

TRIVSEL OG HELSE

Her kommer noen spørsmål om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som beskriver dine følelser **den siste uken**. Ikke tenk for lenge på svaret - de spontane svarene er best.

Jeg føler meg nervøs og urolig

- Mesteparten av tiden Mye av tiden
 Fra tid til annen Ikke i det hele tatt

Jeg gleder meg fortsatt over ting, slik jeg pleide før

- Avgjort like mye Bare lite grann
 Ikke fullt så mye Ikke i det hele tatt

Jeg har en urofølelse, som om noe forferdelig vil skje

- Ja, og noe svært ille Litt, bekymrer meg lite
 Ja, ikke så veldig ille Ikke i det hele tatt

Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

- Like mye som før Avgjort ikke som før
 Ikke like mye som før Ikke i det hele tatt

Jeg har hodet fullt av bekymringer

- Veldig ofte Av og til
 Ganske ofte En gang i blant

Jeg er i godt humør

- Aldri Ganske ofte
 Noen ganger For det meste

Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet

- Ja, helt klart Ikke så ofte
 Vanligvis Ikke i det hele tatt

Jeg føler meg som om alt går langsommere

- Nesten hele tiden Fra tid til annen
 Svært ofte Ikke i det hele tatt

Jeg føler meg urolig, som om jeg har sommerfulglær i magen

- Ikke i det hele tatt Ganske ofte
 Fra tid til annen Svært ofte

Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut

- Ja, jeg har sluttet å bry meg Kan hende ikke nok
 Ikke som jeg burde Bryr meg som før

Jeg er rastløs, som om jeg stadig må være aktiv

- Uten tvil svært mye Ikke så veldig mye
 Ganske mye Ikke i det hele tatt

Jeg ser med glede frem til hendelser og ting

- Like mye som før Avgjort mindre enn før
 Heller mindre enn før Nesten ikke i det hele tatt

Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

- Uten tvil svært ofte Ikke så veldig ofte
 Ganske ofte Ikke i det hele tatt

Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV

- Ofte Ikke så ofte
 Fra tid til annen Svært sjelden

Takk enda en gang for at du har tatt deg tid til å fylle ut dette skjemaet! Ditt bidrag vil være viktig for forståelsen av hvordan ulike forhold kan virke inn på helse og sykdom.

Vennlig hilsen

Helseundersøkelsen i Hordaland 97-99
 Statens Helseundersøkelser



INNTÉKT

Hva er for tiden husholdningens årsinntekt (lønn og pensjon) før skatt?

- Ingen inntekt
 Kr. 100 – 49.900.....
 Kr. 50.000 – 99.900.....
 Kr. 100.000 – 149.900.....
 Kr. 150.000 – 199.900.....
 Kr. 200.000 – 299.900.....
 Kr. 300.000 – 399.900.....
 Kr. 400.000 – 499.900.....
 Kr. 500.000 – eller mer

SINNSSTEMNING

Her kommer noen ord for ulike følelser. Les hvert ord og merk av det svaret som passer best for hvordan du vanligvis kjenner deg, altså hvordan du i gjennomsnitt føler deg.

Sett ett kryss for hver sinnsstemning.

Jeg er vanligvis:

	Svært lite	Litt	Middels	En del	Mye
interessert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
irritabel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uvennlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nedtrykt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
årvåken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entusiastisk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opprømt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skamfull.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stolt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opprørt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inspirert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skjelven.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sterk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervøs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktiv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
full av skyldfølelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestemt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
redd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skremt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oppmerksom/konsentrert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HELSEUNDERSØKELSEN I HORDALAND 1997-99

Dato for utfylling av skjema

DAG MÅNED ÅR



Takk for at du har tatt deg tid til å komme til en ny helseundersøkelse i Hordaland. Dere som inviteres nå, deltok også i 1992-93. Den gang fikk vi verdifulle resultater som har gitt viktig ny kunnskap. For å øke vår forståelse av forhold som påvirker risikoen for hjerte- og karsykdom er det viktig å kartlegge både fysiske (f.eks. blodkolesterol) og psykososiale (f.eks. sosial støtte) faktorer. Vi ser frem til din deltakelse også i denne helseundersøkelsen. Mer informasjon om årets undersøkelse finner du i HUSK brosjyren og i eget informasjonsskriv.

Alle svar vil bli behandlet strengt fortrolig.

Det utfylte skjemaet vil bli lest av en maskin. Bruk blå eller sort farge ved utfylling. Det er viktig at du går frem slik:

- i de små boksene setter du kryss for det svaret som passer best for deg
- i de store boksene skriver du tall eller blokkbokstaver – NB! innenfor rammen for boksene.

Eksempler:

Avkryssing: Tall: 1234567890

Bokstaver: ABC

Vennlig hilsen

Helseundersøkelsen i Hordaland 1997-99. Statens helseundersøkelser - Universitetet i Bergen - Kommunehelsetjenesten

SYMPTOMER PÅ HJERTE- OG KARSYKDOM

Har du noen gang siden 1992 hatt store smerter i brystet som varte i mer enn 30 minutter?

NEI

Dersom JA, angi år

92 93 94 95 96 97 98 99

Bruker du nitroglyserin?

JA NEI

Hvis JA, hvor ofte?

Daglig, eller nesten daglig

1-3 ganger pr. uke

1-3 ganger pr. måned.....

Sjeldnere enn 1 gang pr. måned.....

Får du smerter eller ubehag i brystet når du:

går i bakker, trapper eller fort på flat mark? JA NEI

går i vanlig takt på flat mark? JA NEI

Dersom du får smerter eller vondt i brystet ved gange, pleier du da å:

stoppe?

saktne farten?

fortsette i samme fart?

Dersom du stopper, eller saktner farten, forsvinner brystsmertene da?

Hvis JA, hvor lang tid tar det før de forsvinner? JA NEI

10 minutter eller mindre

Mer enn 10 minutter.....

Har du vanligvis:

hoste om morgenen? JA NEI

oppspytt fra brystet om morgenen? JA NEI

Får du smerter i ett eller begge ben når du går?

JA NEI

Hender det at denne smerten begynner mens du står stille eller sitter?

JA NEI

I hvilken del av benet kjenner du smerter?

bare legger

bare lår.....

både legger og lår.....

Får du slike smerter i bena når du går fort eller i oppoverbakke?

JA NEI

Går aldri fort eller i oppoverbakke.....

Får du slike smerter i bena når du går i vanlig fart på flat mark?

JA NEI

Hender det at smertene forsvinner mens du går?

JA NEI

Hva gjør du hvis smertene i bena kommer mens du går?

Stopper eller saktner farten

Fortsetter som før

Hva skjer dersom du stopper opp?

Smertene vedvarer

Smertene opphører.....

Hvor lang tid tar det før smertene i bena eventuelt opphører?

10 minutter eller mindre

Mer enn 10 minutter.....

Blir du kortpustet når du skynder deg (går fort) på flat mark, eller går opp en liten bakke? **T**

JA NEI

Hvis NEI, gå til neste avsnitt. Hvis JA, fortsett med de neste spørsmålene.

Blir du kortpustet når du spaserer på flat mark sammen med mennesker på din egen alder? **T**

JA NEI

Hender det at du må stoppe for å få igjen pusten mens du spaserer i ditt eget tempo på flat mark? **T**

Får du pustevansker i forbindelse med stell og påkledning? **T**

Har du pustevansker når du ligger stille, f.eks. i sengen? **T**

Bruker du ekstra puter om natten p.g.a. pustevansker? **T**

HJERTE- OG KARSYKDOM SIDEN 1992

Har du hatt hjerneslag, blodpropp, hjerteinfarkt, hjerte-eller karoperasjoner i 1992 eller senere? **T**

JA NEI

Hvis NEI, ber vi deg gå til neste avsnitt. Hvis JA, ber vi deg besvare disse spørsmålene.

	92	93	94	95	96	97	98	99
Hjerneslag/Hjernerdrypp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp i lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp i legg/lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operasjon på halsåren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteoperasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operasjon på hovedpulsåren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operasjon på blodårer i legg/lår (ikke åreknuter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For hvilke av sykdomsepisodene var du innlagt på sykehus? **T**

	92	93	94	95	96	97	98	99
Hjerneslag/Hjernerdrypp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp i legg/lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du har hatt hjerneslag eller hjernerdrypp:

Hadde du store lammelser og/eller talevansker? **T**

Lammelser	arm	<input type="checkbox"/>
	ben	<input type="checkbox"/>
	ansikt	<input type="checkbox"/>
Talevansker		<input type="checkbox"/>

Hvor lenge varte disse plagene? **T**

Mindre enn 1 døgn	<input type="checkbox"/>
1 døgn til 1 måned	<input type="checkbox"/>
Mer enn 1 måned	<input type="checkbox"/>

SKAL BARE BESVARES AV KVINNER

Bruker du eller har du brukt:

	Nå	Før	Aldri
P-pille (også minipille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonspiral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (tabletter eller plaster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (krem eller stikkpiller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEN SYKDOM

Har du noen gang hatt følgende sykdommer? **T**

Sett kryss for hvert spørsmål. Oppgi også alderen for hendelsen. Hvis det har skjedd flere ganger, hvor gammel var du **siste** gang?

	JA	NEI	Alder siste gang
Lårhalsbrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Brudd ved håndledd/underarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nakkesleng (whiplash)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Skade som førte til sykehusinnleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Har du eller har du hatt: Kryss JA eller NEI for hvert spørsmål. **T**

	JA	NEI
Hørsnue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benskjørhet (osteoporose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/fibrositt/kronisk smertesykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plagsomt tørre øyne - har du hatt denne følelsen daglig i mer enn 3 måneder? **T**

JA NEI

Har du ofte følelsen av sand på øynene? **T**

Tørrhet i munnen - har du hatt denne følelsen daglig i mer enn 3 måneder? **T**

Må du ofte drikke for å kunne svelge tørr mat? **T**

Har du vært behandlet/operert for snorking/pustepauser? **T**

Har du vært innlagt på sykehus siden 1992 av andre grunner enn hjerte-karsykdom? **T**

Dersom JA, hvilke(t) år

	92	93	94	95	96	97	98	99
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulykke/skade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

angi grunn.....

KONTAKT MED ANDRE MENNESKER

Tenk på alle (barn, foreldre, søsken, ektefelle, samboer eller kjæreste, naboer, venner, kolleger eller andre du kjenner) når du besvarer følgende spørsmål: **T**

Jeg har noen jeg bryr meg om, som jeg kan snakke med om mine personlige problemer **T**

<input type="checkbox"/> Stemmer helt	<input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra
<input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig	<input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke

Det er mennesker i livet mitt som jeg bryr meg om, men som misliker hverandre **T**

<input type="checkbox"/> Stemmer helt	<input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra
<input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig	<input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke

Det finnes en person i livet mitt som trenger min hjelp, men jeg vet ikke hvordan jeg kan hjelpe **T**

<input type="checkbox"/> Stemmer helt	<input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra
<input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig	<input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke

Det finnes en viktig person i livet mitt som ønsker å støtte meg, men som ofte sårer meg i stedet **T**

<input type="checkbox"/> Stemmer helt	<input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra
<input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig	<input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke

Det finnes mennesker som jeg må være sammen med nesten daglig som ofte hakker på meg **T**

<input type="checkbox"/> Stemmer helt	<input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra
<input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig	<input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke

Det finnes personer som gjør livet mitt vanskelig fordi de ønsker for mye omsorg fra meg **T**

<input type="checkbox"/> Stemmer helt	<input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra
<input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig	<input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke

Jeg har noen jeg bryr meg om, som forventer mer av meg enn jeg kan klare **T**

<input type="checkbox"/> Stemmer helt	<input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra
<input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig	<input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke

Det finnes minst én person som ville kunne låne meg penger for en kortere tid **T**

<input type="checkbox"/> Stemmer helt	<input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra
<input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig	<input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke

Hvor mange gode venner har du? Regn med de du kan snakke fortløpig med og som kan gi deg hjelp når du trenger det? **T**

Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med andre slektninger.

Gode venner

Føler du at du har nok gode venner? **T**

JA NEI

Jeg synes at jeg har nok kontakt med mennesker som bryr seg om meg **T**

<input type="checkbox"/> I svært stor grad	<input type="checkbox"/> I liten grad
<input type="checkbox"/> I ganske stor grad	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/> I noen grad	

Jeg føler meg ofte ensom **T**

<input type="checkbox"/> I svært stor grad	<input type="checkbox"/> I liten grad
<input type="checkbox"/> I ganske stor grad	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/> I noen grad	

Jeg synes det er vanskelig å snakke med mennesker jeg ikke har møtt før **T**

<input type="checkbox"/> I svært stor grad	<input type="checkbox"/> I liten grad
<input type="checkbox"/> I ganske stor grad	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/> I noen grad	

Jeg føler meg ensom selv når jeg er sammen med andre **T**

<input type="checkbox"/> I svært stor grad	<input type="checkbox"/> I liten grad
<input type="checkbox"/> I ganske stor grad	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/> I noen grad	

Jeg føler ofte at andre ikke forstår meg og min situasjon **T**

<input type="checkbox"/> I svært stor grad	<input type="checkbox"/> I liten grad
<input type="checkbox"/> I ganske stor grad	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/> I noen grad	

Jeg føler at andre bryr seg om meg **T**

<input type="checkbox"/> I svært stor grad	<input type="checkbox"/> I liten grad
<input type="checkbox"/> I ganske stor grad	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/> I noen grad	

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

Aldri, eller noen få ganger i året	<input type="checkbox"/>
1-3 ganger i måneden	<input type="checkbox"/>
Omtrent en gang i uken	<input type="checkbox"/>
Mer enn en gang i uken	<input type="checkbox"/>

SØVN

Har du merket følgende besvær siste 3 måneder? **T**

	Aldri	Sjelden Noen ganger pr. år	Iblant Noen ganger pr. mnd.	For det meste Flere ganger pr. uke	Alltid
Snorking (ifølge andre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pustepauser under søvn (ifølge andre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trett/søvning på arbeid eller i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behov for å kjempe mot søvnen for å holde deg våken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan synes du at du sover totalt sett? **T**

Veldig bra	<input type="checkbox"/>
Ganske bra	<input type="checkbox"/>
Verken bra eller dårlig	<input type="checkbox"/>
Ganske dårlig	<input type="checkbox"/>
Veldig dårlig	<input type="checkbox"/>