

Kjære HUNT-deltaker

Takk for at du møtte til Helseundersøkelsen. Vi vil også be deg om å fylle ut dette spørreskjemaet. Noen av spørsmålene likner de som du har svart på før, men det er viktig at du allikevel besvarer alt. Opplysningene blir brukt til forskning og forebyggende helsearbeid. Forskere vil kun ha tilgang til aidentifiserte data, det vil si at opplysningene ikke kan spores tilbake til en enkeltperson.

Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er derfor viktig at du krysser av riktig: Rett Galt
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.

Dato for utfylling: / 20
Dag Måned År

Vennligst fyll ut skjemaet, og post det snarest mulig.
Porto er betalt.

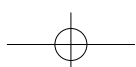


BOLIGFORHOLD OG VENNER

- 1 Hvem bor du sammen med?
(Sett ett eller flere kryss)
- Ingen Andre personer over 18 år
- Foreldre Personer under 18 år
- Ektefelle/samboer..... Antall under 18 år ..
-
- 2 Er det kjæledyr i boligen?
- Ja, katt
- Nei Ja, hund
- Ja, andre pelsdyr/fugl
-
- 3 Har du venner som kan gi deg hjelp når du trenger det? Ja Nei
-
-
- 4 Har du venner som du kan snakke fortrolig med? Ja Nei
-

DITT NÆRMILJØ, DVS. NABOLAGET/GRENDA

- 5 Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her
(Sett ett kryss)
- Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig
-
-
- 6 Man kan ikke stole på hverandre her (Sett ett kryss)
- Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig
-
-
- 7 Folk trives godt her (Sett ett kryss)
- Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig
-





AKTIVITET

- 8 Hvordan har din fysiske aktivitet i fritida vært det siste året? (Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsvei regnes som fritid.)

	Timer pr. uke			
	Ingen	Under 1	1-2	3 el. mer
Lettt aktivitet (ikke svett/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 9 Hvor lang tid bruker du til sammen daglig foran dataskjerm? (Sett 0 hvis du ikke bruker data)

I arbeid timer I fritid timer

- 10 Hvor mange timer ser du på TV/video/DVD daglig?

Mindre enn 1 time 4-6 timer
1-3 timer Mer enn 6 timer

KULTUR/LIVSSYN

- 11 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i: (Sett ett kryss pr. linje)

	Mer enn 3g /mnd	1-3g /mnd	1-6g siste 6 mnd	Aldri
	Museum, kunstutstilling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsert, teater, kino.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirke, bedehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrettsarrangement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 12 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder selv drevet med: (Sett ett kryss pr. linje)

	Mer enn 1g /uke	1g /uke	1-3g /mnd	1-5g siste 6 mnd	Ingen gang
	Foreningsvirksomhet ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikk, sang, teater.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menighetsarbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friluftsliv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trening, idrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 13 Hvilket livssyn vil du si ligger nærmest opp til ditt eget? (Sett ett kryss)

Kristent livssyn Ateistisk livssyn
Humanetisk livssyn Annet livssyn

- 14 Når det skjer vonde ting i livet mitt, tenker jeg: "det er ei mening med det".

Ja..... Nei Vet ikke.....

- 15 Jeg søker hjelp hos Gud når jeg trenger styrke og trøst.

Aldri Av og til Ofte

PERSONLIGHET

- 16 Beskriv deg selv slik du vanligvis er:
- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Klarer du å få fart i et selskap?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du stort sett stille og tilbakeholden når du er sammen med andre?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liker du å treffe nye mennesker?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liker du å ha masse liv og røre rundt deg?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du forholdsvis livlig?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tar du vanligvis selv initiativet for å få nye venner?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du ofte bekymret?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blir dine følelser lett såret?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hender det ofte at du "går trøtt"?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plages du av "nerver"?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du ofte følt deg trøtt og likeglad uten grunn?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekymrer du deg for at fryktelige ting kan skje?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HODEPINE

- 17 Har du vært plaget av hodepine det siste året? (Hvis nei, gå til spørsmål 24.)

Hvis ja:

Migrene
Hva slags hodepine: Annen hodepine.....

- 18 Omtrent antall dager pr. måned med hodepine:

Mindre enn 1 dag 7-14 dager.....
1-6 dager Mer enn 14 dager.....

- 19 Hvor sterk er hodepina vanligvis?

Mild (hemmer ikke aktivitet)
Moderat (hemmer aktivitet)
Sterk (forhindrer aktivitet).....

- 20 Hvor lenge varer hodepina vanligvis?

Mindre enn 4 timer 1-3 døgn.....
4 timer – 1 døgn..... Mer enn 3 døgn.....

- 21 Er hodepina vanligvis preget av eller ledsaget av: (Sett ett kryss pr. linje)

	Ja	Nei
Bankende/dunkende smerte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressende smerte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensidig smerte (høyre eller venstre)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forverring ved moderat fysisk aktivitet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme og/eller oppkast?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lys- og lydskjyhet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

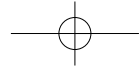
- 22 Før eller under hodepina; kan du ha forbigående: (Sett ett kryss pr. linje)

	Ja	Nei
Synsforstyrrelse? (takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nummenhet i halve ansiktet eller i handa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 23 Angi hvor mange dager du har vært borte fra arbeid eller skole siste måned på grunn av hodepine:

dager





LUFTVEIER

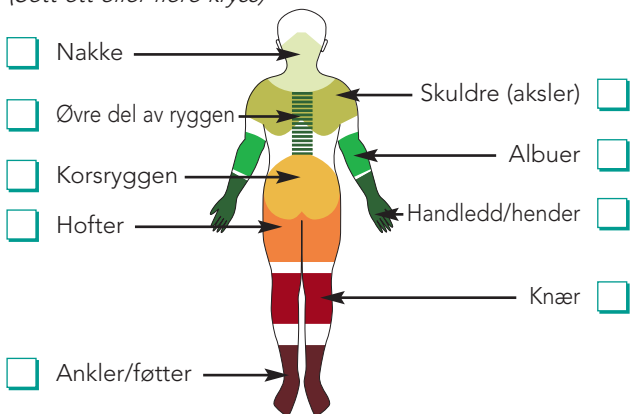
- 24 Hoster du daglig i perioder av året? Ja Nei
- Hvis ja:**
- Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt? Ja Nei
- Har du hatt hoste med oppspytt, i minst 3 måneder, sammenhengende i hvert av de to siste åra? Ja Nei
-
- 25 Har du, eller har du hatt, høysnue eller neseallergi? Ja Nei
- Hvis ja:**
- Har du hatt slike plager i løpet av de siste 12 måneder? Ja Nei
-
- 26 Har du i løpet av de siste 12 måneder blitt vekket av anfall med tung pust? Ja Nei

MUSKLER OG LEDD

- 27 Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd, som har vart i minst 3 måneder sammenhengende? Ja Nei
- Hvis nei, gå til spørsmål 30.*

Hvis ja:

Hvor har du hatt disse plagene?
(Sett ett eller flere kryss)



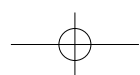
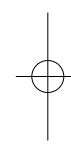
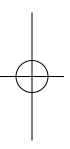
- 28 Har du vært plaget både i høyre og venstre kroppshalvdel? Ja Nei
-
- 29 Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter?
- I arbeid..... Ja Nei
- I fritid..... Ja Nei
-
- 30 Er du operert for ryggplager? Ja Nei
- Hvis ja:** Hvilken type operasjon?
- Prolaps/ischias-operasjon Annet.....
- Avstivning

STOFFSKIFTE

- 31 Har du noen gang fått påvist for lavt stoffskifte (hypothyreose)? Ja Nei
- Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang? år gammel
- Eksempel:*
- 3 4 år gammel
-
- 32 Har du noen gang fått påvist for høyt stoffskifte (hypertyreose)? Ja Nei
- Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang? år gammel
- Eksempel:*
- 3 4 år gammel
- Hvis ja:**
- Har du brukt Neo-Mercazole? Ja Nei
- Har du fått radiojodbehandling? Ja Nei

MAGE OG TARM

- 33 Har du vært plaget med smerter eller ubehag fra magen de siste 12 måneder?
- Ja, mye... Ja, litt.. Nei, aldri..
- Hvis nei, gå til spørsmål 34.*
- Hvis ja:**
- Er disse lokalisert øverst i magen?..... Ja Nei
- Har du de siste 3 måneder hatt disse plagene så ofte som 1 dag i uka i minst 3 uker?..... Ja Nei
- Blir smertene eller ubehaget bedre etter at du har hatt avføring?..... Ja Nei
- Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med hyppigere eller sjeldnere avføring enn vanlig? Ja Nei
- Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med at avføringen blir løsere eller fastere enn vanlig?..... Ja Nei
- Kommer smertene eller ubehaget etter måltid? Ja Nei
-
- 34 I hvilken grad har du hatt følgende plager i de siste 12 måneder?
- | | Aldri | Litt | Mye |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kvalme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsbrann/sure oppstøt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diaré..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treg mage..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vekslende treg mage og diaré..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oppblåsthet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



HVORDAN FØLER DU DEG

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

- 35** Jeg føler meg nervøs og urolig
- Nei..... En god del.....
Litt..... Svært mye.....
- 36** 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.....
- 37** 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.....
- 38** Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner
- Like mye nå som før..... Avgjort ikke som før.....
Ikke like mye nå som før..... Ikke i det hele tatt.....
- 39** Jeg har hodet fullt av bekymringer
- Veldig ofte..... Av og til.....
Ganske ofte..... En gang i blant.....
- 40** Jeg er i godt humør
- Aldri..... Ganske ofte.....
Noen ganger..... For det meste.....
- 41** Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet
- Ja, helt klart..... Ikke så ofte.....
Vanligvis..... Ikke i det hele tatt.....
- 42** Jeg føler meg som om alt går langsommere
- Nesten hele tiden..... Fra tid til annen.....
Svært ofte..... Ikke i det hele tatt.....
- 43** Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen
- Ikke i det hele tatt..... Ganske ofte.....
Fra tid til annen..... Svært ofte.....
- 44** Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut
- Ja, har sluttet å bry meg..... Kan hende ikke nok.....
Ikke som jeg burde..... Bryr meg som før.....
- 45** 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.....

T

- 46** Jeg ser med glede fram til hendelser og ting
- Like mye som før..... Avgjort mindre enn før.....
Heller mindre enn før..... Nesten ikke i hele tatt.....
- 47** Jeg kan plutselig få en følelse av panikk
- Uten tvil svært ofte..... Ikke så veldig ofte.....
Ganske ofte..... Ikke i det hele tatt.....
- 48** Jeg kan glede meg over gode bøker, radio/TV
- Ofte..... Ikke så ofte.....
Fra tid til annen..... Svært sjelden.....

SØVN

- 49** Hvor ofte har det hendt i løpet av de siste 3 måneder at du:
- | | Aldri/
sjelden | Av
og til | Flere
ggr/
uka |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Snorker høyt og sjenerende?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Får pustestopp når du sover?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har vanskelig for å sovne om kvelden?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner gjentatte ganger om natta?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner for tidlig og får ikke sove igjen?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kjenner deg søvngig om dagen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har plagsom nattesvette?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner med hodepine?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Får ubehag, kribling eller muring i bein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALKOHOL

Hvis du ikke drikker alkohol, gå til spørsmål 54.

- 50** Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt? Ja Nei
-
- 51** Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din? Ja Nei
-
- 52** Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din? Ja Nei
-
- 53** 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 oppvikker? Ja Nei
-

KOSTHOLD

- 54 Hvor mange skiver brød spiser du vanligvis?
(Sett ett kryss for hver type brød)

	0-4 /uke	5-7 /uke	2-3 /dag	4-5 /dag	6 el flere /dag
Loff/fint brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneipp/mellomgrovt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovt brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 55 Hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene?
(Sett ett kryss pr. måltid)

	Sjelden /aldri	1-2 g /uke	3-4 g /uke	5-6 g /uke	Hver dag
Frokost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formiddagsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varm middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet måltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nattmat (kl 24-06)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 56 Hva slags fett bruker du oftest?
(Sett ett kryss pr. linje)

	Meieri- smør	Margarin		Oljer	Bruker ikke
		Hard	Myk /lett		
På brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I matlaging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TANNHELSE

- 57 Har du de siste 12 måneder vært hos tannlege/tannhelsetjeneste? Ja Nei

- 58 Hvordan vurderer du tannhelsen di?

Meget dårlig	<input type="checkbox"/>	God	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>	Meget god	<input type="checkbox"/>
Verken god eller dårlig...	<input type="checkbox"/>		

- 59 Hva betyr god tannhelse for helsa di ellers?

Svært mye	<input type="checkbox"/>	Lite	<input type="checkbox"/>
Mye	<input type="checkbox"/>	Svært lite	<input type="checkbox"/>
Både og	<input type="checkbox"/>		

BRUK AV RESEPTFRIE MEDISINER

- 60 Hvor ofte har du brukt reseptfrie medisiner mot følgende plager i løpet av den siste måneden?
(Sett ett kryss pr. linje)

	Sjelden /aldri	1-3 g /uke	4-6 g /uke	Dag- lig
Halsbrann/sure oppstøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treg mage	<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"/>
Smarter i muskler/ledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 61 Har du brukt noen av disse reseptfrie medisinene minst en gang i uka i løpet av den siste måneden?

	Ja	Nei
Paracetamol, Paracet, Panodil, Pamol, Pinex, Perfalgan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albyl E (500 mg), Aspirin, Globoid, Dispril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen, Ibux, Ibuprox, Ibumetin, Brufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naproxen, Naprosyn, Ledox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVORDAN FØLER DU DEG NÅ

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

Meget sterk og opplagt	<input type="checkbox"/>
Sterk og opplagt	<input type="checkbox"/>
Ganske sterk og opplagt	<input type="checkbox"/>
Både – og	<input type="checkbox"/>
Ganske trøtt og sliten	<input type="checkbox"/>
Trøtt og sliten	<input type="checkbox"/>
Svært trøtt og sliten	<input type="checkbox"/>

SVANGERSKAP OG PREVENSJON

- 63 Når du ser bort fra svangerskap og barselperiode, har du noen gang vært blødningsfri i minst 6 måneder før overgangsalder? Ja Nei

Hvis ja: Hvor mange ganger?

ganger

- 64 Hvor mange ganger har du i alt vært gravid? ganger

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

Hvis ja:

Hvor gammel var du første gang du hadde problemer med å bli gravid? år gammel

- 66 Har du noen gang fått hormonbehandling for å bli gravid? Ja Nei

Hvis ja: Har du fått slik behandling siste 3 måneder?

- 67 Bruker du, eller har du brukt: (Sett ett kryss pr. linje)

	Nå	Før, ikke nå	Aldri
P-piller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P-plaster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen hormonprevensjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(P-sprøyte, P-ring, P-implantat, hormonspiral)

- 68 Hvis du har brukt P-piller: Hvor gammel var du første gang du begynte med dette? år gammel

Hvor mange år har du i alt brukt P-piller?

Mindre enn 1 år	<input type="checkbox"/>	4-10 år	<input type="checkbox"/>
1-3 år	<input type="checkbox"/>	Over 10 år	<input type="checkbox"/>

OVERGANGSALDER

Hvis ikke kommet i overgangsalder, hopp til spm. 75.

- 69 Merker/merket du hetetokter i forbindelse med overgangsalder?

Om dagen Begge deler

Om natten Merket ikke

Hvis du merket hetetokter, hvordan vil du beskrive plagene?

Store..... Middels.... Små

Ja Nei

Oppsøkte du lege i forbindelse med plagene?

- 70 Har du noen gang brukt medisiner som inneholder østrogen? Nå Før Aldri

Tabletter eller plaster (på resept fra lege)

Krem eller stikkpiller.....

- 71 Hvis du har brukt reseptpliktig østrogen, hvor gammel var du da du begynte? år gammel

- 72 Hvis du bruker eller har brukt reseptpliktig østrogen, hvor gammel er/var du siste gang du brukte dette? år gammel

- 73 Hvis du bruker eller har brukt østrogentabletter eller -plaster, hvorfor begynte du?

Lindre plager i overgangsalder

Forebygge beinskjørhet. Annet.....

- 74 Hvis du tidligere har brukt østrogentabletter eller -plaster, hvorfor sluttet du?

Er/var kvitt plagene..... Redd for bivirkninger ..

Fikk plagsomme bivirkninger Annet.....

OPERASJONER/STRÅLEBEHANDLING I UNDERLIVET

- 75 Har du noen gang blitt operert for nedsunken livmor eller skjedevegg? Ja Nei Vet ikke

Hvis ja: Hvor gammel var du da? år gammel

- 76 Har du ved operasjon fått fjernet begge eggstokkene (totalt)? Ja Nei Vet ikke

Hvis ja: Hvor gammel var du da? år gammel

- 77 Har du ved operasjon fått fjernet hele livmoren? Ja Nei Vet ikke

Hvis ja: Hvor gammel var du da? år gammel

- 78 Har du noen gang hatt strålebehandling mot underlivet? Ja Nei Vet ikke

Hvis ja: Hvor gammel var du da? år gammel

URINVEIER

- 79 Hvor ofte later du vanligvis vannet om dagen?

1-4 ganger 8-11 ganger.....

5-7 ganger Over 11 ganger

- 80 Hvor mange ganger må du opp om natta for å late vannet?

Ingen 1 gang 2 ganger 3 ganger 4 ganger 5 ganger eller mer

- 81 Hvis du må opp om natta for å late vannet, hvordan opplever du dette?

Ikke noe problem Mye plaget

Litt plaget Svært stort problem ...

- 82 Opplever du plutselig og/eller sterk vannlatingstrang som er vanskelig å holde tilbake?

Aldri..... Flere ganger i uka

Månedlig..... Daglig.....

- 83 Har du ufrivillig urinlekkasje? Ja Nei

(Hvis nei, gå til spm. 84)

Hvis ja:

Hvor ofte har du urinlekkasje?

Mindre enn 1 gang/mnd En el. flere ganger /uke

En eller flere ganger/mnd Hver dag og/eller natt

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang?

Dråper..... Større mengder.....

Små skvetter.....

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

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

Hvordan opplever du lekkasjeplagene dine?

Ikke noe problem Mye plaget

En liten plage..... Svært stort problem....

En del plaget.....

Hvor gammel var du da du fikk urinlekkasje? år gammel

- 84 Har du søkt lege for urinlekkasje? Ja Nei

- 85 Har du noengang fått behandling for ufrivillig urinlekkasje?

Nei, jeg har aldri hatt urinlekkasje

Nei, jeg hadde urinlekkasje, men ble bra av meg selv..

Ja.....

Hvis ja: Hvilken behandling?

(Du kan sette flere kryss)

Operasjon Medisiner

Bekkenbunnstrening..... Annet.....

AVFØRING

- 86 Har du hatt ukontrollert lekkasje av luft fra tarmen i løpet av den siste måneden? Aldri/sjelden Hver uke Hver dag
- 87 Har du hatt lekkasje av avføring fra tarmen i løpet av den siste måneden? Aldri/sjelden Hver uke Hver dag
- 88 Hvis ja på spm 86 eller 87; har plagene med lekkasje fra endetarmen innvirkning på ditt hverdagsliv? Aldri/sjelden Hver uke Hver dag
- 89 Har du evne til å holde igjen avføring og utsette toalettbesøk i 15 minutter etter første følelse av trang? Ja Nei

VURDERING AV DIN ARBEIDSPASS

Besvares hvis du er eller har vært i arbeid. Ta stilling til følgende påstander/spørsmål om arbeidsplassen din og arbeidet ditt.

- 90 Det er et godt samhold på arbeidsplassen
 Stemmer helt..... Stemmer ikke særlig ...
 Stemmer ganske bra Stemmer slett ikke.....
- 91 Mine kolleger stiller opp for meg (gir meg støtte)
 Stemmer helt..... Stemmer ikke særlig ...
 Stemmer ganske bra Stemmer slett ikke.....
- 92 Jeg trives godt med mine arbeidskamerater
 Stemmer helt..... Stemmer ikke særlig ...
 Stemmer ganske bra Stemmer slett ikke.....
- 93 Er du blitt mobbet/trakassert på din arbeidsplass
 Ja, ofte Nei, sjelden.....
 Ja, iblant Nei, så godt som aldri
- 94 Krever arbeidet ditt at du må arbeide veldig hurtig?
 Ja, ofte Nei, sjelden.....
 Ja, iblant Nei, så godt som aldri
- 95 Krever arbeidet ditt at du må arbeide svært hardt?
 Ja, ofte Nei, sjelden.....
 Ja, iblant Nei, så godt som aldri
- 96 Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?
 Ja, ofte Nei, sjelden.....
 Ja, iblant Nei, så godt som aldri
- 97 Krever arbeidet ditt oppfinnsomhet?
 Ja, ofte Nei, sjelden.....
 Ja, iblant Nei, så godt som aldri

T

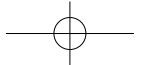
- 98 Har du mulighet til selv å bestemme hvordan arbeidet skal utføres?
 Ja, ofte Nei, sjelden.....
 Ja, iblant Nei, så godt som aldri
- 99 Har du mulighet til selv å bestemme hva som skal gjøres i arbeidet ditt?
 Ja, ofte Nei, sjelden.....
 Ja, iblant Nei, så godt som aldri
- 100 Er arbeidet ditt så fysisk anstrengende at du ofte er sliten i kroppen etter en arbeidsdag?
 Ja, nesten alltid..... Ganske sjelden
 Ja, ganske ofte..... Aldri eller nesten aldri.

SMERTER I BEINA

- 101 Har du sår på tå, fot eller ankel som ikke vil gro? Ja Nei
- 102 Har du smerter i det ene eller i begge beina når du går? Ja Nei
- Hvis ja:**
 Hvor gjør det mest vondt? Fot.....
 Legg
 Lår
 Hofte.....
- Forsvinner smertene når du står stille en stund? Ja Nei
- 103 Har du smerter i beina når du er i ro? Ja Nei
- Hvis ja:**
 Er smertene verst når du ligger i senga? Ja Nei
- Får du mindre vondt når beinet ligger lavt, f.eks. om beinet henger utfor sengekanten? Ja Nei
- Har du hatt smertene i beina sammenhengende i mer enn 14 dager? Ja Nei
- 104 Har du brukt smertestillende medisin pga. smerter i beina? Ja Nei

SYN

- 105 Har du noen av disse øyesykdommene? Ja Nei
- Katarakt (grå stær).....
- Glaukom (grønn stær, høyt trykk i øyet).....
- Aldersrelatert makuladegenerasjon.....
 (forkalkning på netthinna)



HUKOMMELSE

106 Har du problemer med hukommelsen?

Nei Ja, noe Ja, store.....

107 Har hukommelsen endret seg siden du var yngre?

Nei Ja, noe Ja, mye

108 Har du problemer med å huske:

	Aldri	Av og til	Ofta
Hendelser for få minutter siden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn på andre mennesker?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datoer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å gjøre det du har planlagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hendelser som skjedde for noen dager siden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hendelser som skjedde for år siden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å holde tråden i samtaler?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPISEFORSTYRELSE

Sett en ring rundt det tallet som best beskriver dine spisevaner, slik du synes det har vært den siste måneden.

109 Hvor fornøyd har du vært med dine spisevaner?

Svært
fornøyd 1 2 3 4 5 6 7 Svært
misfornøyd

110 Har du trøstespist eller spist ekstra på grunn av at du har vært nedstemt eller følt deg utilfreds?

Ikke i det
hele tatt 1 2 3 4 5 6 7 Hver
dag

111 Har du hatt skyldfølelse i forbindelse med spising?

Ikke i det
hele tatt 1 2 3 4 5 6 7 Hver
dag

112 Har du følt at det er nødvendig for deg å følge strenge dietter eller andre matritualer for å holde kontroll med hvor mye du spiser?

Ikke i det
hele tatt 1 2 3 4 5 6 7 Hver
dag

113 Har du følt at du er for tykk?

Ikke i det
hele tatt 1 2 3 4 5 6 7 Hver
dag

NB!

Det utfylte skjemaet returneres i den vedlagte svarkonvolutten.
Porto er betalt.

Takk for hjelpa!

