

## SØVN

Har du merket følgende besvær siste 3 måneder?

	Aldri	Sjeldent Noen ganger pr. år	Iblast Noen ganger pr. måned	For det meste Flere ganger pr. uke	Alltid
Vanskelig for å sovne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjentatte oppvåkninger med vansker for å sovne igjen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våknet opp for tidlig (endelig oppvåkning).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite søvn (minst 1 time under ditt søvnbehov).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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/søvnig på arbeid eller i fritiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilskjede søvnepisoder («hodet dupper»)					
- på arbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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"/>
Plutselig tap av muskelkraft (f.eks. «knekker i knærne») ved følelsesmessige reaksjoner (som f.eks. latter, sinne, frykt)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan syns du at du sover totalt sett?

Veldig bra.....Ganske bra.....Hverken bra eller dårlig.....Ganske dårlig.....Veldig dårlig.....

Hvor ofte er du plaget av søvnloshet?

Aldri, eller noen få ganger i året.....1 - 2 ganger i måneden.....Omtrent en gang i uken.....Mer enn en gang i uken.....Har du siste året vært plaget av søvnloshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen? JA  NEI 

Når går du normalt til sengs for å sove?

i arbeidsuken:..... kl.:  ,  min.i fritiden:..... kl.:  ,  min.

Når våkner du normalt opp (endelig oppvåkning)?

i arbeidsuken:..... kl.:  ,  min.i fritiden:..... kl.:  ,  min.Hvor lenge ligger du våken før du sovner? Ti arbeidsuken:..... minutteri fritiden:..... minutterHvor mye søvn trenger du?..... timer  min.

Hvor ofte tar du deg en blund på dagtid?

Aldri .....  |Sjeldent (noen ganger pr. år).....Iblast (noen ganger pr. måned).....For det meste (flere ganger i uken).....Alltid (hver dag).....

## DIN VURDERING AV DIN ARBEIDSPLASS

Ta stilling til de følgende påstandene om din arbeidsplass.

Det er en rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.

- Stemmer helt  Stemmer ganske bra  
 Stemmer ikke særlig  Stemmer slett ikke

Det er godt samhold på arbeidsplassen.

- Stemmer helt  Stemmer ganske bra  
 Stemmer ikke særlig  Stemmer slett ikke

Mine kollegaer stiller opp for meg (gir meg støtte).

- Stemmer helt  Stemmer ganske bra  
 Stemmer ikke særlig  Stemmer slett ikke

På jobben har de forståelse for at jeg kan ha en «dårlig» dag.

- Stemmer helt  Stemmer ganske bra  
 Stemmer ikke særlig  Stemmer slett ikke

Jeg kommer godt overens med mine overordnede.

- Stemmer helt  Stemmer ganske bra  
 Stemmer ikke særlig  Stemmer slett ikke

Jeg trives godt med mine arbeidskamerater.

- Stemmer helt  Stemmer ganske bra  
 Stemmer ikke særlig  Stemmer slett ikke

Krever arbeidet ditt nøyaktighet?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Krever arbeidet ditt oppfinnsomhet?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Innebærer arbeidet ditt at du gjør det samme om og om igjen?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Har du mulighet til selv å bestemme hvordan arbeidet skal utføres?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Har du mulighet til selv å bestemme hva som skal gjøres i arbeidet ditt?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Takk enda en gang for at du har tatt deg tid til å fylle ut dette skjemaet.

Ditt bidrag vil være verdifult for forståelsen av den betydningen mange faktorer har for menneskelig helse og trivsel.

Vennlig hilsen

Helseundersøkelsen i Hordaland 97-99

Statens helseundersøkelse

Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Har du tilstrekkelig tid til å rekke alle arbeidsoppgavene?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Møter du ofte motstridende krav i arbeidet ditt?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Har du anledning til å lære noe nytt i arbeidet ditt?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Krever arbeidet ditt nøyaktighet?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Krever arbeidet ditt oppfinnsomhet?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Innebærer arbeidet ditt at du gjør det samme om og om igjen?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Har du mulighet til selv å bestemme hvordan arbeidet skal utføres?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

Har du mulighet til selv å bestemme hva som skal gjøres i arbeidet ditt?

- Ja, ofte  Ja, iblant  
 Nei, sjeldent  Nei, så godt som aldri

## HELSEUNDERØKELSEN I HORDALAND 1997-99

Menn 2

T Datum for utfylling av skjema

Takk for at du har tatt deg tid til å komme til helseundersøkelsen! Denne undersøkelsen omfatter flere delprosjekt, og vi ber deg derfor om at du også fyller ut dette spørreskjemaet. Resultatene vil bli brukt i forskning om forebyggende helsearbeid. Noen av spørsmålene ligner på de du har svart på tidligere. Der er likevel viktig at du svarer på alle spørsmålene også i dette skjemaet. Du kan enten fylle ut skjemaet og levere konvolutten til sykepleierne når du går, eller du kan ta det med hjem og returnere skjemaet per post. Porto er betalt.

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:  Tal: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0Bokstaver: A B CVennlig hilsen  
Helseundersøkelsen i Hordaland 1997 – 99. Statens helseundersøkelse – Universitetet i Bergen – Kommunehelsetjenesten

## BOFORHOLD

I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år?

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

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

Ikke skriv i disse rutene &gt;

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

Hvilken type bolig bor du i? Sett bare ett kryss

Enebolig/villa .....

GårdssBruk .....

Blokk/terrasseleilighet .....

Rekkehus/2-4 mannsbolig .....

Annen bolig .....

Hvor stor er din boenhet? ..... m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_JA  NEI 

Er det heldekkende teppe i stua?

Er det katt i boligen?

Hjem bor du sammen med?

Sett ett kryss for hvert spørsmål og angi antall.

Ektefelle/samboer .....

Andre personer over 18 år .....

Personer under 18 år .....

Hvor mange av barna har plass i barnehage? .....

## HELSE

Har du noen gang hatt? Sett kryss for hvert spørsmål.

Oppgi også alderen ved hendelsen. Hvis det har skjedd flere ganger, hvor gammel var du sist gang.

Alder sist gang

Lårhalsbrudd .....

JA  NEI 

Brudd ved håndledd/underarm .....

År

Nakkesleng (whiplash) .....

År

Skade som førte til sykehussinnleggelse .....

År

Har du eller har du hatt: Kryss av «Ja» eller «Nei» for hvert spørsmål.

Høysnue? .....

JA  NEI 

Kronisk bronkit? .....

JA  NEI 

Benskjørhet (osteoporos)? .....

JA  NEI

Hoster du omrent daglig i perioder? .....		JA	NEI	
Hvis Ja: Er hosten vanligvis ledsgat av oppspyt? .....		JA	NEI	
Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste år? .....		JA	NEI	
Plagsomt tørre øyne - har du hatt denne følelsen daglig i mer enn 3 måneder? .....		JA	NEI	
Har du ofte følelsen av sand på øynene .....		JA	NEI	
Tørhet i munnen - har du hatt denne følelsen daglig i mer enn 3 måneder? .....		JA	NEI	
Må du ofte drikke for å kunne svegle tørr mat? .....		JA	NEI	
T				
<b>ARBEID</b>				
Hva slags arbeidssituasjon har du nå?				
Lønnet arbeid .....		JA	NEI	
Heltids husarbeid .....		JA	NEI	
Utdanning, militærtjeneste .....		JA	NEI	
Arbeidsledig, permittert .....		JA	NEI	
Hvor mange timer lønnet arbeid har du i uken? Oppgi antall hele timer .....		JA	NEI	
Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter? .....		JA	NEI	
Hvor ofte får du brukt dine evner i arbeidet?				
Ofte	Noen ganger	Sjeldent		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid		JA	NEI	
T				
<b>VANLIGE PLAGER</b>				
Hvor ofte opplever du plagene som er nevnt nedenfor?				
Nesten aldri	Sjeldent	Iblast	Ofte	Nesten alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magesmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppblåst mage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegg på tungen eller vond smak i munnen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppkast eller oppstøt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyppige løse avføringer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndenød uten at du har anstrengt deg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svie ved vannlating .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubehag i skrittet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misfarving av hud eller flekker på huden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledd- eller muskelsmerter i armer eller ben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikking eller stikking i armer eller ben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svie eller renning fra øyne eller nese .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uttalt tretthet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du noen av plagene som er nevnt i forrige spørsmål, når du kjenner lukt av partyme, stekelukt, eksos eller lignende? .....	JA	NEI		
Mindre enn 1 uke	1-2 uker	2-8 uker	Mer enn 8 uker	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T				
<b>MOTTAR DU FOR TIEN NOEN AV FØLGENTE OFFENTLIGE YTSELER?</b>				
Dersom JA, fra når		Måned	År	
Sykepenger/sykellønn/rehabiliteringspenger .....		JA	NEI	
Ytelser under yrkesrettet attføring .....		JA	NEI	
Uførepensjon .....		JA	NEI	
Sosialstøtte .....		JA	NEI	
Arbeidsløshetsstrygd .....		JA	NEI	
Etterlattepensjon .....		JA	NEI	
Andre yteler .....		JA	NEI	
T				
<b>HELSE OG TRIVSEL</b>				
Her kommer noen flere spørsmål om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som beskriver dine følelser				
Jeg føler meg nervøs og urolig.				
Mesteparten av tiden		JA	NEI	
Fra tid til annen		JA	NEI	
Ikke i det hele tatt		JA	NEI	
Jeg gleder meg fortsatt over ting, slik jeg pleide før.				
Avgjort like mye		JA	NEI	
Ikke fullt så mye		JA	NEI	
Jeg har en urofelelse, som om noe forderdig vil skje.				
Ja, og noe svært ille		JA	NEI	
Ja, ikke så veldig ille		JA	NEI	
Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner.				
Like mye nå som før		JA	NEI	
Ikke like mye nå som før		JA	NEI	
Ikke i det hele tatt		JA	NEI	
Jeg har hodet fullt av bekymringer.				
Veldig ofte		JA	NEI	
Ganske ofte		JA	NEI	
Jeg er i godt humør.				
Aldri		JA	NEI	
Noen ganger		JA	NEI	
For det meste		JA	NEI	
Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet.				
Ja, helt klart		JA	NEI	
Vanligvis		JA	NEI	
Ikke i det hele tatt		JA	NEI	
Jeg føler meg som om alt går langsommere.				
Nesten hele tiden		JA	NEI	
Svært ofte		JA	NEI	
Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen.				
Ikke i det hele tatt		JA	NEI	
Fra tid til annen		JA	NEI	
Dersom du har vært utsatt for vold, oppsøkte du lege eller sykehus på grunn av skaden? .....				
Dersom du har vært utsatt for vold, hvilken type vold var dette?				
Slagsmål der du selv deltok		JA	NEI	
Ran/overfall		JA	NEI	
Annet		JA	NEI	
Mishandling		JA	NEI	
Blind/tifeldig vold		JA	NEI	
T				
<b>VOLD</b>				
Med vold mener vi slag, spark, dytting, lugging, knivstikkning og/eller andre typer fysisk vold som ble påført deg av en annen, kjent eller ukjent person.				
Ingen inntekt .....		JA	NEI	
Kr. 100,- - 49.900,- .....		JA	NEI	
Kr. 50.000,- - 99.900,- .....		JA	NEI	
Kr. 100.000,- - 149.900,- .....		JA	NEI	
Kr. 150.000,- - 199.900,- .....		JA	NEI	
Kr. 200.000,- - 299.900,- .....		JA	NEI	
Kr. 300.000,- - 399.900,- .....		JA	NEI	
Kr. 400.000,- - 499.900,- .....		JA	NEI	
Kr. 500.000,- - eller mer .....		JA	NEI	
T				
<b>VENN</b>				
Hvor mange gode venner har du? Regn med de du kan snekke fortrolig med og som kan gi deg hjelp når du trenger det. Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med andre slektninger.				
Jeg har ..... gode venner		JA	NEI	
Føler du at du har nok gode venner? .....		JA	NEI	
Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger?				
Aldri, eller noen få ganger i året .....		JA	NEI	
1-3 ganger i måneden .....		JA	NEI	
Omrunt en gang i uken .....		JA	NEI	
Mer enn en gang i uken .....		JA	NEI	
T				
<b>MEDISINBRUK</b>				
Har du i løpet av det siste året brukt noen av følgende midler daglig eller nesten daglig?				
Angi hvor mange måneder du brukte dem. Sett 0 hvis du ikke har brukt noen av midlene.				
Legemidler		JA	NEI	ANTALL
Smertestillende .....		JA	NEI	Antall måneder
Sovemedisin .....		JA	NEI	Antall måneder
Beroligende midler .....		JA	NEI	Antall måneder
Midler mot depresjon .....		JA	NEI	Antall måneder
Allergimedisin .....		JA	NEI	Antall måneder
Astmamedisin .....		JA	NEI	Antall måneder
Kosttilskudd		JA	NEI	Antall måneder
Jeritabletter .....		JA	NEI	Antall måneder
Vitamintilskudd .....		JA	NEI	Antall måneder
Tran .....		JA	NEI	Antall måneder
T				
<b>HUNDEHOLD</b>				
Finnes det hund i husstanden?				
Hvis «Ja», hvilken rase?				
JA		NEI	JA	NEI
Finnes det andre kjæledyr enn hund i husstanden?				
Hvis «Ja», hva slags?				
JA		NEI	JA	NEI
De neste spørsmålene besvares bare av de som har hund.				
Hvor lenge har du hatt hund?				
Under 1/2 år		JA	NEI	1/2 til 1 år
1 - 2 år		JA	NEI	Over 2 år
Alltid		JA	NEI	
T				
Din daglige tid på tur med hunden:				
Under 15 min./dag		JA	NEI	15 min. - 1/2 time
1/2 - 1 time		JA	NEI	1 - 2 timer
Mer enn 2 timer		JA	NEI	
Vi har satt opp noen påstander:				
Én markering for hver påstand.				
Hunden letter min kontakt med andre mennesker .....	Helt uenig	Delvis uenig	Usikker	Delvis enig
Hunden gir økt trygghetsfølelse .....	JA	NEI		Helt enig
Hundehold øker min fysiske aktivitet .....	JA	NEI		
Hunden min har et stabilt gemytt .....	JA	NEI		
T				
<b>ÅRSTIDSVARIASJONER I HUMØRET</b>				
Din følelse av velvære og dine aktiviteter: I hvilken grad endrer dette seg med årstiden?				
Ingen	Lett	Moderat	Markert	Sterkt
Jøvn lengde .....	JA	NEI		
Humør (velvære) .....	JA	NEI		
Vekt .....	JA	NEI		
Tiltakslyst .....	JA	NEI		
Sosiale aktiviteter .....	JA	NEI		
Matlyst .....	JA	NEI		
T				
<b>FAMILÆR PROSTATAKREFT</b>				
Har noen i din nære familie fått konstateret kreft i prostatakjertelen?				
Dersom «JA»: krys av om dette gjelder:				
Din far .....	JA	NEI	Oppgi antall	
Onkler .....	JA	NEI	Antall	
Brødre .....	JA	NEI	Antall	
T				
Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt tanker om at det var bedre om du var død, eller hatt tanker om å skade deg selv på en eller annen måte? .....				
JA		NEI		
T				