

7. Appendix

Questionnaire, Nepal (English version)

EPDS, Nepali

SRQ-20, Nepali/English

Questionnaire, Norway,

including PSQI and EPDS

Sleep diary with instructions

QUESTIONNAIRE

Form no. ___ (this should correspond to no. on name list at health post, to avoid double register)

GENERAL INFO

Interviewer initials: _____

Nepali date: __. __. __ Gregorian date __. __. __

Place of interview

Health post/ MCH clinic At home Hospital PNC

Has patient given consent to participate? Y/ N

(if no, complete questions 1-5, and also no of living children: _____)

V.D.C: _____ Ward no: _____ Tole/Gaon: _____

1. Age (years) __ __

2. Ethnic group:

Bhramin Newar Magar
 Chetri Tamang Others

3. Religion:

Hindu Christian Other _____
 Buddhist Muslim

4. Education:

Illiterate School till class _____ 10+2
 Literate, no school SLC Higher degree

5. Marital status:

Single Widow
 Married Divorced

ONLY ANSWER q. 6-9 IF MARRIED

6. If married: How many years _____

7. Type of marriage

Monogamy Bigamy 1st Wife 2nd Wife

8. Arranged marriage? Y / N

9. Age when married _____

SOCIO - ECONOMIC STATUS

10. Type of family (where she usually lives)

Joint family Nuclear family

11. Type of settlement:

Urban Rural

12. Where do you presently stay?

Own home Family in laws home (if different from own home)
 Own parents home Other: _____

13. Does your family own land? Y / N

If yes: For how many months does your family have food from own land?

- Less than 6 months
- For the whole year
- Less than one year
- Have savings

14. Does your family own cattle? Y / N

15. Does your family own chicken? Y / N

16. Compared to your neighbours, do you consider your economical situation as:

- Poorer than average
- Approximately equal
- Richer than the average

17. What is your main occupation: (One cross only)

- Housewife
- Office work
- Unemployed
- Farmer
- Factory worker
- Other_____
- Business/skill worker
- Student

18. What is your husbands main occupation:

- Farmer
- Factory worker
- Other_____
- Business/skill worker
- Student
- No husband
- Office work
- Unemployed

19. Do your husband live at home daily? Yes_____No_____

If No, how often does he come home:

- Every week
- 1-2 times a year
- Every 2-4 weeks
- Less than once a year
- Every 2-4 months

20. Husbands main education:

- Illiterate
- School till class_____
- 10+2
- Literate, no school
- SLC
- Higher degree

PHYSICAL HEALTH

21. Have you had any of these diseases? (cross of for each disease)

- | | | | | | |
|---------------|-------|------------|-------|-----------|-------|
| Heart disease | Y / N | Ulcer | Y / N | Psychosis | Y / N |
| Asthma/ COPD | Y / N | Epilepsy | Y / N | | |
| Tuberculosis | Y / N | Depression | Y / N | | |

22. Have anyone in your close family (mother, father, sister, brother) had any of these diseases:

- Depression Y / N
- Psychosis Y / N
- Tried or succeeded in committing suicide Y / N

(For interviewer: Cross here if yes at one or more Yes_____)

23. Do you smoke? Y/N

- Cigarettes_____no pr day
- Bedi _____no pr day

24. How often do you drink alcohol (Roksi/beer)

- Never
- Often (more than once a week)
- Seldom/rarely (less than monthly)
- Every day
- Sometimes (1-4 times a month)

BIRTH HISTORY

25. Numbers of live born children _____ * Male _____ Female _____

26. Number of still births _____

27. Number of miscarriages _____
= total number of pregnancies _____ (add up)

28. Number of children died after birth _____ * Male _____ Female _____

29. Do you have parent responsibility for other children than your own? Yes _____ No _____

If yes, how many _____ *

(*Add up total number of children in care: Live born + other - dead: _____)

ABOUT PRESENT BIRTH:

30. Did you have any of these problems during pregnancy?

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bleeding | <input type="checkbox"/> Excess nausea and vomiting | <input type="checkbox"/> Swellings, fits and headache |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | | <input type="checkbox"/> Others: _____ |

(For interviewer: Did she have any of these problems? Yes _____ No _____)

31. During your pregnancy, did you feel sad, miserable or found it difficult to feel joy in more than 2 weeks in a row? Y / N

32. Age of child in completed weeks: _____ weeks

33. Were did you give birth?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> At home |
| <input type="checkbox"/> Birthing centre/nursing home | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Health post/MCH clinic | |

34. Single baby _____ Twins _____ (if twins, note information for both children)

35. Sex of child: Boy _____ Girl _____

36. Was the baby born before or after expected delivery date?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 7 or less months pregnancy | <input type="checkbox"/> Overtime (more than 2 weeks overtime) |
| <input type="checkbox"/> 8 or less months pregnancy | <input type="checkbox"/> Don't know |
| <input type="checkbox"/> Around 9 months | |

37. Did you plan to have this last baby? Y/N

38. Which type of family planning will you use after this birth? (one answer only)

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pill | <input type="checkbox"/> IUD | <input type="checkbox"/> Natural |
| <input type="checkbox"/> Depo | <input type="checkbox"/> Norplant | <input type="checkbox"/> No plans |
| <input type="checkbox"/> Condom | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

39. Have you been sick since giving birth? Yes _____ No _____

If sick, did you have to go to the hospital? Y / N

40. Gynecological problems present: (ask for each symptom, and cross of if present)

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Foul smelling discharge | <input type="checkbox"/> Prolapse of the uterus | <input type="checkbox"/> Back pain |
| <input type="checkbox"/> Continuous bleeding | <input type="checkbox"/> Mastitis/breast infection | <input type="checkbox"/> Fever |
| <input type="checkbox"/> Incontinence for urine | <input type="checkbox"/> UTI/burning urine | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Incontinence for stool | <input type="checkbox"/> Lower abdominal pain | |

41. **Has your baby been sick since birth?** Y / N

If Yes, was it admitted in hospital? Y / N

42. **Has your baby received its first vaccination (BCG)?** Y / N

(ask if the baby got injection in the hospital, after delivery or at the health post before this study)

43. **What do you feed your baby?**

- Breast milk only Other milk and food only.
 Breast milk with other milk/food

44. **If not breast feeding, why not?**

- Not enough milk, milk stopped Did not want to breast feed
 Mastitis/breast infection Other _____
 Did not know how to start/difficult

EPDS will be performed at this stage of the interview.

45. **Do you have sleep problems, and if so, what is the major problem?** (one cross only)

- Problems falling asleep at night All of the above
 Waking up in the middle of the night No sleep problem
 Early awakening (by yourself)

46. **If you have sleep problems, what is the main reason?** (one cross only)

- Baby wakes me up most of the time
 Too many duties in the house
 No specific reason

47. **During the day, how well rested do you feel:**

- Very well rested, lots of energy Very tired
 Awake, energy for my daily tasks Totally exhausted
 A little tired

48. **Who do you get practical help and advice from with the baby?** (several crosses possible; put 1 for the main support person, crosses for the rest)

- Mother in Law Father in law/Other Health post/MCH clinic
 Own mother/ sisters family in law Close friend
 Father of the child TBA Others _____

(How many crosses in total _____)

49. **In addition to the ones marked above, whom would you like to have support from?**

(Several crosses possible; put 1 for the main person needed, crosses for the rest)

- Mother in Law Father in Law/ Other Health post/MCH clinic
 Own mother/own sisters family in law Close friend
 Father of the child TBA Others _____

(How many crosses in total _____)

50. **Do you have a close friend or relative you can confide in?** Y / N

Question 51-53 for married women only:

51. **In general, how do you feel about your married life?**

- Very happy Quite happy Not happy

52. **Are there serious problems or disagreements between you and your husband that causes difficulties for you?**

- Often Sometimes Hardly ever

53. Do the conflicts reach the stage of physical violence?

- Yes, often
- Sometimes
- Hardly ever
- No

54. Do you feel that any one in your near family drinks too much alcohol? Y/N

If yes, who is this?

- Husband
- Mother in Law
- Father in Law
- Own father
- Own Mother
- Brother/sister in Law
- Others _____

(how many crosses in total_____)

55. Have you experienced any thing of the following during the last year: (several answers possible)

- Change of residence
- Wedding
- Major loss of income or property
- Death of husband
- Death of a close friend or relative
- Divorce
- Husband marrying 2nd wife
- Severe accident or disease, leading to disability for you
- Severe accident or disease, leading to disability for your husband

(for interviewer: How many crosses in total_____)

SELF REPORTING QUESTIONNAIRE

Thank you for your help in answering these questions. After 6-12 months we might contact you again to see how you fee then. The questions will be much the same as today. Is it OK if we contact you again?
Y / N

STATUS PRESENS, measured by interviewer:

1. Height, in cm_____
2. Weight, in kg_____
3. For Patan: Hct%_____

Appendix- 1

एडिनवरा पोस्टनेटल डिप्रेसिन स्केल (EPDS)

निर्देशन

तपाईंको हालसालै बच्चा भएकाले तपाईंलाई अहिले कस्तो छ, त्यो हामी जान्न चाहन्छौं । तपाईं गत हप्ता, (अहिले जस्तो मात्र हैन), कस्तो हुनु हुन्थ्यो ? तल दिएका उत्तरहरु मध्ये सबैभन्दा मिल्दो उत्तरमा चिन्हो लगाउनुहोस् ।

नाम

मिति

गतहप्तामा

१. मैले जीवनका रमाइला क्षणहरुलाई बुझ्न र त्यसमाथि हांस्न सकेँ

- आफूले बुझ्न र हांस्न सकेँ
- अहिले त्यति गर्न सकिन
- पक्कै त्यति गर्न सकिन
- कहिल्यै पनि बुझ्न र हांस्न सकिन

२. मैले आशावादी भएर भविष्यलाई हेरे ।

- पहिले कहिल्यै पनि नहेरे भैं
- पहिले भन्दा अलि कम
- पहिले भन्दा पक्कै कम
- कहिल्यै पनि हेरिन

३. काम विग्रमा मैले आफुलाई अनावश्यक रुपले दोषी ठहर्‍याएँ ।

- अँ, धेरै जसो
- अँ, कहिलेकाँही
- कुनै बेला मात्र
- कहिल्यै पनि दोषी ठहराइन

४. बिना कारण म चिन्तित भइरहेको छु

- कहिल्यै पनि भएको छैन
- धेरै नै कम
- अँ, कहिलेकाँही
- अँ, प्रायः जसो

५. बिना कारण म डराएँ वा आत्तिएँ

- अँ, प्रायः धेरै जसो बेला
- अँ, कहिलेकाँही
- अहँ, त्यति डराइन
- अहँ, कहिल्यै पनि डराइन

६. म धेरै जसो भन्भटमा फसेको छु

- अँ, धेरै जसो भन्भटबाट मुक्त हुन सकिन
- अँ, कहिलेकाँही म भन्भटबाट मुक्त हुन सकिन

- प्राय जसो म भन्भटबाट मुक्त हुन सकेँ

- हो, सधैं भैं म भन्भटबाट मुक्त हुन सकेँ

७. म यति दुःखी छु कि मलाई निद्रा लाग्दैन

- अँ, धेरै जसो
- अँ, कहिलेकाँही
- कुनै बेला मात्र
- कहिल्यै पनि लाग्दैन

८. मलाई विरक्त लागेको छु

- अँ, धेरै जसो बेला
- अँ, प्रायः जसो
- कहिलेकाँही मात्र
- कहिल्यै पनि लागेको छैन

९. म यति दुःखी छु कि जस कारण सधैं रोइरहेको छु

- अँ, धेरै जसो
- अँ, प्रायः जसो
- कहिलेकाँही मात्र
- होइन, कहिल्यै पनि रोएको छैन

१०. आफुलाई नोक्सान पार्ने विचार मनमा आएको छ ।

- अँ, प्रायः जसो
- कहिलेकाँही
- कुनै बेला मात्र
- कहिल्यै पनि आएन

पूर्ण प्राप्ताङ्कः

SELF REPORTING QUESTIONNAIRE

1. Do you often have headaches ? के तपाईंलाई बराबर टाउको दुख्छ ?
2. Is your appetite poor ? के तपाईंलाई खाना रुचि हुँदैन ?
3. Do you sleep badly ? के तपाईंलाई निन्द्रा राम्रो लाग्दैन ?
4. Are you easily frightened ? के तपाईं सानो कुरामा पनि आत्तिनु हुन्छ ?
5. Do your hands shake ? के तपाईंको हात काँस्छ ?
6. Do you feel nervous, tense or worried ?
के तपाईं आत्तिनु हुन्छ, वा तपाईंलाई सूता लाग्छ ?
7. Is your digestion poor ? के तपाईंको पेट पोल्छ ?
8. Do you have trouble thinking clearly ?
के तपाईंलाई राम्ररी सोच्न गाह्रो हुन्छ ?
9. Do you feel unhappy ? के तपाईं पिर गर्नु हुन्छ ?
10. Do you cry more than usual ? के तपाईं पहिले भन्दा धेरै रूनु हुन्छ ?
11. Do you find it difficult to enjoy your daily activities ?
के तपाईंलाई आफ्नो दिन-दिनको काममा रमाउन गाह्रो लाग्छ ?
12. Do you find it difficult to make decisions ?
के तपाईंलाई निर्णय लिन गाह्रो हुन्छ ?
13. Is your daily work suffering ?
के तपाईंको दिन-दिनको काम बिग्रिरहेको छ ?
14. Are you unable to play a useful part in life ?
के तपाईंलाई आफ्नो जीवन काम लाग्ने बनाउन नसके जस्तो लाग्छ ?
15. Have you lost interest in things ?
के तपाईंको कुनै पनि कुरामा रुचि हराएको छ ?
16. Do you feel that you are a worthless person ?
के तपाईं आफुलाई काम नलाग्ने मान्छे ठान्नु हुन्छ ?
17. Has the thought of ending your life been on your mind ?
के तपाईंलाई मरौं जस्तो लाग्छ ?
18. Do you feel tired all the time ?
के तपाईंलाई सधैं थकाइ लाग्ने रहन्छ ?
19. Do you have uncomfortable feelings in your stomach ?
के तपाईंको पेटमा गडबड (अप्यारो) भएको छ जस्तो लाग्छ ?
20. Are you easily tired ?
के तपाईंलाई छिट्टै थकाइ लाग्छ ?

Kvinneres søvn og psykiske helse etter fødselen

Protokoll nr.

--	--	--	--	--

Kryss av med X inni boksene. Når du svarer med tall, skriver du et tall i hver rute.

Hvis du vil endre et svar, fyller du helt opp ruten som er feilkrysset. Bruk svart eller blå kulepenn, ikke blyant. Kryss bare av for ett svar på hvert spørsmål, om ikke annet er angitt.

A – Bakgrunnsopplysninger

1. Dato for utfylling

--	--

.

--	--

.

--	--

(dag - måned - år)

2. Hva er din fødselsdato?

--	--

.

--	--

.

--	--

(dag- måned- år)

3. Hva slags utdanning har du? Sett kryss for den høyeste utdanningen du har fullført

- Mindre enn 9 årig grunnskole
 Grunnskole
 Videregående skole, allmennfaglig eller yrkesfaglig retning
 Universitet/høyskole inntil 4 år
 Universitet/høyskole mer enn 4 år
 Annen utdanning

4. Hvem bor du sammen med?

	<i>Ja</i>	<i>Nei</i>			
Ektefelle/samboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
Andre voksne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	antall <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
	Antall barn 0-5 år		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
	(inkludert den nyfødte)				
	Antall barn 6-18 år		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		

5. Hva slags hoved arbeids forhold hadde du siste året før fødselen:

- Lønnet arbeid
 Selvstendig næring
 Hjemmearbeidende
 Student
 Arbeidsledig
 Rehabilitering/uføre trygd
 Annet

6. Når ble babyen(e) født?

--	--

.

--	--

.

--	--

(dag - måned - år)

7. Ammer du nå?

- Ja, jeg gir bare brystmelk
 Ja, jeg gir både brystmelk og morsmelkserstatning
 Nei, jeg ammer ikke nå

8. Hvor sover babyen(e) vanligvis om natten?

- I samme seng som meg
 I samme rom som meg, men i egen seng
 I et annet rom
 Annet sted: _____

9. Hvis du tenker på de siste 7 netter, hvor mange ganger har din(e) baby(er) vanligvis vekket deg per natt? (mellom kl 23 og kl 06)

--	--

 ganger

B – Søvnmonster

Følgende spørsmål har med ditt vanlige søvnmonster den siste måneden å gjøre. Du skal svare på hva som er mest riktig for de fleste dager og netter den siste måneden. Vennligst svar på alle spørsmål.

1. I løpet av den siste måneden, når har du vanligvis lagt deg om kvelden?

VANLIG LEGGETID KL

--	--

.

--	--

Time Minutt

2. I løpet av den siste måneden, hvor lang tid (i minutter) har det vanligvis tatt deg å sovne om kvelden?

ANTALL MINUTTER

--	--

3. I løpet av den siste måneden, når har du vanligvis stått opp om morgenen?

VANLIGVIS STÅTT OPP KL

--	--

.

--	--

Time Minutt

4. I løpet av den siste måneden, hvor mange timer søvn har du faktisk fått om natten?

(Dette kan være forskjellig fra hvor mange timer du oppholdt deg i sengen.)
 ANTALL TIMER SØVN

--	--

.

--	--

 HVER NATT:

Timer Minutt

For hvert av de følgende spørsmål, kryss av for det beste svar. Vennligst svar på *alle* spørsmålene

5. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du hatt problemer med søvnen fordi du...

(a) Ikke klarer å sovne i løpet av 30 minutter

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

(b) Våkner opp midt på natten eller tidlig om morgenen

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

(c) Må opp for å gå på toalettet

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

(d) Ikke klarer å puste ordentlig

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

(e) Hoster eller snorker høyt

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

(f) Føler deg for kald

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

(g) Føler deg for varm

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

(h) Har vonde drømmer

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

(i) Har smerter

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

(j) Andre grunner, vennligst beskriv _____

Hvor ofte, løpet av den siste måneden, har du hatt problemer med søvnen på grunn av dette?

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

6. I løpet av den siste måneden, hvordan vil du bedømme søvnkvaliteten din totalt sett?

- Veldig bra
 Ganske bra
 Ganske dårlig
 Veldig dårlig

7. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du tatt medisin (med eller uten resept) som hjelp til å sove?

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

8. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du hatt problemer med å holde deg våken under bilkjøring, måltider eller når du holder på med sosiale aktiviteter?

Ikke i løpet av den siste måneden Mindre enn en gang i uken En eller to ganger i uken Tre eller flere ganger i uken

9. I løpet av den siste måneden, hvor stort problem har det vært for deg å ha overskudd nok til å få ting gjort?

- Ikke noe problem i det hele tatt
 Bare et lite problem
 Et visst problem
 Et stort problem

10. Har du tidligere, når du ikke var gravid eller i barsel, hatt følgende vansker med søvnen i mer enn 2 uker sammenhengende?

	<i>JA</i>	<i>NEI</i>
Vanskelig for å sovne om kvelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjentatte oppvåkninger med vansker for å sovne igjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våknet opp for tidlig (endelig oppvåkning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C – Psykisk helse

De neste spørsmålene gjelder de siste 7 dagene

1. Har du de siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?

- Like mye som vanlig
 Ikke riktig så mye som jeg pleier
 Klart mindre enn jeg pleier
 Ikke i det hele tatt

2. Har du de siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?

- Like mye som vanlig
 Noe mindre enn jeg pleier
 Klart mindre enn jeg pleier
 Nesten ikke i det hele tatt

3. Har du de siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?

- Ja, nesten hele tiden
 Ja, av og til
 Ikke særlig ofte
 Nei, aldri

4. Har du de siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?

- Nei, slett ikke
 Nesten aldri
 Ja, iblant
 Ja, veldig ofte

5. Har du de siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?

- Ja, svært ofte
 Ja, noen ganger
 Sjelden
 Nei, aldri

6. Har du de siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?

- Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
 Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
 Nei, for det meste har jeg klart meg bra
 Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

7. Har du de siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vansker med å sove?

- Ja, for det meste
 Ja, iblant
 Ikke særlig ofte
 Nei, ikke i det hele tatt

8. Har du de siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?

- Ja, det meste av tiden
 Ja, ganske ofte
 Ikke særlig ofte
 Nei, ikke i det hele tatt

9. Har du de siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?

- Ja, nesten hele tiden
 Ja, veldig ofte
 Ja, det har skjedd iblant
 Nei, aldri

10. Har tanken på å skade deg selv streift deg de siste 7 dagene?

- Ja, nokså ofte
 Ja, av og til
 Ja, så vidt
 Aldri

11. Har det noen gang i livet ditt vært sammenhengende perioder på 2 uker eller mer da du :

- | | <i>JA</i> | <i>NEI</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Følte deg deprimert, trist eller nedfor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hadde problemer med matlysten eller spiste for mye? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Var plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

12. Opplevde du minst tre av problemene som nevnt ovenfor samtidig? Ja Nei

13. Dersom du har svart *Ja* på siste spørsmål vil vi gjerne vite når dette var (sett gjerne flere kryss):

- Mens du var gravid denne gangen
 Nå, etter denne fødselen
 Annet tidspunkt

14. Har noen av dine søsken eller foreldre vært behandlet for depresjon?

- Ja
 Vet ikke
 Nei

15. Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt eller vanskelig var det for deg? (hvis det følgende ikke passer på deg setter du ikke noe kryss)

- | | <i>Ikke så ille</i> | <i>Vondt/ vanskelig</i> | <i>Veldig vondt/ vanskelig</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Ble skilt, separert eller avbrøt samlivet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har hatt alvorlige samlivsproblemer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har hatt økonomiske problemer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har vært alvorlig syk eller skadet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En av dine nærmeste har vært alvorlig syk eller skadet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har vært utsatt for trafikkulykke, brann eller tyveri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mistet en nær pårørende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre vanskeligheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Evt. hva? _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Jeg har ikke opplevd noe av det overstående | | | |

16. Hvor fornøyd er du med det parforholdet du nå lever i? *Har ikke partner*

- Veldig fornøyd
 Fornøyd
 Noe misfornøyd
 Veldig misfornøyd

Før du sender inn skjemaet, ber vi deg vennligst sjekke om du har svart på alle spørsmål. Takk for hjelpen!

D – Videre undersøkelse

Vi ønsker å kontakte noen av dere som har svart på dette skjemaet for å gjøre en registrering av søvn i barselperioden. Kryss av her dersom du IKKE ønsker å bli kontaktet med informasjon om dette.

Nei takk, jeg ønsker ikke å få informasjon om søvnregistreringen.

Har du andre kommentarer, skriv det gjerne her: _____

SØVNLOGG – legg den gjerne på nattbordet

Navn: _____ Spørsmål 1 og 2 fylles ut før sengetid, resten av skjemaet fylles ut om morgenen. Husk å notere dato.

Eksempel ___ dag ___ dag ___ dag ___ dag ___ dag ___ dag ___ dag
Dato: 09.01.06

1. Hvordan har du fungert i løpet av dagen? (hvor mye energi har du hatt?) 1 = veldig bra, 2 = bra, 3 = verken bra eller dårlig, 4 = dårlig, 5 = veldig dårlig	4							
2. Har du tatt en eller flere blunder i løpet av dagen? Notér tidspunktene for alle blundene.	16-16.30 og 18.15-18.30							
3. Har du tatt sovemedisin og/eller alkohol som hjelp til å sove? Notér medikament og dose, samt evt alkoholinntak	5mg Imovane 1 gl. rødvin							
4. Når la du deg til for å sove for natten ? (da du trykket på knappen)	23.00							
5. Hvor lang tid tok det fra lyset var skrudd av til du sovnet?	45 min							
6. Hvor mange ganger våknet du i løpet av natten?	3							
7. Hvor lange var oppvåkingsperiodene (oppgi cirka antall minutter for hver oppvåkning)?	15, 30, 80							
8. Når våknet du opp om morgenen uten å få sove igjen? Notér tidspunktet for din endelige oppvåkning.	06.15							
9. Når stod du opp?	06.40							
10. Hvordan var siste natts søvn totalt sett: 1 = veldig lett, 2 = lett, 3 = middels, 4 = dyp, 5 = veldig dyp.	1							
Evt. kommentar:								

For kontorbruk:

SOL: WASO: EMA: TWT: TST: TIB: SE: FNA:

Bruk av aktivitetsbrikken

1. Brikken måler din arms bevegelser, og ut i fra det beregnes døgnrytmen. Ha den derfor på hele døgnet i registreringsperioden.
2. Fest den rundt den hånden du ikke bruker til å skrive med (vanligvis venstre hånd).
3. Brikken er ikke vanntett, så ta den av dersom du skal dusje eller bade deg selv eller andre.
4. Trykk på knappen på brikken når du legger deg til for å sove om kvelden, og trykk på knappen igjen når du står opp.
5. Trykk på knappen dersom du tar av deg brikken
6. Om du glemmer å trykke på knappen, fortsatt som vanlig, undersøkelsen har likevel verdi.

For å få fullt utbytte av målingene i brikken er det viktig at du fyller ut en søvnlogg:

Kartlegg søvnen din med søvn logg

De to første spørsmålene fylles ut om kvelden før sengetid, mens de andre spørsmålene besvares om morgenen rett etter at du har stått opp. Søvnloggen fylles ut hver dag. Det er vanskelig å vite nøyaktig hvor lang tid det tar å sovne inn, og hvor lenge man er våken om natten. Når loggen likevel inneholder slike spørsmål er det fordi man ønsker at du prøver å gi et anslag på disse tidene (ikke se på klokken). Hvis det har skjedd noe spesielt om nettene, notér ned hva det var (sykdom, telefonoppringing o.l.).

Her følger litt hjelp til å fylle ut hvert enkelt spørsmål. Et eksempel på utfylling er også gitt i selve loggen.

1. *Kvalitet på dagen:* Bruk skalaen i søvnloggen til å angi hvordan du fungerte i løpet av dagen. Men fungering mener vi hvor mye energi du følte du hadde til å gjøre det du skulle den dagen.
2. *Blund:* Alle søvnperioder utenom nattesøvnen noteres, også om blundene var ufrivillige. Hvis du for eksempel sovnet foran fjernsynet i 10 minutter, ønsker vi at du noterer dette.
3. *Hjelp til å sove:* Ta med alle former for sovemidler, også de uten resept. Alkohol-inntak spesielt brukt som sovemiddel noteres også.
4. *Tidspunkt du la deg til for å sove:* Dette er tiden da du gikk til sengs og faktisk skrudde av lysene. Hvis du la deg kl. 22.45, men ikke skrudde av lysene før kl. 23.15, skal det siste tidspunktet noteres. Det er da du skal trykke på knappen for å markere at du legger deg til for å sove.
5. *Innsøvningstid:* Gi ditt beste anslag over hvor lang tid du tok på å sovne etter at du hadde skrudd av lyset.
6. *Antall oppvåkninger:* Dette er antall nattlige oppvåkninger som du husker.
7. *Varigheten av oppvåkningene:* Angi så godt du kan hvor lenge du var våken i hver av de nattlige oppvåkningene. Hvis dette er umulig, angi cirka hvor lenge du tror du var våken totalt sett i løpet av natten. Ta ikke med tiden det tok fra du våknet til du stod opp, siden det går fram av de neste spørsmålene.
8. *Våkenhet om morgenen:* Her noteres tidspunktet du våknet opp om morgenen uten å få sove igjen. Hvis du våknet kl. 04.00 og ikke sovnet etterpå, noteres dette tidspunktet. Hvis du imidlertid våknet 04.00, men sov en kort periode (f.eks. fra 06.00 til 06.20), noteres 06.20.
9. *Tidspunkt du stod opp:* Her noteres det tidspunktet du stod opp for godt den morgenen.
10. *Søvnkvalitet:* Bruk skalaen i søvnloggen til å angi hvordan du opplevde kvaliteten på nattesøvnen.

Ring meg gjerne om du lurer på noe: Signe tlf: 41145764 - 51515288

