

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.

	Dag	Ektefelle/ selv samboer
Spesialarbeider eller ufaglært arbeider	25 <input type="checkbox"/>	36 <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:

	Ja	Nei
med egenmelding	47 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med sykmelding fra lege	48 <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? Ja Nei 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
Ganske ofte	<input type="checkbox"/>	2 Aldri, eller nesten aldri	<input type="checkbox"/>	4

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
Ganske ofte	<input type="checkbox"/>	2 Aldri, eller nesten aldri	<input type="checkbox"/>	4

Hvordan trives du alt i alt med arbeidet ditt? 53

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

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 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

Hvilken type bolig bor du i? Bare ett kryss

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

Hvor stor er din boenhet? kvm 64

	Ja	Nei
Er det heldekkende tepper i stua?	67 <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?

	Ja	Nei
Sykepenger/sykelønn/rehabiliteringspenger	72 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ytelser under yrkesrettet attføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uførepensjon	74 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alderspensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialstøtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsløshetsstrygd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overgangsstønad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etterlattepensjon	79 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ytelser	<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
Ja, av og til	<input type="checkbox"/>	2 Nei, aldri	<input type="checkbox"/>	4

VENNER

Hvor mange gode venner har du?

Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg god hjelp når du trenger det	82 <input type="text"/>	Antall
Tell ikke med de du bor sammen med, men regn med andre slektninger		

Føler du at du har mange nok gode venner? 84 Ja Nei

Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. sykkklubb, 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
1-2 ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	2 Mer enn en gang i uka	<input type="checkbox"/>	2

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 ⁸⁶
 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 ⁸⁷

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Hvis jeg flytter herfra, vil jeg lengte tilbake ⁸⁸

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Man kan ikke stole på hverandre her ⁸⁹

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Når noe skal gjøres her, er det lett å få folk med ⁹⁰

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Det er vanskelig å få kontakt med folk her ⁹¹

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Det er godt samhold her ⁹²

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Ingen orker å ta initiativ til noe lenger her ⁹³

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Folk trives godt her ⁹⁴

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Folk her kan ha store problemer uten at naboen vet noe ⁹⁵

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Det er alltid noen som tar initiativ til å løse nødvendige oppgaver her ⁹⁶

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Folk snakker lite med hverandre her ⁹⁷

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

Hjemeslag eller hjerneblødning ⁹⁸

Hjerteinfarkt før 60 års alder ¹⁰⁴

Astma ¹¹⁰

Allergi ¹¹⁶

Kreftsykdom ¹²²

Høyt blodtrykk ¹²⁸

Psykiske plager ¹³⁴

Osteoporose (benskjørhet) ¹⁴⁰

Diabetes (sukkersyke) ¹⁴⁶

Alder da de fikk diabetes ¹⁵² år år år år år

Ja Nei

Har du selv høysnue eller neseallergi? ¹⁶²

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, tumuskandidat) ¹⁶³
 bedriftslege
 lege ved sykehus (uten at du var innlagt)
 annen lege
 fysioterapeut
 kiropraktor
 homøopat ¹⁶⁹
 annen behandler (naturlæger, fotsoneterapeut, håndspålegger, "healer", "synsk", e.l.)

Ja Nei

Har du vært innlagt i sykehus de siste 5 åra? ¹⁷¹

ALKOHOL

Hvis du er totalavholdskvinne: Gå til KOSTHOLD.

Ett kryss for hver spørsmål

Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt? ¹⁷²

Ja Nei

Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din? ¹⁷³

Ja Nei

Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din? ¹⁷⁴

Ja Nei

Har det å ta en drink noen gang vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppkvikker? ¹⁷⁵

Ja Nei

KOSTHOLD

Hvor mange måltider spiser du vanligvis daglig (middag og brødmåltid)? ¹⁷⁶

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 Kneipp- Grov- Knekke- mest på ¹⁷⁸

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 ¹⁸³ 1 ¹⁸⁴ 1
 Meierismør 2 2
 Hard margarin 3 3
 Bløt (soft) margarin 4 4
 Smør/margarin blanding 5 5
 Lettmargarin 6 6
 Oljer 7

MEDISINBRUK

Har du i deler av de siste 12 måneder brukt noen medisiner daglig eller nesten daglig? ¹⁸⁵

Ja Nei

Hvis «Ja»:

Angi hvor mange måneder du brukte følgende medisiner: Sett 0 hvis du ikke har brukt medisinerne

	Antall mndr.	Antall mndr.
smertestillende ¹⁸⁶	<input type="checkbox"/>	hjertermedisin (ikke blodtryksmedisin) <input type="checkbox"/>
sovemedisin ¹⁸⁸	<input type="checkbox"/>	annen medisin <input type="checkbox"/>
beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	Kosttilskudd:
medisin mot depresjon	<input type="checkbox"/>	jemtabletter ²⁰²
allergimedisin ¹⁹⁴	<input type="checkbox"/>	vitamintilskudd
astmamedisin ¹⁹⁶	<input type="checkbox"/>	tran/fiskeoljer ²⁰⁶

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

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? ²⁰⁹

- Ja, anfallsvis (migrène)..... 1
 Ja, annen slags hodepine.... 2
 Nei 3

Antall anfall
siste 12 mndr. ²¹⁰

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? ²¹³

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 smerte²¹⁴
- pressende smerte
- halvsidighet, alltid samme side
- halvsidighet, vekselvis h. og v. side
smerter i «hele hodet»
- kvalme²¹⁹
- lys- og/eller lydskyhet
- forverring ved fysisk aktivitet.....
- synsforstyrrelser før hodepine²²²

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 ²²³ Anervan ²²⁵ Imigran ²²⁷

MUSKEL-/SKJELETTPLAGER

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

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)

Plager	Antall dager
Nakke ²³⁰	<input type="checkbox"/>
Skuldre/aksler ²³³	<input type="checkbox"/>
Øvre del av ryggen	<input type="checkbox"/>
Albuer ²³⁹	<input type="checkbox"/>
Korsryggen ²⁴²	<input type="checkbox"/>
Handledd/hender ²⁴⁵	<input type="checkbox"/>
Hofter ²⁴⁸	<input type="checkbox"/>
Knær ²⁵¹	<input type="checkbox"/>
Anklær/føtter ²⁵⁴	<input type="checkbox"/>

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.....²⁵⁷
- I fritida²⁵⁸

SMERTER I BEINA

Har du sår på tå, fot eller ankel som ikke vil gro?²⁵⁹

Ja Nei

Har du smerter i det ene eller i begge beina når du går?²⁶⁰

Har du oppsøkt lege p.g.a. smerter i beina?²⁶¹

Hvis «NEI» på disse spørsmålene: Gå til MENSTRUASJON

Kan du gå lenger enn 50 meter?²⁶²

Ja Nei

Forsvinner smerten når du står stille en stund? ²⁶³

Må du sette deg for at smerten skal gå over? ²⁶⁴

Hvor gjør det mest vondt? Ett kryss ²⁶⁵

Fot Legg Lår Hofte

Ja Nei

Har du smerter i beina når du er i ro?²⁶⁶

Er smertene verst når du ligger i senga?²⁶⁷

Blir søvnen forstyrret av smertene?²⁶⁸

Får du mindre vondt når beinet ligger høyt?²⁶⁹

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

Bedres smertene når du står opp og går litt?²⁷¹

MENSTRUASJON

Har du menstruasjon fremdeles?.....²⁷²

Ja Nei

Hvis «Nei»: Hvor gammel var du da den sluttet? ²⁷³

år

Ja Nei Vet ikke

Er du gravid nå?²⁷⁵

Har du innsatt spiral nå?²⁷⁶

Ja Nei

Dag Måned År

Når hadde du siste menstruasjon?²⁷⁷

Husker du ikke dag, bare angi måned og år, husker du bare år, angi år.

Menstruasjonen din de siste 12 måneder:

Har du det siste året hatt regelmessige menstruasjoner?

At menstruasjonen har vart omtrent like lenge hver gang med omtrent like lange mellomrom²⁸³

Ja Nei Usikker

Hvor mange dager hadde du blødning siste gang du hadde menstruasjon?²⁸⁴

Antall dager

Hvor mange dager var du uten blødning mellom nest siste og siste menstruasjon? ...²⁸⁶

Antall dager

Har menstruasjonen din det siste året uteblitt i mer enn 3 måneder uten at du var gravid? ²⁸⁹

Ja Nei

Hvis «Ja»: Hvor mange måneder i trekk har du vært uten menstruasjonsblødninger?²⁹⁰

Antall mndr.

Hvis «Ja»: Oppsøkte du lege?²⁹²

Ja Nei

Menstruasjonen tidligere (dvs. før de siste 12 månedene):

Har menstruasjonen din tidligere uteblitt uten at du var gravid?²⁹³

Ja Nei

Hvis «Ja»: Hvor lenge og hvor ofte var den borte sammenhengende? Sett kryss eventuelt flere steder

1 gang 2 ganger Oftere

3–6 måneder.....²⁹⁴

6–12 måneder.....

Over ett år²⁹⁶

OPERASJONER I UNDERLIVET

Har du noen gang blitt operert i underlivet? 297 Ja Nei Vet ikke

Hvis «Ja»: Kryss av for hver operasjon: Ja Nei Vet ikke

Fjernet deler av eller bare én eggstokk 298

Fjernet begge eggstokkene (totalt) 299

Hvis du har fjernet begge eggstokkene, hvor gammel var du da? 300 år

Ja Nei Vet ikke

Operert for endometriose 302

Sterilisert

Utskraping fra livmor (sykehus)

Fjernet hele livmoren 305

Hvis du har fjernet hele livmoren, hvor gammel var du da? 306 år

P-PILLER

Har du noen gang brukt p-piller, minipiller inkludert? 308 Ja Nei

Hvis «Ja»: Hvor gammel var du første gang du brukte p-piller? 309 år

Hvor lenge har du brukt p-piller i alt? 311 år

Hvis under ett år, antall måneder 313 mndr.

Bruker du p-piller nå? Ja Nei

Hvilket merke bruker du? 316

HORMONBEHANDLING

Utenom p-piller

Har du noen gang brukt medisiner som inneholder østrogen? Vanlige navn på slike medisiner er: Cyclabil, Estraderm, Kilogest, Ovesterin, Progynova, Trisekvens.

Nå Før Aldri

Tabletter eller plaster 318

Krem eller stikkpiller 319

Hvis «Ja»: Hvor gammel var du første gang du fikk østrogenmedisin, og omtrent hvor mange år brukte du slik medisin?

Din alder Antall år

Tabletter eller plaster 320

Krem eller stikkpiller 324

Hvis du bruker østrogenmedisin nå, hvilket merke bruker du? 328

PROBLEMER MED Å BLI GRAVID

Har du noen gang prøvd i mer enn ett år å bli gravid? 329 Ja Nei

Hvis «Ja»: Hvor gammel var du første gang du hadde problemer med å bli gravid? 330 år

Har du noen gang oppsøkt lege fordi du hadde problemer med å bli gravid? 332 Ja Nei

GRAVIDITETER, FØDSLER OG AMMING

Hvor mange ganger har du vært gravid totalt?

Regn med alle svangerskap, spontane eller selvbestemte aborter, så vel som fødsler (også dødfødsler) 333 ganger

Hvor mange barn har du født? 335 barn

Fyll ut for hvert barn (de første 7) opplysninger om fødselsår og omtrent antall måneder du ammet hvert barn og antall måneder menstruasjonen din var borte etter fødselen (fylles ut også for dødfødte eller for barn som er døde senere i livet).

Barn	Fødselsår	Antall måneder med amming	Antall blødningsfrie måneder
1	336 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	342 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	348 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	354 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	360 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	366 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	372 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>

URINLEKKASJE

Har du ufrivillig urinlekkasje? 378 Ja Nei

Hvis «Nei»: Gå til KALK I KOSTEN ...

Hvor ofte har du urinlekkasje? 379

sjeldnere enn en gang pr. måned

en eller flere ganger pr. måned

en eller flere ganger pr. uke

hver dag og/eller natt

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang? 380

dråper eller lite små skvetter større mengder

Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter, tunge løft 381 Ja Nei

Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatingstrang? 382 Ja Nei

Hvor lenge har du hatt urinlekkasje? 383

0-5 år 5-10 år Over 10 år

Har du søkt lege på grunn av urinlekkasje? 384 Ja Nei

Hvordan opplever du lekkasjeplagene dine? 385 *Ett kryss*

ikke noe problem mye plaget

en liten plage svært stort problem

en del plaget

KALK I KOSTEN OG KOSTTILSKUDD

Hvor mange glass melk (alle sorter, også drikkeyoghurt) drikker du vanligvis daglig? Bare ett kryss 386

Ingen 1 1-2 glass 3

Mindre enn ett ... 2 3 eller mer 4

Hvor mange brødskeer med kvitost spiser du vanligvis daglig? Bare ett kryss

Ingen 1 1-2 skiver 3

Mindre enn en ... 2 3 eller mer ... 4

Bruker du vanligvis noen av disse kosttilskuddene?

vitamin D-tilskudd 388 Ja Nei

kalktabletter eller benmel

HUMØR OG TRIVSEL

Ett kryss på hver linje

Angi hvordan du har følt deg den siste måneden:

	Aldri	Noen ganger	Ganske ofte	For det meste
i godt humør390	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i dårlig humør391	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du rask til å oppfatte et humoristisk poeng? 392

	Svært treg	Ganske treg	Ganske rask	Svært rask
	<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? 393

Nei, slett ikke1	<input type="checkbox"/>	Ganske enig3	<input type="checkbox"/>
I noen grad2	<input type="checkbox"/>	Ja, absolutt4	<input type="checkbox"/>

Er du en munter person? 394

Nei, slett ikke1	<input type="checkbox"/>	Ganske munter3	<input type="checkbox"/>
I noen grad2	<input type="checkbox"/>	Ja, absolutt4	<input type="checkbox"/>

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 395

Nesten aldri1	<input type="checkbox"/>	Ganske ofte3	<input type="checkbox"/>
Noen ganger2	<input type="checkbox"/>	Nesten alltid4	<input type="checkbox"/>

Jeg koker av sinne, men jeg viser det ikke til andre 396

Nesten aldri1	<input type="checkbox"/>	Ganske ofte3	<input type="checkbox"/>
Noen ganger2	<input type="checkbox"/>	Nesten alltid4	<input type="checkbox"/>

HVILE OG AVSLAPPING

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

(nattesøvn, middagshvil)397

Antall timer

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

(arbeid, måltider, TV, bil etc.)399

Antall timer

Hvor ofte er du plaget av søvnløshet? 401

Aldri, eller noen få ganger i året1	<input type="checkbox"/>
1-2 ganger i måneden2	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang i uka3	<input type="checkbox"/>
Mer enn en gang i uka4	<input type="checkbox"/>

Har du siste år vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen? 402

Ja Nei

Har du i løpet av siste måned hatt innsøvningsproblemer? Bare ett kryss 403

Nesten hver natt1	<input type="checkbox"/>	Av og til3	<input type="checkbox"/>
Ofte2	<input type="checkbox"/>	Aldri4	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av siste måned våknet for tidlig og ikke fått sove igjen? Bare ett kryss 404

Nesten hver natt1	<input type="checkbox"/>	Av og til3	<input type="checkbox"/>
Ofte2	<input type="checkbox"/>	Aldri4	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av siste måned vært plaget av nervøsitet (irritabel, urolig, anspent eller rastløs)? 405

Nesten hele tida1	<input type="checkbox"/>
Ofte2	<input type="checkbox"/>
Av og til3	<input type="checkbox"/>
Aldri4	<input type="checkbox"/>

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 deprimeret, trist og nedfor406	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
hadde problemer med matlysten eller spiste alt for lite	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
var plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
virkelig bebredet deg selv og følte deg verdiløs ...	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
hadde problemer med å konsentrere deg eller vanskelig for å ta beslutninger	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
hadde minst tre av de problemene som er nevnt ovenfor samtidig.....411	<input type="checkbox"/>		<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

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv412	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg føler meg virkelig ubrukelig

til tider413

Jeg føler at jeg ikke har mye

å være stolt av414

Jeg føler at jeg er en verdifull

person, i allefall på lik linje med andre415

Synes du at du har funnet et virkelig

betydningsfullt innhold i livet ditt?416

Føler du at du lever fullt ut?417

HVORDAN DU FØLER DEG NA

Sett kryss i den ruta utenfor det svaret som best beskriver dine følelser den siste uka. Bare ett kryss

Er du vanligvis glad eller nedstemt? 418

Svært nedstemt	<input type="checkbox"/>	1
Nedstemt	<input type="checkbox"/>	2
Nokså nedstemt	<input type="checkbox"/>	3
Både – og	<input type="checkbox"/>	4
Nokså glad	<input type="checkbox"/>	5
Glad	<input type="checkbox"/>	6
Svært glad	<input type="checkbox"/>	7

Har du i det store og hele en rolig og god følelse inne i deg? 419

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

Føler du deg stort sett sterk og opplagt, eller trøtt og sliten? 420

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

Legg det utfylte spørreskjemaet i den vedlagte svarkonvolutten og postlegg den så snart som mulig!

Porto er betalt.

Hjertelig takk for hjelpa!