

## Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Takk for frammøtet til undersøkelsen!

Vi vil også be deg fylle ut dette spørreskjemaet. Opplysningene vil bli brukt i større forskningsarbeider om forebyggende helsearbeid. Noen av spørsmålene likner på spørsmål du har svart på i det skjemaet du fylte ut heime og leverte ved frammøte til helseundersøkelsen. Det er likevel viktig at du svarer på alle spørsmålene også i dette skjemaet. Det utfylte skjemaet returneres i vedlagte svarkonvolutt. Porto er betalt. Alle opplysningene er underlagt streng taushetsplikt.

Vennlig hilsen

Helsetjenesten i Nord-Trøndelag

Statens Institutt for Folkehelse Statens helseundersøkelser

Hvis du ikke ønsker å besvare spørreskjemaet, sett kryss her og returner skjemaet. Da slipper du purring. Jeg ønsker ikke å besvare skjemaet

### UTFYLLING

Dato for utfylling av skjema:  /  19

### OPPVEKST

I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år?

Hvis du ikke bodde i Norge, oppgi land i stedet for kommune.

24

### ARBEID

Nåværende eller tidligere arbeid:

Hva slags inntektsgivende arbeid har du og event. din ektefelle/samboer? Hvis du/dere ikke har inntektsgivende arbeid nå: Oppgi det siste yrket.

|  | 25                          | 36                          |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Spesialarbeider eller ufaglært arbeider                        | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| Fagarbeider, handverker, formann                               | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| Underordnet funksjonær (f.eks. butikk, kontor, off. tjenester) | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| Fagfunksjonær (f.eks. sykepleier, tekniker, lærer)             | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| Overordnet stilling i off. eller privat virksomhet             | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| Sjåfør   | 30 <input type="checkbox"/> | 41 <input type="checkbox"/> |
| Gårdbruker eller skogeier                                      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| Fisker   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| Selvstendig i akademisk erverv (f.eks. tannlege, advokat)      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| Annen selvstendig næringsvirksomhet                            | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| Har ikke vært i inntektsgivende arbeid                         | 35 <input type="checkbox"/> | 46 <input type="checkbox"/> |

Hvis du NÅ ikke har inntektsgivende arbeid eller du ikke har heltids husarbeid: Gå til BOLIG.

Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sykefravær:

|                         | 47                       | 48                       |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| med egenmelding         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| med sykmelding fra lege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis «Ja»: Hvor lenge tilsammen? Bare ett kryss

|                     |                             |                            |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 2 uker eller mindre | 49 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2-8 uker            | <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/> |
| Mer enn 8 uker      | <input type="checkbox"/>    | 3 <input type="checkbox"/> |

Har du i løpet av de siste 12 månedene vurdert å skifte yrke eller arbeidsplass?  50

Er arbeidet ditt så fysisk anstrengende at du ofte er sliten i kroppen etter en arbeidsdag? Bare ett kryss  51

|                   |                          |                             |                          |                            |
|-------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Ja, nesten alltid | <input type="checkbox"/> | 1 Ganske sjelden            | <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Ganske ofte       | <input type="checkbox"/> | 2 Aldri, eller nesten aldri | <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

Krever arbeidet ditt så mye konsentrasjon og oppmerksomhet at du ofte føler deg utslitt etter en arbeidsdag?  52

|                   |                          |                             |                          |                            |
|-------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Ja, nesten alltid | <input type="checkbox"/> | 1 Ganske sjelden            | <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Ganske ofte       | <input type="checkbox"/> | 2 Aldri, eller nesten aldri | <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

Hvordan trives du alt i alt med arbeidet ditt?  53

|             |                          |                    |                          |                            |
|-------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Veldig godt | <input type="checkbox"/> | 1 Ikke særlig godt | <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Godt        | <input type="checkbox"/> | 2 Dårlig           | <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

### BOLIG

Hvem bor du sammen med?

| Ett kryss for hver linje og angi antall | Ja                          | Nei                      | Antall               |
|---|-----------------------------|--------------------------|----------------------|
| Ektefelle/samboer                       | 54 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Andre personer over 18 år               | 55 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Personer under 18 år                    | 58 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Hvor mange av barna har plass i barnehage?  61

Hvilken type bolig bor du i? Bare ett kryss

|                         |                             |                            |
|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Enebolig/villa          | 63 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Gårdsbruk               | <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/> |
| Blokk/terrasseleilighet | <input type="checkbox"/>    | 3 <input type="checkbox"/> |
| Rekkehus/2-4 mannsbolig | <input type="checkbox"/>    | 4 <input type="checkbox"/> |
| Annen bolig             | <input type="checkbox"/>    | 5 <input type="checkbox"/> |

Hvor stor er din boenhet?  64 kvm

|   | 67                          | 69                       |
|---|-----------------------------|--------------------------|
| Er det heldekkende tepper i stua?                     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Er det heldekkende tepper på ditt soverom?            | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Er det katt i boligen?                                | 69 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er det hund i boligen?                                | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Er det andre pelskleddede dyr eller fugler i boligen? | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

### ØKONOMI

Mottar du noen av følgende offentlige ytelser?

|   | 72                       | 74                          | 79                       |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Sykepenger/sykelønn/rehabiliteringspenger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Ytelser under yrkesrettet attføring       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Uførepensjon                              | <input type="checkbox"/> | 74 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alderspensjon                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Sosialstøtte                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Arbeidsløshetsstrygd                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Overgangsstønad                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Etterlattepensjon                         | <input type="checkbox"/> | 79 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre ytelser                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

Har det i løpet av det siste året hendt at husholdningen har hatt vansker med å klare de løpende utgifter til mat, transport, bolig og liknende? Bare ett kryss  81

|               |                          |                       |                          |                            |
|---------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Ja, ofte      | <input type="checkbox"/> | 1 Ja, en sjelden gang | <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Ja, av og til | <input type="checkbox"/> | 2 Nei, aldri          | <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

### VENNER

Hvor mange gode venner har du?  Antall

Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg god hjelp når du trenger det  82  
Tell ikke med de du bor sammen med, men regn med andre slektninger

Føler du at du har mange nok gode venner?  84

Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. syklubb, idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger?  85

|                                    |                          |                         |                          |                            |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Aldri, eller noen få ganger i året | <input type="checkbox"/> | 1 Omtrent en gang i uka | <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 1-2 ganger i måneden               | <input type="checkbox"/> | 2 Mer enn en gang i uka | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

## DER DU BOR

Svar ut fra nærmiljøet, dvs. nabolaget/grenda.

Ett kryss for hvert spørsmål

**Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her** <sup>86</sup>

Helt enig  1 Delvis enig  2 Usikker  3 Delvis uenig  4 Helt uenig  5

**Selv om noen tar initiativ, er det ingen som blir med på det som settes i gang her** <sup>87</sup>

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**Hvis jeg flytter herfra, vil jeg lengte tilbake** <sup>88</sup>

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**Man kan ikke stole på hverandre her** <sup>89</sup>

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**Når noe skal gjøres her, er det lett å få folk med** <sup>90</sup>

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**Det er vanskelig å få kontakt med folk her** <sup>91</sup>

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**Det er godt samhold her** <sup>92</sup>

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**Ingen orker å ta initiativ til noe lenger her** <sup>93</sup>

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**Folk trives godt her** <sup>94</sup>

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**Folk her kan ha store problemer uten at naboen vet noe** <sup>95</sup>

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**Det er alltid noen som tar initiativ til å løse nødvendige oppgaver her** <sup>96</sup>

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**Folk snakker lite med hverandre her** <sup>97</sup>

Helt enig  1 Delvis enig  2 Usikker  3 Delvis uenig  4 Helt uenig  5

## SYKDOM I FAMILIEN

Kryss av for de slektingene som har eller har hatt noen av sykdommene. Kryss av for «ingen» hvis ingen av slektingene har hatt denne sykdommen. Evt. flere kryss på hver linje

Mor Far Bror Søster Barn Ingen

Hjerneslag eller hjerneblødning ..... <sup>98</sup>

Hjerteinfarkt før

60 års alder ..... <sup>104</sup>

Astma ..... <sup>110</sup>

Allergi ..... <sup>116</sup>

Kreftsykdom ..... <sup>122</sup>

Høyt blodtrykk ..... <sup>128</sup>

Psykiske plager ..... <sup>134</sup>

Osteoporose (benskjørhet) ..... <sup>140</sup>

Diabetes (sukkersyke) ..... <sup>146</sup>

Alder da de fikk diabetes ..... <sup>152</sup>  år  år  år  år  år

Ja Nei

Har du selv høysnue eller neseallergi? ..... <sup>162</sup>

## BRUK AV HELSETJENESTER

Har du i løpet av de siste 12 månedene vært hos :

Ett kryss på hver linje

Ja Nei

allmennpraktiserende lege (kommunelege, privatpraktiserende lege, turnuskandidat) ..... <sup>163</sup>

bedriftslege .....

lege ved sykehus (uten at du var innlagt) .....

annen lege .....

fysioterapeut .....

kiropraktor .....

homøopat ..... <sup>169</sup>

annen behandler (naturmedisiner, fotsoneterapeut, håndspålegger, "healer", "synsk", e.l.) .....

Ja Nei

Har du vært innlagt i sykehus de siste 5 åra? ..... <sup>171</sup>

## ALKOHOL

Hvis du er totalavholdsmann: Gå til KOSTHOLD.

Ett kryss for hver spørsmål

Har du noen gang følt at du burde

Ja Nei

reducere alkoholforbruket ditt? ..... <sup>172</sup>

Har andre noen gang kritisert

Ja Nei

alkoholbruken din? ..... <sup>173</sup>

Har du noen gang følt ubehag eller

Ja Nei

skyldfølelse pga. alkoholbruken din? ..... <sup>174</sup>

Har det å ta en drink noen gang vært det første

Ja Nei

du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppvikker? ..... <sup>175</sup>

## KOSTHOLD

Hvor mange måltider spiser du vanligvis daglig (middag og brødmåltid)? ..... <sup>176</sup>

Antall

Hvor mange dager i uka spiser du varm middag?

Antall

Hva slags type brød (kjøpt eller hjemmebakt) spiser du vanligvis? Inntil to kryss.

| Brødtypen ligner | Loff  | Fint brød                | Kneipp-brød              | Grov-brød                | Knekke-brød              |
|------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| mest på          | ..... <sup>178</sup> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hva slags fett blir vanligvis brukt i din husholdning?

Ett kryss for matlaging og ett kryss for brød

Til matlaging På brød

|                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|
| Bruker ikke smør eller margarin | ..... <sup>183</sup> <input type="checkbox"/> 1 | <sup>184</sup> <input type="checkbox"/> 1 |
| Meierismør                      | ..... <input type="checkbox"/> 2                | <input type="checkbox"/> 2                |
| Hard margarin                   | ..... <input type="checkbox"/> 3                | <input type="checkbox"/> 3                |
| Bløt (soft) margarin            | ..... <input type="checkbox"/> 4                | <input type="checkbox"/> 4                |
| Smør/margarin blanding          | ..... <input type="checkbox"/> 5                | <input type="checkbox"/> 5                |
| Lettmargarin                    | ..... <input type="checkbox"/> 6                | <input type="checkbox"/> 6                |
| Oljer                           | ..... <input type="checkbox"/> 7                | <input type="checkbox"/> 7                |

## MEDISINBRUK

Har du i deler av de siste 12 måneder brukt noen medisiner daglig eller nesten daglig? ..... <sup>185</sup>

Ja Nei

Hvis «Ja»:

Angi hvor mange måneder du brukte følgende

medisiner: Sett 0 hvis du ikke har brukt medisinene

|                       | Antall mndr.                                  |                     | Antall mndr.                                  |
|-----------------------|---|---------------------|---|
| smertestillende       | ..... <sup>186</sup> <input type="checkbox"/> | hjertemedisin (ikke | <input type="checkbox"/>                      |
| sovemedisin           | ..... <sup>188</sup> <input type="checkbox"/> | blodtrykksmedisin)  | <input type="checkbox"/>                      |
| beroligende medisin   | <input type="checkbox"/>                      | annen medisin       | <input type="checkbox"/>                      |
| medisin mot depresjon | <input type="checkbox"/>                      | Kosttilskudd:       |   |
| allergimedisin        | ..... <sup>194</sup> <input type="checkbox"/> | jerntabletter       | ..... <sup>202</sup> <input type="checkbox"/> |
| astmamedisin          | ..... <sup>196</sup> <input type="checkbox"/> | vitamintilskudd     | <input type="checkbox"/>                      |
|                       |   | tran/fiskeoljer     | ..... <sup>206</sup> <input type="checkbox"/> |

Hvor ofte har du brukt avslappende/beroligende medisin eller sovemedisin den siste måneden? <sup>208</sup>

Daglig .....  1 Sjeldnere enn hver uke  3

Hver uke, men ikke hver dag  2 Aldri .....  4

## HODEPINE

Har du vært plaget av hodepine i løpet av de siste 12 måneder? <sup>209</sup>

Ja, anfallsvis (migrene) .....  1

Ja, annen slags hodepine ....  2

Nei .....  3

Antall anfall siste 12 mndr. <sup>210</sup>

Hvis «Nei»: Gå til MUSKEL-/SKJELETTPLAGER

Omtrent hvor mange dager i pr. måned har du hodepine? Mindre enn 7 dager  1 7 til 14 dager  2 Mer enn 14 d.  3

Hvor lenge varer hodepinen vanligvis hver gang? <sup>213</sup> Mindre enn 4 timer  1 4 timer–3 døgn  2 Mer enn 3 døgn  3

Hvor ofte er hodepinen preget av eller ledsaget av: Ett kryss på hver linje

|  | Sjelden eller aldri | Av og til | Ofte |
|--|---------------------|-----------|------|
|--|---------------------|-----------|------|

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| bankende/dunkende smerte ..... <sup>214</sup>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pressende smerte .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| halvsidighet, alltid samme side .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| halvsidighet, vekselvis h. og v. side .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| smarter i «hele hodet» .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kvalme ..... <sup>219</sup>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lys- og/eller lydskyhet .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| forverring ved fysisk aktivitet.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| synsforstyrrelser før hodepine ..... <sup>222</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvor mange tabletter/stikkpiller har du eventuelt brukt av disse medisinene alt i alt i løpet av den siste måneden?

Skriv 0 hvis du ikke har brukt medisinen.

Cafergot  <sup>223</sup> Anervan  <sup>225</sup> Imigran  <sup>227</sup>

## MUSKEL-/SKJELETTPLAGER

Har du hatt plager (smerter, verk, ubehag) i muskler og/eller ledd i den siste måneden? <sup>229</sup> Ja Nei

Hvis «Ja»: Hvor har du hatt disse plagene (ett eller flere kryss) og omtrent hvor mange dager tilsammen var du plaget?

| Plager (Sett kryss)                  | Antall dager         |
|--------------------------------------|----------------------|
| Nakke ..... <sup>230</sup>           | <input type="text"/> |
| Skuldre/aksler ..... <sup>233</sup>  | <input type="text"/> |
| Øvre del av ryggen                   | <input type="text"/> |
| Albuer ..... <sup>239</sup>          | <input type="text"/> |
| Korsryggen ..... <sup>242</sup>      | <input type="text"/> |
| Handledd/hender ..... <sup>245</sup> | <input type="text"/> |
| Hofter ..... <sup>248</sup>          | <input type="text"/> |
| Knær ..... <sup>251</sup>            | <input type="text"/> |
| Ankler/føtter ..... <sup>254</sup>   | <input type="text"/> |

Dersom flere kryss: Sett ring rundt krysset der plagen var verst

Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter den siste måneden? Ja Nei

I arbeidet ..... <sup>257</sup>

I fritida ..... <sup>258</sup>

## SMERTER I BEINA

Har du sår på tå, fot eller ankel som ikke vil gro? ..... <sup>259</sup> Ja Nei

Har du smerter i det ene eller i begge beina når du går? ..... <sup>260</sup>

Har du oppsøkt lege p.g.a. smerter i beina? ..... <sup>261</sup>

Hvis «NEI» på disse spørsmålene: Gå til URINVEGS...

Kan du gå lenger enn 50 meter? ..... <sup>262</sup> Ja Nei

Forsvinner smerten når du står stille en stund? ..... <sup>263</sup>

Må du sette deg for at smerten skal gå over? ..... <sup>264</sup>

Hvor gjør det mest vondt? Ett kryss <sup>265</sup>

Fot  Legg  Lår  Hofte

Har du smerter i beina når du er i ro? ..... <sup>266</sup> Ja Nei

Er smertene verst når du ligger i senga? ..... <sup>267</sup>

Bliir søvnen forstyrret av smertene? ..... <sup>268</sup>

Får du mindre vondt når beinet ligger høyt? ..... <sup>269</sup>

Får du mindre vondt når beinet ligger lavt, f.eks. om beinet henger utfor sengekanten? ..... <sup>270</sup>

Bedres smertene når du står opp og går litt? ..... <sup>271</sup>

## URINVEGS- OG PROSTATAPLAGER

Ett kryss på hver linje

Har du noen gang blitt fortalt av lege at du har: Ja Nei

forstørret prostata ..... <sup>272</sup>

prostatakreft ..... <sup>273</sup>

Har du gjennomgått noe av følgende: Ja Nei

sterilisering ..... <sup>274</sup>

tatt vevsprøve (biopsi) av prostata ..... <sup>275</sup>

kirurgisk fjerning av prostata (helt eller delvis) ..... <sup>276</sup>

De neste spørsmålene gjelder siste måned

Bare ett kryss for hvert spørsmål

Hvor ofte har du hatt følelsen av at blæren ikke er blitt fullstendig tømt etter avsluttet vannlating? <sup>277</sup>

Aldri .....  1 Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger ....  2 Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger ....  3 Nesten alltid .....  6

Hvor ofte har du måttet late vannet på nytt mindre enn 2 timer etter forrige vannlating? <sup>278</sup>

Aldri .....  1 Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger ....  2 Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger ....  3 Nesten alltid .....  6

Hvor ofte har du måttet stoppe og starte flere ganger under vannlatingen? <sup>279</sup>

Aldri .....  1 Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger ....  2 Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger ....  3 Nesten alltid .....  6

Hvor ofte synes du det har vært vanskelig å holde igjen når du har følt trang til å late vannet? <sup>280</sup>

Aldri .....  1 Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger ....  2 Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger ....  3 Nesten alltid .....  6

Hvor ofte har du hatt svak urinstråle? <sup>281</sup>

Aldri .....  1 Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger ....  2 Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger ....  3 Nesten alltid .....  6

Hvor ofte har du måttet trykke eller presse for å begynne vannlatingen? <sup>282</sup>

Aldri .....  1 Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger ....  2 Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger ....  3 Nesten alltid .....  6

Hvor mange ganger har du vanligvis måttet stå opp i løpet av natta for å late vannet? <sup>283</sup>

Ingen .....  1 2 ganger .....  3 4 ganger .....  5

1 gang .....  2 3 ganger .....  4 5 ganger eller mer  6

Hvis du resten av livet måtte leve med de vannlatingproblemene du har nå, hvordan ville du føle det? <sup>284</sup>

Være meget godt fornøyd ... <sup>1</sup>Være for det meste utilfreds  5

Være fornøyd ..... <sup>2</sup>Være misfornøyd .....  6

Være for det meste tilfreds. <sup>3</sup>Ha det forferdelig .....  7

Ha blandete følelser .....  4

## HUMØR OG TRIVSEL

Ett kryss på hver linje

### Angi hvordan du har følt deg den siste måneden:

|                                     |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                     | <i>Aldri</i>             | <i>Noen ganger</i>       | <i>Ganske ofte</i>       | <i>For det meste</i>     |
| i godt humør ..... <sup>285</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i dårlig humør ..... <sup>286</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Er du rask til å oppfatte et humoristisk poeng?<sup>287</sup>

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Svært treg</i>        | <i>Ganske treg</i>       | <i>Ganske rask</i>       | <i>Svært rask</i>        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Er du enig i at det er noe ansvarsløst over folk som stadig prøver å være morsomme?<sup>288</sup>

|                                    |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Nei, slett ikke ..... <sup>1</sup> | Ganske enig ..... <sup>3</sup>  |
| I noen grad ..... <sup>2</sup>     | Ja, absolutt ..... <sup>4</sup> |

### Er du en munter person?<sup>289</sup>

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Nei, slett ikke ..... <sup>1</sup> | Ganske munter ..... <sup>3</sup> |
| I noen grad ..... <sup>2</sup>     | Ja, absolutt ..... <sup>4</sup>  |

## SINNE

Sett kryss på det svaret som best beskriver deg i forhold til de to påstandene nedenfor:

### Jeg gir uttrykk for mitt sinne, og andre mennesker vet at jeg er sint.<sup>290</sup>

|                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Nesten aldri ..... <sup>1</sup> | Ganske ofte ..... <sup>3</sup>   |
| Noen ganger ..... <sup>2</sup>  | Nesten alltid ..... <sup>4</sup> |

### Jeg koker av sinne, men jeg viser det ikke til andre.<sup>291</sup>

|                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Nesten aldri ..... <sup>1</sup> | Ganske ofte ..... <sup>3</sup>   |
| Noen ganger ..... <sup>2</sup>  | Nesten alltid ..... <sup>4</sup> |

## HVILE OG AVSLAPPING

### Hvor mange timer tilbringer du vanligvis i liggende stilling i løpet av et døgn?

(nattesøvn, middagshvil) .....<sup>292</sup>

|              |
|--------------|
| Antall timer |
|              |

### Hvor mange timer tilbringer du vanligvis i sittende stilling i løpet av et døgn?

(arbeid, måltider, TV, bil etc.) .....<sup>294</sup>

|              |
|--------------|
| Antall timer |
|              |

### Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?<sup>296</sup>

|  |                          |              |
|--|--------------------------|--------------|
| Aldri, eller noen få ganger i året ..... | <input type="checkbox"/> | <sup>1</sup> |
| 1-2 ganger i måneden .....               | <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> |
| Omtrønt 1 gang i uka .....               | <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> |
| Mer enn en gang i uka .....              | <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> |

### Har du siste år vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?<sup>297</sup>

Ja  Nei

### Har du i løpet av siste måned hatt innsøvningsproblemer? Bare ett kryss<sup>298</sup>

|                                     |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Nesten hver natt ..... <sup>1</sup> | Av og til ..... <sup>3</sup> |
| Ofte ..... <sup>2</sup>             | Aldri ..... <sup>4</sup>     |

### Har du i løpet av siste måned våknet for tidlig og ikke fått sove igjen? Bare ett kryss<sup>299</sup>

|                                     |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Nesten hver natt ..... <sup>1</sup> | Av og til ..... <sup>3</sup> |
| Ofte ..... <sup>2</sup>             | Aldri ..... <sup>4</sup>     |

### Har du i løpet av siste måned vært plaget av nervøsitet (irritabel, urolig, anspent eller rastløs)?<sup>300</sup>

|                        |                          |              |
|------------------------|--------------------------|--------------|
| Nesten hele tida ..... | <input type="checkbox"/> | <sup>1</sup> |
| Ofte .....             | <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> |
| Av og til .....        | <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> |
| Aldri .....            | <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> |

## HVORDAN DU HAR HATT DET

### Har det noen gang i løpet av ditt liv vært sammenhengende perioder på 2 uker eller mer da du:

|   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| følte deg deprimert, trist og nedfor ..... <sup>301</sup>   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| hadde problemer med matlysten eller spiste alt for lite .....   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     |
| var plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd virkelig bebreidet deg selv og følte deg verdiløs ... | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     |
| hadde problemer med å konsentrere deg eller vanskelig for å ta beslutninger .....                         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     |
| hadde minst tre av de problemene som er nevnt ovenfor samtidig..... <sup>306</sup>                        | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     |

## HVORDAN DU SER PÅ DEG SELV

Folk ser på seg selv på ulike måter. Kryss av for hvert utsagn hvor enig eller uenig du er. Ett kryss på hver linje

|   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | <i>Svært enig</i>        | <i>Enig</i>              | <i>Uenig</i>             | <i>Svært uenig</i>       |
| Jeg har en positiv holdning til meg selv ..... <sup>307</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Jeg føler meg virkelig ubruklig til tider.....<sup>308</sup>

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

### Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av.....<sup>309</sup>

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

### Jeg føler at jeg er en verdifull person, i allefall på lik linje med andre.....<sup>310</sup>

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

### Synes du at du har funnet et virkelig betydningsfullt innhold i livet ditt?.....<sup>311</sup>

|                          |                             |                              |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|

### Føler du at du lever fullt ut?.....<sup>312</sup>

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

### Har du i det store og hele en rolig og god følelse inne i deg?<sup>314</sup>

|                        |                          |              |
|------------------------|--------------------------|--------------|
| Nesten hele tida ..... | <input type="checkbox"/> | <sup>1</sup> |
| Ofte .....             | <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> |
| Av og til .....        | <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> |
| Aldri .....            | <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> |

### Føler du deg stort sett sterk og opplagt, eller trøtt og sliten?<sup>315</sup>

|                               |                          |              |
|-------------------------------|--------------------------|--------------|
| Meget sterk og opplagt .....  | <input type="checkbox"/> | <sup>1</sup> |
| Sterk og opplagt .....        | <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> |
| Ganske sterk og opplagt ..... | <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> |
| Både - og .....               | <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> |
| Ganske trøtt og sliten .....  | <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> |
| Trøtt og sliten .....         | <input type="checkbox"/> | <sup>6</sup> |
| Svært trøtt og sliten .....   | <input type="checkbox"/> | <sup>7</sup> |

Legg det utfylte spørreskjemaet i den vedlagte svarkonvolutten og postlegg den så snart som mulig!  
 Porto er betalt.  
 Hjertelig takk for hjelpa!