

OPPLYSNINGER OM HVORDAN DU OPPLEVER AT DIN HELSE INNVIRKER PÅ HVERDAGEN.

Dette er spørsmål som prøver å belyse hvor godt eller dårlig du har det, det som kalles livskvalitetsmåling. I de fleste spørsmålene skal du prøve å avgjøre hvilket av alternative svar som passer best for deg. Følg instruksjonene nøye.

NOTTINGHAM HELSEPROFIL

FØR DU BEGYNNER
VÆR SÅ VENNLIG Å LESE INSTRUKSENE

Copyright. HUNT, MCEWEN og MCKENNA 1980

Norsk oversettelse: Bente Albrigtsen
Institutt for sykepleievitenskap
Universitetet i Bergen. 1987.

NOTTINGHAM HELSEPROFIL

Nottingham Helseprofil er et spørreskjema som er utarbeidet for å kartlegge folks helse.

FØR DU BEGYNNER: VÆR SÅ VENNLIG Å LESE INSTRUKSENE NØYE.

Nedenfor er det ført opp noen problemer som man kan ha i dagliglivet.

Les gjennom listen og sett merke i JA-ruten for de problemene som du har akkurat nå. Sett merke i NEI-ruten for de problemene du ikke har.

VENNLIGST SVAR PÅ ALLE SPØRSMÅLENE: Dersom du ikke er sikker på om du skal svare ja eller nei, sett merke i den ruten du mener PASSER BEST for øyeblikket.

	JA	NEI
Jeg er trett hele tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har smerter om natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tingene vokser meg over hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Jeg har uutholdelige smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tabletter for å få sove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har glemt hvordan det er å ha det hyggelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Nervene mine står på høykant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er vondt å skifte stilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Jeg kan bare gå omkring innendørs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vanskelig for å bøye meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt er et ork	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Jeg våkner svært tidlig om morgenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke gå i det hele tatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vansker med å komme i kontakt med mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Dagene synes å gå så langsomt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vansker med å gå opp og ned trapper eller trinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg finner det vanskelig å strekke meg etter ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HUSK AT VISS DU ER USIKKER PÅ OM DU SKAL SVARE JA ELLER NEI SKAL DU SETTE MERKE PÅ DET SVARET SOM DU SYNES ER MEST RIKTIG FOR ØYEBLIKKET

	JA	NEI
Jeg har smerter når jeg går	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mister lett beherskelsen for tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler ingen nærhet til noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Jeg ligger våken mesteparten av natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler det som om jeg er i ferd med å miste kontrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har smerter når jeg står	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Jeg har vanskelig for å kle på meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snart orker jeg ikke mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vanskeligheter med å stå lenge (for eksempel ved Kjøkkenvasken eller på bussholdeplassen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Jeg har smerter hele tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ligger lenge før jeg sovner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en byrde for andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Bekymringer holder meg våken om natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at livet ikke er verdt å leve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg sover dårlig om natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Jeg finner det vanskelig å komme overens med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trenger hjelp for å gå omkring ute (for eksempel Hjelpemidler eller en arm og støtte meg til)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vondt når jeg går opp og ned trapper eller trinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Jeg er deprimert når jeg våkner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vondt når jeg sitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NÅ VIL JEG GJERNE AT DU SKAL TENKE PÅ DE AKTIVITETER I LIVET DITT SOM KAN VÆRE PÅVIRKET AV DINE HELSEPROBLEMER

I følgende liste skal det settes kryss i JA-ruten for hver aktivitet i ditt liv som påvirkes av din helsetilstand. Sett kryss i NEI-ruten for hver aktivitet som ikke er påvirket eller som ikke vedrører deg.

Opplever du problemer på grunn av din nåværende helsetilstand i forbindelse med ...

	JA	NEI
Ditt arbeid (det vil si ditt lønnede arbeid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stell/vedlikehold av hjemmet (for eksempel rengjøring og matlaging, arbeid i hagen osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ditt sosiale liv (for eksempel gå ut på restaurant osv., treffe venner og kjente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ditt hjemmeliv (Dvs. forholdet til dem som du bor sammen med)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ditt seksualliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dine interesser og hobbyer (for eksempel friluftsliv, husflidsarbeid og andre fritidssysler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dine ferier (for eksempel sommer- og vinterferier, helgeturer osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GÅ NÅ TILBAKE, SE OVER ALLE SPØRSMÅLENE OG PASS PÅ AT DU
HAR SVART JA ELLER NEI PÅ SAMTLIGE SPØRSMÅL**

GENERELLE SPØRSMÅL OM HELSE – LIVSKVALITET

1. Hvordan vil du si at din egen helse er, alt tatt i betraktning?

- 1 Meget god
- 2 God
- 3 Verken god eller dårlig
- 4 Dårlig
- 5 Meget dårlig

2. Føler du deg stort sett opplagt eller trett og sliten?

- 6 Meget sterk og opplagt
- 7 Sterk og opplagt
- 8 Ganske sterk og opplagt
- 9 Både – og
- 10 Ganske trett og sliten
- 11 Trett og sliten
- 12 Svært trett og sliten

3. Er du vanligvis glad eller nedstemt?

- 1 Svært nedstemt
- 2 Nedstemt
- 3 Nokså nedstemt
- 4 Både – og
- 5 Nokså glad
- 6 Glad
- 7 Svært glad

4. Alt tatt i betraktning, hvor tilfreds eller utilfreds er du med tilværelsen du har?

- 1 Meget utilfreds
- 2 Utilfreds
- 3 Nokså utilfreds
- 4 Verken tilfreds eller utilfreds
- 5 Nokså tilfreds
- 6 Tilfreds
- 7 Svært tilfreds

Spørsmål 1 er hentet fra Helseundersøkelsen 1985

Spørsmål 2 og 3 er hentet fra Nord-Trøndelagundersøkelsen

Spørsmål 4 er en variant av Campbell et al.'s (1976 skjema).