציה עם המטפל/ת במהלך ההתערבות מרחוק הייתה מספקת מבחינתי.	☐	☐	☐	☐	☐
7. האינטראקציה עם המטפל/ת במהלך ההתערבות מרחוק הייתה דומה לזו שבמפגשים פנים אל פנים.	☐	☐	☐	☐	☐
8. באופן כללי, אני מרוצה מהטיפול מרחוק שקיבלתי.	☐	☐	☐	☐	☐
9. אני מוכנ/ה להמשיך בטיפול מרחוק לכמה זמן שיידרש.	☐	☐	☐	☐	☐
10. אני חושב/ת שהטיפול החדש היה יעיל במהלך הסגר.	☐	☐	☐	☐	☐

11. מהם בעיניך האתגרים העיקריים עמם התמודדת בקשר לטיפול מרחוק בתקופת הסגר?

12. מהן בעיניך נקודות החוזק העיקריות של ההתערבות מרחוק בתקופת הסגר?

13 מהן בעיניך החולשות העיקריות של ההתערבות מרחוק בתקופת הסגר?

14 סמנ/י כאן אם לא עברת טיול מרחוק במהלך הסגר ☐

.

COVID Isolation Eating Scale- CIES　COVID 摂食障害遠隔診療評価尺度

摂食障害患者、肥満症患者における、自粛期間の影響と遠隔治療の評価

この評価尺度は、COVID-19 の世界的流行による自粛期間が、治療中の摂食障害患者もしくは肥満症患者に対して、どのような影響を与えたかを調べることが目的です。この評価尺度では、食事に関する症状の変化や、自粛期間に関連したその他の関心領域の変化を調べます。また、自粛期間中に受けた遠隔治療の評価も含んでいます。この評価尺度は、対面もしくは電話/オンラインで回答できるように作成されています。

本日の日付: _____ / ___ / ____	生年月日: _____ / ___ / ____	年齢(歳): _____
居住国:日本	居住都市:	
性別: ⓪女性 ①男性 ②その他	身長 (m): _____	
自粛前の体重: _____ (Kg)	現在の体重: _____ (Kg)	
自国の自粛に関する対応: ⓪自主的 ① 義務		
該当する場合、居住地での完全な自粛が終了した日付: 2020 / 05 / 25		

I 自粛期間中における状況

1.	該当する場合、COVID-19 の大流行による自粛はいつ始まりましたか？（4/7～：埼玉、千葉、東京、神奈川、大阪、兵庫、福岡、4/16～：その他）	2020 / 04 / ____
2.	自粛期間中、誰と生活していましたか？ （複数選択可）.....	☐ 単身 ☐ 配偶者 / パートナー ☐ 子ども ☐ 父/ 母 ☐ 義父 / 義母 ☐ その他（友人、等） 自粛期間中に一緒に生活していた人数を記入してください: _____ 人
3.	自粛期間中、親戚もしくはその他の人の世話（介護）をしましたか？ （複数選択可）.....	☐ していない ☐ 配偶者 / パートナー ☐ 子ども ☐ 父/ 母 ☐ 義父 / 義母 ☐ その他（友人、等） 自粛期間中に世話（介護）をした人数を記入してください: _____ 人
4.	この期間中に、COVID-19 に罹患（りかん）しましたか？.....	⓪ いいえ　① はい
	この期間中に、家族や身の回りにいる人で COVID-19 に罹患（りかん）した人はいますか？.....	⓪ いいえ　① はい *はいの場合、関係を記入:* _____
5.	この期間中に、COVID-19 に罹患（りかん）した家族やその他の人の世話（介護）をしましたか？.....	⓪ いいえ　① はい *はいの場合、関係を記入:* _____
6.	就労中の場合、自粛期間中も仕事を続けていましたか？.....	⓪ いいえ　① はい　② 該当なし
	仕事を続けていた場合、その方法を記入してください:	① テレワーク（遠隔勤務） ② オフィスワーク（職場勤務） ③ 両方
7.	自粛することによって、収入減少もしくは収入がなくなるといったことがありましたか？	⓪ いいえ　① はい

8. 自粛期間の直前に、摂食障害もしくは肥満症の治療を受けていましたか？ .....
⓪ いいえ
① 外来
② デイホスピタル
③ 入院

治療を受けていた場合、いつからか記入してください（月単位）：_____ ヵ月前

II 食行動への自粛期間の影響

1. 該当する場合、現在の摂食障害の診断名を記入してください:
①神経性無食欲症　②神経性過食症　③過食性障害　④詳細不明　〇,5該当なし

2. その他の精神疾患の診断を受けたことがありますか？（全て選択）

☐ なし	☐ 限局性恐怖症	☐ 物質乱用・依存症
☐ 不安障害	☐ 社交不安障害	☐ 行動嗜癖
☐ うつ病	☐ 身体表現性障害	☐ 精神病
☐ 双極性障害	☐ ADHD	☐ 衝動制御障害
☐ 強迫性障害	☐ 神経系の病気	☐ その他 _____

3. 糖尿病と診断されていますか？　⓪ いいえ　① はい
はいの場合、自粛期間中の様子を記入してください
a. 指示通り食事制限をすることが難しかった ..... ⓪いいえ　①はい
b. 定期的に服用している処方薬の入手が困難になることがあった ..... ⓪いいえ　①はい
c. 末梢血の血糖測定をしている場合、血糖値は上がりましたか？ ..... ⓪いいえ　①はい
d. 経口血糖降下薬を摂取している場合、処方薬を増量する必要がありましたか？ ..... ⓪いいえ　①はい
e. インスリン注射をしている場合、1 日の注射量や回数を増やす必要がありましたか？ ⓪いいえ　①はい

私たちは、自粛期間の前後において以下の行動をどの程度経験しているかを調査したいと考えています。それぞれの行動について、あなたの経験に最も近いものに〇をつけてください。

	自粛期間前					現在				
	全くない	ほとんどない	時々ある	ほとんど毎日	毎日ある	全くない	ほとんどない	時々ある	ほとんど毎日	毎日ある
4. 体重、食事制限、体型などのことを考える	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. 意図的に食事量を制限する	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. 意図的に 1 日の食事回数を制限する	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. 一日中、間食を少量ずつ繰り返して食べる	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. 短時間に大量に食べてしまい、コントロールができなくなる（過食）	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

9. 自己誘発嘔吐をする	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. 下剤を使用する	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. 利尿剤を使用する	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12.毎日過剰な運動をする	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. 身体を動かしてエネルギーを消費するなど、その他の継続した活動をする	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III 自粛期間への反応

私たちは、以下に記載する行動を自粛期間前後でどの程度経験したかを調べたいと考えています。この尺度を使用して、あなたの経験に最も近いものに〇をつけてください。

全くない	ほとんどない	時々ある	ほとんど毎日	毎日ある
0	1	2	3	4

	自粛期間前					現在				
	全くない	ほとんどない	時々ある	ほとんど毎日	毎日ある	全くない	ほとんどない	時々ある	ほとんど毎日	毎日ある
1. 一日中、何が起きているのかわからないままに食べ続ける	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. 食事と食事の間の時間に、我慢できずに食べ続けてしまう	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. 恐怖、不安、悲しみ、寂しさ、怒り、退屈などのネガティブな感情を感じたときに食べてしまう	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. 一日中食べ続けてしまうことに動揺してしまう	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. 意図的にダイエット食品を食べる	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. 特定の食物の量を減らしたりあきらめたりした後に、それを食べたいという強烈な衝動にかられる	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. 特定の食物を手に入れられなかった時に、それを手に入れるために過剰な努力をする	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. 特定の食物を減らしたりあきらめたりすると、イライラしたり、神経質になったり、悲しくなったりする	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. 食べることで到達したい感情に至るには、より多く食べる必要がある。これは、ネガティブな感情（悲しさなど）を減らしたり、ポジティブな感情（喜びなど）を増やしたりすることを含む。	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. 特定の食物を食べる量を減らしたり、あきらめたりすること	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

に失敗する										
11. 家族やパートナーがダイエットをしていたり、減量目的のその他の行動をしていたりする	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. 入眠障害や不眠症	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. 現在や将来の状況への、絶望的な考えや悩ましい思い	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. 泣いてしまうことがよくある	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
	自粛期間前					現在				
	全くない	ほとんどない	時々ある	ほとんど毎日	毎日ある	全くない	ほとんどない	時々ある	ほとんど毎日	毎日ある
15. 孤独感	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. 焦燥感や緊張感	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. 家族や友人と連絡を取りたくなくなる	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. 死に関連した侵入的な思考	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. 欲望や性的快楽の喪失	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. 健康面を過度に心配したり、感染症や COVID-19 への感染の危険性を過度に心配したりする	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. 感染症や COVID19 に関連した不安感や緊張感	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. 失業や収入減少に関連する心配	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. 感情がコントロールできないような感覚になる	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. 感情を理解するのが難しい	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. ネガティブな感情を持っているときに、怒りや恥ずかしさを感じる	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. 自分自身、物、他人などに攻撃的な行動をとる	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. イライラや、言い争いごとが続く	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. タバコを吸う	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. アルコールの摂取	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. その他の精神作用物質の使用	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. オンラインで特に必要ではない商品を購入し、コントロールできないように感じる	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

32. テレビゲームをしたり、オンラインでギャンブルをしたりする	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. 一日の大部分をソーシャルメディアやインターネットを利用して過ごす（学業や仕事目的ではない）	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. ギャンブルに関して問題がある	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV 遠隔治療の評価

以下の質問票の質問に対して、該当する項目に〇をつけてください。

全くない	当てはまらない	どちらでもない	当てはまる	非常に当てはまる
0	1	2	3	4

	全くない	当てはまらない	どちらでもない	当てはまる	非常に当てはまる
1. 自粛期間中に受けた遠隔治療は適切だった	⓪	①	②	③	④
2. 遠隔治療への移行は容易だった	⓪	①	②	③	④
3. 新しい治療は快適に受けられた	⓪	①	②	③	④
4. 遠隔治療を続けていきたいと思う	⓪	①	②	③	④
5. 新しい治療における秘密保持に関して、信頼している	⓪	①	②	③	④
6. 遠隔治療中の心理士との関係性に関して満足している	⓪	①	②	③	④
7. 心理士との関係性は、対面式のセッションと変わりはない	⓪	①	②	③	④
8. 自分が受けた遠隔治療に関して、たいてい満足している	⓪	①	②	③	④
9. 遠隔診療を必要な限り続けて受けたいと思う	⓪	①	②	③	④
10.新しい治療は、自粛期間中に有効だったと思う	⓪	①	②	③	④

11. 遠隔治療を自粛期間中に受けることのあなたにとっての課題はどのようなことでしたか?

12. 遠隔治療を自粛期間中に受けることの良い点はどのようなことであると思います?

13. 遠隔治療を自粛期間中に受けることの欠点はどのようなことであると思いますか?

(translated by Noriaki Ohsako & Michiko Nakazato)

COVID 격리 섭식 척도(COVID Isolation Eating Scale, CIES)

섭식장애/비만 환자의 외출 제한의 영향과 비대면 개입에 대한 평가

해당 척도는 COVID-19 유행으로 인한 격리가 섭식장애 및 비만 치료 환자에게 어떤 영향을 미쳤는지 조사하는 것을 목적으로 합니다. 이 척도는 식습관 증상과 관련된 다른 관심 영역의 변화를 확인하며, 외출을 제한하는 동안의 비대면 개입에 대한 평가를 포함합니다. 이 척도는 대면 혹은 전화/온라인 둘 다 응답하도록 설계되어 있습니다.

실시일: ____ / ___ / _____	생년월일: ____ / ___ / _____	만 나이: _____
거주 국가:	거주 지역:	
성별: ⓪ 여성 ① 남성	키 (m): _____	
외출제한 전 몸무게: _____ (Kg)	현재 몸무게 _____ (Kg)	
외출제한은 : ⓪ 자발적 ① 의무적		
해당되는 경우, 거주지에서 외출제한이 종료된 날짜: ____ / ___ / 2020		

I 외출 제한 동안의 상황

1.	당신은 언제부터 COVID-19 유행으로 인해 외출이 제한되었습니까?	___ / ___ / _____
2.	당신은 외출을 제한하는 동안 누구와 함께 살았습니까? (해당 항목을 표시해주세요) 외출을 제한하는 동안 몇 명과 함께 살았는지 표시해주세요:	☐ 혼자 ☐ 배우자 ☐ 아이 ☐ 부모 ☐ 시부모 ☐ 기타 (예. 친구) _____
3.	외출을 제한하는 동안 다른 사람들을 돌보았습니까? (해당 항목을 표시해주세요) 외출을 제한하는 동안 몇 명의 사람을 돌보았습니까?	☐ 누구도 돌보지 않았다 ☐ 배우자 ☐ 아이 ☐ 부모 ☐ 시부모 ☐ 기타 (예. 친구) _____
4.	해당 기간에 COVID-19와 접촉한 적이 있습니까? 해당 기간에 가족 구성원이나 당신과 가까운 사람이 COVID-19에 접촉한 적이 있습니까?	⓪ 아니오 ① 예 ⓪ 아니오 ① 예 그렇다면, 누구인지 작성하세요: _____
5.	해당 기간에 COVID-19에 감염된 가족 구성원이나 다른 사람을 돌보았습니까?	⓪ 아니오 ① 예 그렇다면, 누구인지 작성하세요: _____
6.	당신이 취업했다면, 외출을 제한하는 동안에도 일을 계속했습니까? 외출을 제한한 동안에도 일했다면 어떤 방식으로 했습니까?	⓪ 아니오 ① 예 ② 해당 없음 ⓪ 비대면 ① 대면 ② 둘 다
7.	외출의 제한으로 인해 경제적 수입의 부분적 혹은 완전한 손실이 있었습니까?	⓪ 아니오 ① 예
8.	외출을 제한하기 직전에 섭식장애 혹은 비만에 대한 치료를 받고 있었습니까? 만약 치료를 받았다면, 언제부터인지 작성하세요 (월)	⓪ 아니오 ① 외래환자 ② 낮병원 ③ 입원환자 _____

II 외출 제한이 섭식 증상에 미친 영향

1. 당신은 현재 어떤 섭식장애 진단을 받았습니까?

   ① 신경성 식욕부진증 ② 신경성 폭식증 ③ 폭식장애 ④ 명시되지 않은 섭식장애 ⑤ 해당 없음

2. 당신은 다른 정신질환으로 진단된 적이 있습니까? (모든 해당 항목을 표시해주세요)

☐ 없음	☐ 특정 공포증	☐ 물질 사용/금단
☐ 불안	☐ 사회불안	☐ 행위중독
☐ 우울	☐ 신체형	☐ 정신증
☐ 양극성	☐ ADHD	☐ 충동 조절
☐ 강박	☐ 신경질환	☐ 기타 _____

3. 당뇨병이 있습니까? ⓪ 아니오 ① 예

   그렇다면, 외출을 제한한 동안 다음에 해당하는지 아닌지 표시해주세요

   가. 식사 지침을 따르는 게 어려우셨나요? ····· ⓪ 아니오 ① 예

   나. 규칙적으로 약물을 복용하는 게 어려우셨나요? ····· ⓪ 아니오 ① 예

   다. 모세혈관 혈당조절의 경우, 수치가 증가했나요? ····· ⓪ 아니오 ① 예

   라. 경구용 저혈당약을 복용하는 경우, 복용량을 늘려야 했나요? ····· ⓪ 아니오 ① 예

   마. 인슐린을 주사했다면, 일일 복용량이나 횟수를 늘려야 했나요? ····· ⓪ 아니오 ① 예

당신이 외출을 제한한 전후로 경험한 다음 행동의 정도를 알아보고자 합니다. 각 행동에 대해 당신의 경험에 가장 적합한 곳에 표시해주시길 바랍니다.

	외출제한 전					현재				
	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	거의 항상 그렇다	항상 그렇다	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	거의 항상 그렇다	항상 그렇다
4. 체중, 식사, 체형에 대해 걱정했다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. 식사량을 의도적으로 제한했다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. 하루 식사 횟수를 의도적으로 제한했다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. 하루 종일 식사 사이에 적은 양을 반복적으로 섭취했다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. 짧은 시간 동안 많은 양의 음식을 섭취했으며, 이를 조절할 수 없다고 느꼈다. (폭식)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. 구토를 유도했다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. 완화제를 사용했다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. 이뇨제를 사용했다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. 매일 운동했다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. 끊임없이 육체적으로 에너지를 소비하는 활동을 했다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III 외출 제한에 대한 반응

외출 제한 전후로 아래 언급된 사항들을 어느 정도로 경험했는지 조사하고자 합니다. 당신의 경험에 가장 부합하는 답변에 체크해주시기 바랍니다.

전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	거의 항상 그렇다	항상 그렇다
0	1	2	3	4

	외출제한 전					현재				
	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	거의 항상 그렇다	항상 그렇다	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	거의 항상 그렇다	항상 그렇다
1. 무슨 일이 일어나고 있는지 깨닫지 못한 채 하루 종일 끊임없이 먹는다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. 그러지 않으려고 노력해도 식사 사이에 끊임없이 먹는 것을 멈추지 못한다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. 두려움, 불안, 슬픔, 외로움, 분노, 지루함 등 부정적 감정을 경험할 때 먹는다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. 하루 종일 끊임없이 먹는 것에 대해 기분이 언짢다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. 의도적으로 체중감량식품을 먹는다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. 특정 음식을 줄이거나 끊고 나서 그것을 먹고 싶은 강력한 욕구를 느낀다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. 특정 음식이 없을 때 그것을 구하기 위해 추가적인 노력을 들인다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. 특정 음식을 줄이거나 끊을 때 과민하거나 긴장되거나 슬퍼진다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. 도달하고 싶은 감정에 도달하려면 점점 더 많이 먹어야 한다. (예, 슬픔과 같은 부정적 정서 혹은 기쁨과 같은 긍정적 정서에 도달하기 위해)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. 특정 음식의 섭취를 줄이거나 끊는 것을 실패한다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. 체중을 감량하기 위한 식이조절 또는 다른 행동을 하는 가족 혹은 배우자가 있다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. 잠들기 어렵거나 불면증이 있다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. 현재와 미래 상황이 절망적이고 고통스럽다고 생각한다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. 자주 운다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	외출제한 전					현재				
	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	거의 항상 그렇다	항상 그렇다	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	거의 항상 그렇다	항상 그렇다
15. 외로움을 느낀다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. 불안하거나 긴장된다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. 가족이나 친구들과 연락을 유지하려는 의지가 부족하다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. 죽음과 관련된 침습적인 생각이 든다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. 성적 욕구나 쾌감이 상실된다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. 건강과 COVID 19 또한/그리고 다른 전염병에 감염될 위험에 대해 극도로 걱정한다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. COVID 19 또한/그리고 다른 전염병과 관련된 불안과 긴장감을 느낀다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. 실직 또는/그리고 수입에 대해 걱정한다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. 주체할 수 없는 감정을 느낀다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. 감정을 이해하기 어렵다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. 부정적 감정을 느낄 때 화나거나 수치스럽다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. 자신, 타인 또는 물건에 공격적인 행동을 한다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. 과민함 또는/그리고 지속적인 논쟁을 한다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. 담배를 핀다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. 술을 마신다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. 정신에 영향을 미치는 다른 물질을 사용한다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. 필요하지 않는 제품들을 온라인으로 쇼핑하며 이를 제어할 수 없다고 느낀다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. 비디오 게임(들) 또는/그리고 온라인 도박을 한다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. 하루 중 SNS 나 인터넷 사용에 많은 시간을 쓴다(학업, 직업적 목적이 아님).	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. 도박 문제가 있다.	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV 원격 치료에 대한 평가

아래의 문장을 읽고 이에 대해 얼마나 동의하는지 체크해주시기 바랍니다.

전혀 동의하지 않음	동의하지 않음	보통	동의함	전적으로 동의함
0	1	2	3	4

	전혀 동의하지 않음	동의하지 않음	보통	동의함	전적으로 동의함
1. 외출 제한 중 받는 원격 치료가 적절하다고 생각한다.	⓪	①	②	③	④
2. 원격 치료로의 전환이 나에겐 쉬웠다.	⓪	①	②	③	④
3. 새로운 개입이 편안하다고 느껴왔다.	⓪	①	②	③	④
4. 컴퓨터 기반 치료를 지속할 동기가 있다.	⓪	①	②	③	④
5. 이 새로운 치료가 비밀 보장을 확실히 할 거라 확신한다.	⓪	①	②	③	④
6. 원격 치료 중 치료자와의 상호작용이 만족스럽다고 생각한다.	⓪	①	②	③	④
7. 원격 치료 중 치료자와의 상호작용이 대면 치료와 비슷했다.	⓪	①	②	③	④
8. 대체적으로 내가 받은 원격 치료에 대해 만족한다.	⓪	①	②	③	④
9. 필요한 한 원격 치료를 계속 받을 의향이 있다.	⓪	①	②	③	④
10. 외출 제한 동안 받는 이 새로운 치료가 효과적이라고 생각한다.	⓪	①	②	③	④

11. 외출 제한 중 원격 치료를 받을 때 가장 큰 어려움은 무엇이라 생각하십니까?

12. 외출 제한 중 원격 치료의 주요 강점은 무엇이라 생각합니까?

13. 외출 제한 중 원격 치료의 주요 약점은 무엇이라 생각합니까?

新冠隔离进食量表(COVID Isolation Eating Scale- CIES)

隔离对进食障碍 / 肥胖患者的影响与远程干预评估

本量表旨在考察新冠疫情下隔离措施对进食障碍和 / 或肥胖患者获取治疗有何影响。量表一方面考察与隔离相关的进食症状及其他方面变化，另一方面对患者在隔离期间获取的远程干预进行评估。根据设计，该量表可通过面谈或电话 / 网络完成。

当前日期：____ / ___ / _____	出生日期：____ / ___ / _____	年龄：_____
居住国家：	居住城市：	
性别： ⓪ 女性 ① 男性 ② 其他	身高（米）： _____	
隔离前体重： _____ （公斤）	当前体重 _____ （公斤）	
所在国隔离方式： ⓪ 自愿隔离 ① 强制隔离		
如果你的居住地已全面解除隔离，请填写隔离全面结束日期 ____ / ___ / 2020		

一、隔离期间情况

1.	您从什么时候因新冠病毒流行开始隔离？（仅对曾经历隔离的患者）	___ / ____ / _____
2.	隔离期间您与哪些人一同生活？ （勾选所有合适选项）.....	▯ 独居 ▯ 配偶 / 伴侣 ▯ 孩子 ▯ 父亲 / 母亲 ▯ 继父 / 继母 ▯ 其他人（朋友, ...） 隔离期间与您一同生活的有多少人？ _____
3.	隔离期间是否有亲属或其他人照料您？ （勾选所有合适选项）.....	▯ 无人照顾 ▯ 配偶 / 固定伴侣 ▯ 孩子 ▯ 父亲 / 母亲 ▯ 继父 / 继母 ▯ 其他人（朋友, ...） 隔离期间照料您的有多少人？ _____
4.	疫情期间您是否感染新冠病毒？..... 疫情期间您是否有家人或亲近的人感染新冠病毒？.....	⓪ 否 ① 是 ⓪ 否 ① 是 *若有，请指明是谁：* _____
5.	疫情期间您是否照料过感染新冠病毒的家人或其他人？.....	⓪ 否 ① 是 *若有，请指明是谁：* _____
6.	如果您已就业，隔离期间您是否仍继续工作？..... 若您曾在隔离期间工作，请指明工作方式：	⓪ 否 ① 是 ② 未就业 ① 远程工作 ② 现场工作 ③ 都有
7.	隔离是否导致您部分或完全失去经济收入？	⓪ 否 ① 是
8.	隔离开始之前，您是否在接受进食障碍和 / 或肥胖的治疗？... 若当时已接受治疗，请说明治疗已开展的时间（以月计）：	⓪ 否 ① 门诊 ② 日间病房 ③ 住院 _____

二、隔离对进食症状的影响

1. 如果您有进食障碍，您当前的诊断是：

① 神经性厌食　② 神经性贪食　③ 暴食障碍　④ 未特定　5 不适用

2. 您是否被诊断为其他精神精神障碍？（勾选所有合适选项）

- ▯ 无
- ▯ 焦虑症
- ▯ 抑郁症
- ▯ 双相障碍
- ▯ 强迫症
- ▯ 特定恐惧症
- ▯ 社交恐惧症
- ▯ 躯体形式障碍
- ▯ 注意缺陷与多动障碍（ADHD）
- ▯ 神经系统疾病
- ▯ 物质滥用或依赖
- ▯ 行为成瘾
- ▯ 精神病性障碍
- ▯ 冲动控制障碍
- ▯ 其他 _____

3. 您是否患有糖尿病？　⓪ 否　① 是

如果是，隔离期间您是否

a. 难以遵循饮食指导 ..... ⓪ 否　① 是

b. 难以获取日常用药 ..... ⓪ 否　① 是

c. 如果您监测血糖，是否注意到血糖水平升高？ ..... ⓪ 否　① 是

d. 如果您口服降糖药治疗，是否不得不增加剂量？ ..... ⓪ 否　① 是

e. 如果您注射胰岛素，是否不得不增加每日剂量或注射次数？ ..... ⓪ 否　① 是

我们想了解您在隔离前后经历以下行为的程度。针对每种行为，勾选量表中与您经历最符合的描述：

	隔离前					现在				
	从不	几乎不	有时	几乎总是	总是	从不	几乎不	有时	几乎总是	总是
4. 对体重、饮食和身体形象的忧虑	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. 刻意限制食量	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. 刻意限制每日进餐次数	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7.整日在正餐间反复少量进食	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. 短时间内吃大量食物，伴有失控感（暴食）	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. 催吐	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. 使用泻剂	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. 使用利尿剂	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

12. 每天频繁运动	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. 反复进行其他消耗体能的活动	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

三、对隔离的反应

我们想了解您在隔离前后经历以下行为的程度。针对每种行为，勾选量表中与您经历最符合的描述。

从不	几乎不	有时	几乎总是	总是
0	1	2	3	4

	隔离前					现在				
	从不	几乎不	有时	几乎总是	总是	从不	几乎不	有时	几乎总是	总是
1. 不知不觉地整日吃个不停	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
2. 尽管努力克制，仍忍不住地在正餐间不断进食	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. 在体验负面情绪时进食，如：恐惧、焦虑、悲伤、孤独、愤怒或无聊	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. 为自己整天吃个不停感到心烦	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. 刻意食用减肥食品	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. 在减少或停止吃某些食物后，有强烈的欲望吃这些食物	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. 当无法得到某些食物时格外努力地去获取这些食物	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. 在减少或停止摄取某些食物时感到易怒、紧张或悲伤	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. 你需要吃得越来越多才能获得你想通过吃来获得的感受，包括减少负面情绪（如悲伤）或增加正面情绪（如愉悦）	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. 无法减少或停止摄取某些食物	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. 有家庭成员和 / 或伴侣节食，或用其他方式减肥	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. 入睡困难或失眠	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

13. 对当前和未来处境感到绝望或痛苦	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. 经常哭泣	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	隔离前					现在				
	从不	几乎不	有时	几乎总是	总是	从不	几乎不	有时	几乎总是	总是
15. 感到孤独	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. 烦躁或紧张	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. 不愿和家人或朋友保持联系	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. 脑中有关于死亡的闯入性想法	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. 缺乏性欲或性快感	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. 对健康及感染新冠病毒和/或其他传染病的风险极度担心	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
21. 关于传染病和 / 或新冠病毒的焦虑和紧张	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. 担心失业和 / 或收入损失	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. 感到情绪失控	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. 难以理解自己的情绪和感受	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. 为自己的负面情绪感到愤怒或羞耻	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. 对自己、物体或他人的攻击性行为	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. 易激惹和 / 或经常与他人争论	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. 吸烟	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. 饮酒	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. 使用其他精神活性物质	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. 上网购买非必需品，并感到失去控制	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

32.打电子游戏，或进行游戏赌博和/或网络赌博	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. 一天中很大一部分时间消耗在社交媒体和 / 或互联网上（非学术或工作目的）	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. 沉迷赌博	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

四、远程干预评估

请在以下量表中勾选符合您同意 / 不同意程度的选项：

完全不同意	不同意	既不同意也不反对	同意	完全同意
0	1	2	3	4

	完全不同意	不同意	中立	同意	完全同意
1. 我相信自己在隔离期间接受的远程治疗是充分的	⓪	①	②	③	④
2. 向远程治疗的转变过程对我来说是容易的	⓪	①	②	③	④
3. 我对远程干预感到自在	⓪	①	②	③	④
4. 我有动力继续接受远程治疗	⓪	①	②	③	④
5. 我对远程干预的保密性有信心	⓪	①	②	③	④
6. 我对远程干预中与心理工作者的互动感到满意	⓪	①	②	③	④
7. 与心理工作者的远程互动与当面晤谈是相似的	⓪	①	②	③	④
8. 总体上，我对自己接受的远程干预感到满意	⓪	①	②	③	④
9. 只要有必要，我愿意继续接受远程治疗	⓪	①	②	③	④
10. 我认为隔离期间的远程治疗是有效的	⓪	①	②	③	④

11. 隔离期间，您在远程治疗中面临的主要挑战有哪些？

12. 对您来说，隔离期间远程干预的主要优势有哪些？

13. 在您看来，隔离期间远程干预的主要缺陷有哪些？

Опитувальник щодо оцінювання харчування під час ізоляції, зумовленої COVID-19

Isolation Eating Scale- CIES

НАСЛІДКИ ІЗОЛЯЦІЇ ДЛЯ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ / ОГЛЯД І ОЦІНЮВАННЯ ДИСТАНЦІЙНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ

Шкала орієнтована на дослідження наслідків ізоляції, зумовленої COVID-19, для осіб з розладами харчової поведінки та / або надмірною вагою, які отримували лікування в умовах пандемії COVID-19. За допомогою шкали можна проаналізувати зміни в симптомах, пов'язаних із прийманням їжі та в інших сферах, асоційованих з ізоляцією, зумовленою COVID-19 . Окрім того, за допомогою даної шкали можна оцінити дистанційній інтервенції, отримані під час ізоляції.

Шкалу можна заповнити особисто, а також по телефону / онлайн.

Дата заповнення: __ / ___ /_____	Дата народження: ____ / ___ / _____	Вік (в роках): _____
Країна проживання:	Місто проживання:	
Стать: ⓪ Жіноча ① Чоловіча	Зріст (м): _____	
Вага до ізоляції: _____ (кг)	Вага на момент заповнення _____ (кг)	
Ізоляція в моїй країні була: ⓪ Добровільна ① Обов'язкова		
Якщо можливо, зазначте дату закінчення повної ізоляції (карантину) у вашому місці проживання: ____ / ___ /2020		

I ІНФОРМАЦІЯ ПРО УМОВИ ІЗОЛЯЦІЇ

1.	Якщо можливо, вкажіть дату початку ізоляції, пов'язаною з пандемією COVID-19 у вашому випадку?	___ / ____ / _____
2.	З ким Ви проживали під час ізоляції? (Зазначте усі можливі варіанти).....	▯ Один / одна ▯ Подружжя / партнер ▯ Діти ▯ Батько / мати ▯ Свекор / Свекруха ▯ Інші люди (друзі, і т.п.) Зазначте, з якою кількістю людей ви проживали під час ізоляції: _____
3.	Чи були у Вас родичі або інші люди, які потребували вашого догляду під час ізоляції? (Зазначте всі можливі варіанти)	▯ Не було ▯ Подружжя / партнер ▯ Діти ▯ Батько / мати ▯ Свекор / Свекруха ▯ Інші люди (друзі, і т.п.) Зазначте, скільки людей потребували вашого догляду під час ізоляції: _____
4.	Чи були Ви інфіковані COVID-19 у цей період ?.....	⓪ Ні ① Так
	Чи був хтось з Вашої родини інфікований COVID-19 у цей період?	⓪ Ні ① Так *Якщо так, зазначте хто це був:* _____
5.	Чи піклувались Ви у цей період про члена родини чи особу, яка була інфікована COVID-19?	⓪ Ні ① Так *Якщо так, зазначте хто це був:* _____
6.	За умови, що Ви були працевлаштовані до початку ізоляції, чи продовжували Ви працювати під час дії обмежень?.....	⓪ Ні ① Так ② Не застосовується
	Якщо ви працювали під час ізоляції, зазначте як:	① Віддалено ② Особиста присутність ③ Обидва варіанти
7.	Чи супроводжувалася ізоляція частковою або повною втратою вашого доходу?	⓪ Ні ① Так

8. Чи проходили Ви лікування щодо розладів харчової поведінки та / або надмірної ваги незадовго до початку ізоляції?.....
⓪ Ні
① Амбулаторно
② Денний стаціонар
③ Стаціонар

Якщо Ви проходите лікування, вкажіть протягом якого часу (у місяцях): _____

II ВПЛИВ ІЗОЛЯЦІЇ НА СИМПТОМИ, ЯКІ ПОВЯЗАНІ ІЗ ПРИЙМАННЯМ ЇЖІ

1. Якщо можливо, вкажіть Ваш діагноз розладу харчової поведінки:
① Нервова анорексія ② Нервова булімія ③ Компульсивне переїдання ④ Не встановлено 5 Немає даних

2. Чи діагностовано у Вас інший психічний розлад? (Зазначте усі можливі варіанти)

- ☐ Жодного
- ☐ Тривога
- ☐ Депресія
- ☐ Біполярний афективний розлад
- ☐ Обсесивно-компульсивний розлад
- ☐ Специфічна фобія
- ☐ Соціальна фобія
- ☐ Соматоформний розлад
- ☐ РДУГ
- ☐ Неврологічний розлад
- ☐ Розлад, пов'язаний із вживанням ПАР
- ☐ Поведінкова адикція
- ☐ Психотичний розлад
- ☐ Порушення контролю над імпульсами
- ☐ Інші _____

3. Чи діагностовано у Вас цукровий діабет? ⓪ Ні ① Так

Якщо так, вкажіть що із наведеного нижче спостерігалося під час ізоляції

a. Виникли труднощі з дотриманням інструкцій щодо дієти ..... ⓪ Ні ① Так

b. Було важко отримати необхідні лікарські засоби ..... ⓪ Ні ① Так

c. Якщо Ви контролювали рівень глюкози у крові, чи були випадки підвищення рівня глюкози?..... ⓪ Ні ① Так

d. Якщо Ви вживали пероральні гіпоглікемічні препарати, чи доводилося Вам збільшувати їх дозування?..... ⓪ Ні ① Так

e. Якщо Вам вводили інсулін, чи доводилося Вам збільшувати дозу або кількість ін'єкцій на добу?..... ⓪ Ні ① Так

Нам важливо з'ясувати стратегії Вашої поведінки до та після ізоляції, зумовленої COVID-19 . Оберіть варіант з опитувальника, який найбільше характеризує Вашу поведінку :

	До ізоляції					Зараз				
	Ніколи	Дуже рідко	Інколи	Майже завжди	Постійно	Ніколи	Дуже рідко	Інколи	Майже завжди	Постійно
4. Стурбованість вагою, раціоном і зовнішнім виглядом	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Умисне обмеження кількості з'їденої їжі	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Умисне обмеження кількості прийомів їжі на добу	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Часте повторюване вживання невеликої кількості їжі протягом доби	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Вживання великої кількості їжі за короткий проміжок часу з відчуттям втрати контролю (компульсивне переїдання)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Штучне провокування блювання	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Використання послаблюючих засобів	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Використання діуретиків	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Щоденні фізичні навантаження	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Регулярне виконання інших видів діяльності, спрямованих на фізичну втрату енергії	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

III РЕАКЦІЯ НА ІЗОЛЯЦІЮ

Нам важливо з'ясувати стратегії Вашої поведінки до та після ізоляції. Оберіть варіант відповіді з опитувальника, який найбільше характеризує Вашу поведінку:

Ніколи	Дуже рідко	Інколи	Майже завжди	Постійно
0	1	2	3	4

	До ізоляції					Зараз				
	Ніколи	Дуже рідко	Інколи	Майже завжди	Постійно	Ніколи	Дуже рідко	Інколи	Майже завжди	Постійно
1. Постійно вживаєте їжу протягом дня, без усвідомлення того, що відбувається	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

2. Відчуваєте, що не в змозі чинити опір бажанню постійно їсти між прийомами їжі, незважаючи на спроби цього не робити	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
3. Вживаєте їжу, коли є негативні емоції, такі як страх, тривога, смуток, самотність, гнів чи нудьга	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
4. Відчуваєте себе засмученим через постійне бажання їсти протягом дня	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
5. Свідомо вживаєте продукти для схуднення	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
6. Відчуваєте сильний потяг до вживання певних продуктів, після обмеження їх у раціоні або відмови від них	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
7. Докладаєте додаткових зусиль, щоб отримати окремі продукти, коли їх немає в наявності	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
8. Відчуваєте дратівливість, знервованість або сум, коли Ви обмежуєте вживання певних продуктів або відмовляєтесь від них	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
9. Відчуваєте, що для задоволення своїх потреб Вам потрібно їсти все більше і більше. Це у свою чергу приглушує негативні емоції (смуток) або посилює позитивні емоції (насолода).	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
10. Не в змозі зменшити кількість або відмовитися від вживання певних продуктів	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
11. Члени сім'ї та / або партнер перебувають на дієти чи вживають інших заходів, щоб схуднути	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
12. Проблеми із засинання або безсоння	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
13. Відчуття безнадійності або тривожні думки про поточну та майбутню ситуацію	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
14. Епізоди невпинного плачу	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

	До ізоляції					Зараз				
	Ніколи	Дуже рідко	Інколи	Майже	Постійно	Ніколи	Дуже рідко	Інколи	Майже	Постійно
15. Почуття самотності	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
16. Хвилювання або знервованість	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
17. Відсутність готовності підтримувати контакт з родиною або друзями	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
18. Нав'язливі думки, пов'язані зі смертю	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
19. Втрата бажання або сексуального задоволення	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
20. Надзвичайна стурбованість здоров'ям та ризиком	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

зараження інфекційними захворюваннями та / або COVID19										
21. Тривожність і знервованість, пов'язані з інфекційними захворюванням та / або COVID19	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
22. Занепокоєння про втрату роботи та / або доходу	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
23. Відчуття неможливості контролю емоцій	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
24. Складність розуміння почуттів	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
25. Почуття гніву чи сорому при виникненні негативних емоцій	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
26. Агресивна поведінка по відношенню себе, різних об’єктів чи інших людей	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
27. Дратівливість та / або постійні суперечки	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
28. Вживання тютюну	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
29. Вживання алкоголю	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
30. Вживання інших психоактивних речовин	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
31. Покупка в Інтернеті непотрібних продуктів і відчуття, що Ви не можете це контролювати	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
32. Відеоігри чи ігри онлайн та / або азартні ігри онлайн	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
33. Проводите значну частину дня, використовуючи соціальні медіа та / або Інтернет (не для навчальних чи робочих цілей)	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④
34. Маєте проблеми з азартними іграми	⓪	①	②	③	④	⓪	①	②	③	④

IV ОЦІНКА ДИСТАНЦІЙНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ

Будь ласка, поставте відповідну позначку, враховуючи ступінь згоди / незгоди з такими твердженнями, використовуючи цю шкалу:

Повністю не згоден	Не згоден	Радше згоден	Згоден	Повністю згоден
0	1	2	3	4

	Повністю не згоден	Не згоден	Радше згоден	Згоден	Повністю згоден
1. Я вважаю, що дистанційна форма терапія, отримана під час ізоляції, була ефективною	⓪	①	②	③	④
2. Перехід до дистанційної форми терапії був для мене легким	⓪	①	②	③	④
3. Я почував /ла в себе комфортно з новим способом надання допомоги	⓪	①	②	③	④
4. Я вмотивований/на продовжувати терапію через засоби телекомунікації	⓪	①	②	③	④
5. Я впевнений/на у конфіденційності нового способу втручання	⓪	①	②	③	④
6. Вважаю взаємодію з психологом під час дистанційного втручання задовільною	⓪	①	②	③	④
7. Взаємодія з психологом була схожа на взаємодію сеансів віч-на-віч	⓪	①	②	③	④
8. Взагалі я задоволений дистанційними інтервенціями, які я отримав/ла	⓪	①	②	③	④
9. Я готовий/а продовжувати отримувати терапію дистанційно скільки буде потрібно	⓪	①	②	③	④
10. Я думаю, що новий спосіб втручань був ефективним під час ізоляції	⓪	①	②	③	④

11. Зазначте основні проблеми, пов’язані з дистанційною терапією, які у Вас виникли під час ізоляції?

12. Які основні переваги дистанційних інтервенцій під час ізоляції?

13. Які основні слабкі сторони дистанційних інтервенцій під час ізоляції?