

Takk for at du møtte til HUNT4. Vi håper at du også vil fylle ut dette spørreskjemaet som går litt mer i dybden angående ulike sykdommer, plager, livssituasjon og aktiviteter. Du kan lese mer om HUNT4 i informasjonsbrosjyren du fikk i posten, eller på <http://hunt4.no>.

- **VENNLIGST Fyll ut SKJEMAET**
- **LEGG DET I SVARKONVOLUTTEN**
- **POST DET SNAREST MULIG**
- **PORTO ER BETALT**

Vennlig hilsen  
 Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag  
 Telefon 74 07 51 80 / e-post [hunt@medisin.ntnu.no](mailto:hunt@medisin.ntnu.no)

## LES DETTE FØR DU STARTER

Skjemaet skal leses maskinelt.  
 Følg derfor disse instruksjonene:

- Bruk svart/blå kulepenn eller en god blyant.
- Kryss av slik:
- Krysser du feil, fyller du hele feltet med farge, slik:  Sett så kryss i rett felt.
- Sett bare ett kryss for hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.
- Bruk hele tall når du fyller inn antall år eller antall ganger, slik:

## VENNER OG FAMILIE

- 1 Har du noen som kan gi deg hjelp når du trenger det?**      Nei      Ja

### HVIS JA:

Hvem kan gi deg hjelp? (Flere kryss mulig)

Venner      Familie      Naboer  
           

- 2 Har du noen som du kan snakke fortrolig med?**      Nei      Ja

### HVIS JA:

Hvem kan du snakke fortrolig med?  
 (Flere kryss mulig)

Venner      Familie      Naboer  
           

## DITT NÆRMILJØ/NABOLAG

- 3 Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her**  
 (Sett ett kryss)

Helt enig      Delvis enig      Usikker      Delvis uenig      Helt uenig  
                       

- 4 Man kan ikke stole på hverandre her**  
 (Sett ett kryss)

Helt enig      Delvis enig      Usikker      Delvis uenig      Helt uenig  
                       





- 5 Folk trives godt her** (Sett ett kryss)  
 Helt enig      Delvis enig      Usikker      Delvis uenig      Helt uenig

## KOSTHOLD

- 6 Hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene?**  
 (Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/ aldri	1-2 ganger per uke	3-6 ganger per uke	Hver dag
Frokost .....	<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"/>
Middag .....	<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"/>
Annet måltid .....	<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"/>

- 7 Hvor mange skiver brød/knekkebrød spiser du vanligvis?** (Sett ett kryss per linje)

Type brød/knekkebrød	0-1 per dag	2-3 per dag	4-5 per dag	6 eller flere per dag
Fint 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halvgrovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra grovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## HODEPINE

8 Har du vært plaget av hodepine det siste året? Nei  Ja

### HVIS JA:

Hva slags hodepine? (Sett ett kryss)

Migrene .....   
 Annen hodepine .....

Omtrent antall dager per måned med hodepine?

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

Hvor sterk er hodepinen vanligvis?

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

Hvor lenge varer hodepinen vanligvis?

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

Er hodepinen vanligvis preget av eller ledsaget av:  
 (Sett ett kryss per linje)

	Nei	Ja
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 lydskyhet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Før eller under hodepinen; kan du ha forbigående synsforstyrrelse?  
 (takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt) Nei  Ja

## MUSKLER OG LEDD

9 Har du vært plaget med smerter i muskler og ledd sammenhengende i minst 3 måneder i løpet av det siste året? Nei  Ja

### HVIS JA:

Hvor har du hatt disse plagene?

(Sett ett eller flere kryss)

<input type="checkbox"/> Nakke	<input type="checkbox"/> Kjeve
<input type="checkbox"/> Bryst	<input type="checkbox"/> Skuldre
<input type="checkbox"/> Øvre del av ryggen	<input type="checkbox"/> Albue
<input type="checkbox"/> Korsryggen	<input type="checkbox"/> Hofte
<input type="checkbox"/> Lår	<input type="checkbox"/> Håndledd/fingre
<input type="checkbox"/> Legg	<input type="checkbox"/> Knær
	<input type="checkbox"/> Ankler/føtter

Har du vært plaget både i høyre og venstre kroppshalvdel? Nei  Ja

Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter? Nei  Ja

I arbeid .....    
 I fritida .....

## SVELG OG LUFTVEIER

10 Hoster du daglig i perioder av året? Nei  Ja

HVIS JA: Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?..... Nei  Ja

Har du hatt hoste med oppspytt, sammenhengende i minst 3 måneder i hvert av de siste to åra? Nei  Ja

11 Har du, eller har du hatt, høysnue/neseallergi? Nei  Ja

HVIS JA: Har du hatt slike plager i løpet av de siste 12 måneder?..... Nei  Ja

**12** Har du hatt noen av følgende plager sammenhengende i minst 3 måneder i løpet av det siste året?

	Nei	Ja
Nesetetthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sliming fra nesen eller bak i svelget.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller trykk i ansiktet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redusert luktesans.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13** Har du hatt bihulebetennelse de siste 12 måneder?

Nei	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HVIS JA:**

Hvor mange ganger har du fått antibiotika for dette de siste 12 måneder?  antall ganger

**14** Har du fått fjernet halsmandlene?  Nei  Ja  Hvor gammel var du?  år gammel

**UTMATTELSE/SLITENHET**

**15** Kjenner du deg vedvarende utmattet/sliten?  Nei  Ja

**HVIS JA:**

Omtrent hvor lenge har du kjent deg utmattet/sliten?

Mindre enn 3 måneder	3-6 måneder	Mer enn 6 måneder
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Omtrent hvor mye av tiden kjenner du deg utmattet/sliten?

Mindre enn 25 % av tiden	25-50 % av tiden	50-75 % av tiden	Mer enn 75 % av tiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MUNNHULE**

**16** Plages du med munntørrhet?  Nei  Ja

**17** Hvordan vurderer du tannhelsa di?  Meget dårlig  Dårlig  God  Meget god

**18** Er du redd for å gå til tannlegen?  Nei  Ja

**19** Hva betyr god tannhelse for helsa di ellers?  Svært mye  Mye  Lite  Svært lite

**MAGE OG TARM**

**20** Har du vært plaget med smerter eller ubehag fra magen de siste 12 måneder?

Nei, aldri	Ja, litt	Ja, mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HVIS JA:**

	Nei	Ja
Er disse lokalisert øverst i magen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du de siste 3 måneder hatt disse plagene så ofte som 1 dag i uka i minst 3 uker?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bliir smertene eller ubehaget bedre etter at du har hatt avføring?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med hyppigere eller sjeldnere avføring enn vanlig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med at avføringen blir løsere eller fastere enn vanlig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer smertene eller ubehaget etter måltid?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21** 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"/>

**22** Har du fått fjernet blindtarmen?  Nei  Ja  Hvor gammel var du?  år gammel

**URINVEIER**

**23** Har du flere ganger det siste året fått påvist protein (eggehvite) i urinen?  Nei  Ja

**HVIS JA:**

Hvor gammel var du da dette ble påvist første gang?.....  år gammel

**24** Har du flere ganger det siste året fått påvist blod i urinen?  Nei  Ja

**25** Har du noen gang hatt urinveisinfeksjon (blærekatarr eller nyrebekkenbetennelse)?

	Nei	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HVIS JA:**

Hvor mange slike infeksjoner har du hatt siste 2 år?  antall ganger

Har du hatt slik infeksjon siste 7 dager?  Nei  Ja

Har lege sagt at du har hatt nyresvikt (svakkede nyrer, dårlig nyrefunksjon)? ....  Nei  Ja

**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.

**26** Jeg føler meg nervøs og urolig

Nei.....	<input type="checkbox"/>	En god del.....	<input type="checkbox"/>
Litt.....	<input type="checkbox"/>	Svært mye.....	<input type="checkbox"/>

**27** Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før

Avgjort like mye.....	<input type="checkbox"/>	Bare lite grann.....	<input type="checkbox"/>
Ikke fullt så mye.....	<input type="checkbox"/>	Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>

**28** Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje

Ja, og noe svært ille.....	<input type="checkbox"/>	Litt, bekymrer meg lite.....	<input type="checkbox"/>
Ja, ikke så veldig ille.....	<input type="checkbox"/>	Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>

**29** Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

Like mye nå som før.....	<input type="checkbox"/>	Avgjort ikke som før.....	<input type="checkbox"/>
Ikke like mye nå som før.....	<input type="checkbox"/>	Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>

**30** Jeg har hodet fullt av bekymringer

Veldig ofte.....	<input type="checkbox"/>	Av og til.....	<input type="checkbox"/>
Ganske ofte.....	<input type="checkbox"/>	En gang i blant.....	<input type="checkbox"/>

**31** Jeg er i godt humør

Aldri.....	<input type="checkbox"/>	Ganske ofte.....	<input type="checkbox"/>
Noen ganger.....	<input type="checkbox"/>	For det meste.....	<input type="checkbox"/>

**32** Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet

Ja, helt klart.....	<input type="checkbox"/>	Ikke så ofte.....	<input type="checkbox"/>
Vanligvis.....	<input type="checkbox"/>	Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>

**33** Jeg føler meg som om alt går langsommere

Nesten hele tiden.....	<input type="checkbox"/>	Fra tid til annen.....	<input type="checkbox"/>
Svært ofte.....	<input type="checkbox"/>	Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>

**34** Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen

Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>	Ganske ofte.....	<input type="checkbox"/>
Fra tid til annen.....	<input type="checkbox"/>	Svært ofte.....	<input type="checkbox"/>

**35** Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut

Ja, jeg har sluttet å bry meg.....	<input type="checkbox"/>	Kan hende ikke nok....	<input type="checkbox"/>
Ikke som jeg burde.....	<input type="checkbox"/>	Bryr meg som før.....	<input type="checkbox"/>

**36** Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv

Uten tvil svært mye....	<input type="checkbox"/>	Ikke så veldig mye.....	<input type="checkbox"/>
Ganske mye.....	<input type="checkbox"/>	Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>

**37** Jeg ser med glede fram til hendelser og ting

Like mye som før.....	<input type="checkbox"/>	Avgjort mindre enn før.....	<input type="checkbox"/>
Heller mindre enn før.....	<input type="checkbox"/>	Nesten ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>

**38** Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

Uten tvil svært ofte.....	<input type="checkbox"/>	Ikke så veldig ofte.....	<input type="checkbox"/>
Ganske ofte.....	<input type="checkbox"/>	Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>

**39** Jeg kan glede meg over gode bøker, radio/TV

Ofte.....	<input type="checkbox"/>	Ikke så ofte.....	<input type="checkbox"/>
Fra tid til annen.....	<input type="checkbox"/>	Svært sjelden.....	<input type="checkbox"/>

*The HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale®) is reproduced by kind permission of GL Assessment Limited, London W4 4AJ. All rights reserved including translation.*

**MESTRING**

Tenk på den siste måneden; kryss av i den boksen som best beskriver deg, din familie og forhold til venner:

**40** Nye vennskap:

Knytter jeg lett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har jeg vansker med å knytte
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------------

**41** Å komme i kontakt med nye folk:

Er vanskelig for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Er jeg flink til
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------

**42** Når jeg er sammen med andre:

Sitter latteren min løst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sitter latteren langt inne
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------

**43** I familien min er forståelsen av hva som er viktig i livet:

Ganske forskjellig      Lik

**44** Familien min preges av:

Splittelser      Godt samhold

**45** I vanskelige perioder:

Beholder familien min et positivt syn      Ser familien min mørkt på fremtiden

**ALKOHOL**

**46** Driker du alkohol?

Nei  Ja

**HVIS JA:**

Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt?  Nei  Ja

Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din?  Nei  Ja

Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din?  Nei  Ja

Har det å ta en drink noen ganger vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppkvikker?  Nei  Ja

**LIVSHENDELSER**

**47** Har du noen gang opplevd noe av dette?

(Flere kryss mulig)

Vært livstruende syk eller skadet  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Hatt livstruende sykdom eller skade blant dine nærmeste  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Alvorlige problem i forholdet til din partner eller ektefelle  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Brudd i ditt parforhold  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Brå og uventet død hos noen som stod deg nær  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Blitt utsatt for fysisk vold (banket/ skadet)  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Gjentatt psykisk vold fra dine nærmeste (truert/utskjelt/latterliggjort/nedverdiget)  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Blitt utsatt for uønskede seksuelle handlinger  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Blitt mobbet på mobil eller internett  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Blitt mobbet/trakassert på skole/ utdanningssted  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

**KULTUR/FRIVILLIG ARBEID/LIVSSYN**

**48** Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i:

(Sett ett kryss per linje)

	Mer enn 3 ganger/ måned	1-3 ganger/ måned	1-6 ganger siste 6 måneder	Aldri
Museum, kunstutstilling	<input type="checkbox"/>	<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, moske, synagoge e.l.	<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"/>

**49** Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder selv drevet med:

	Mer enn 1 gang/ uke	1 gang/ uke	1-3 ganger/ måned	1-5 ganger siste 6 måneder	Aldri
Politisk aktivitet/samfunnsdebatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreningsvirksomhet	<input type="checkbox"/>	<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"/>

**50** Tror du på et liv etter døden?

Ja, absolutt  Ja, antagelig  Nei, antagelig ikke  Nei, absolutt ikke  Vet ikke

**51** Jeg søker hjelp hos Gud når jeg trenger styrke og trøst

Aldri  Sjelden  Av og til  Ofte

## SEKSUALITET

Tenk på de siste 4 ukene:

### 52 I hvilken grad har du vært interessert i sex?

- Ikke i det hele tatt.....
- Litt.....
- En del.....
- Svært mye.....

### 53 I hvilken grad har du vært seksuelt aktiv (med eller uten samleie)?

- Ikke i det hele tatt.....
- Litt.....
- En del.....
- Svært mye.....

### 54 Hvis du har vært seksuelt aktiv, i hvilken grad har du hatt glede av din seksuelle aktivitet?

- Ikke i det hele tatt.....
- Litt.....
- En del.....
- Svært mye.....
- Ikke aktuelt.....

### 55 Har du hatt tørr skjede under samleie?

- Ikke i det hele tatt.....
- Litt.....
- En del.....
- Svært mye.....
- Ikke aktuelt.....

### 56 Har du hatt smerter under samleie?

- Ikke i det hele tatt.....
- Litt.....
- En del.....
- Svært mye.....
- Ikke aktuelt.....

### 57 Hvilken seksuell legning har du?

- Heterofil.....
- Lesbisk.....
- Bifil.....
- Annet.....

## URINLEKKASJE

### 58 Har du ufrivillig urinlekkasje?

Nei Ja

#### HVIS JA:

Hvor ofte har du urinlekkasje?

- Mindre enn 1 gang per måned.....
- En eller flere ganger per måned.....
- En eller flere ganger per uke.....
- Hver dag og/eller natt.....

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang?

- Dråper.....
- Små skvetter.....
- Større mengder.....

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

Nei Ja

Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatings-trang?

Nei Ja

Hvordan opplever du lekkasjeplagene dine?

- Ikke noe problem.....
- En liten plage.....
- En del plaget.....
- Mye plaget.....
- Svært stort problem.....

Hvor gammel var du da du fikk urinlekkasje?.....

år gammel

### 59 Har du søkt lege for urinlekkasje?

Nei Ja

#### HVIS JA:

Hvilken behandling har du fått?  
(Flere kryss mulig)

- Ingen.....
- Bekkenbunnstrening.....
- Medisiner.....
- Operasjon.....

## ARBEIDET DITT

Svar hvis du er, eller har vært, i arbeid. Ta stilling til disse spørsmålene om arbeidet ditt:

**60** Krever arbeidet ditt at du må arbeide veldig hurtig?

Ja, ofte .....  Nei, sjelden .....

Ja, iblant .....  Nei, så godt som aldri

**61** Krever arbeidet ditt at du må arbeide svært hardt?

Ja, ofte .....  Nei, sjelden .....

Ja, iblant .....  Nei, så godt som aldri

**62** Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?

Ja, ofte .....  Nei, sjelden .....

Ja, iblant .....  Nei, så godt som aldri

**63** Krever arbeidet ditt oppfinnsomhet?

Ja, ofte .....  Nei, sjelden .....

Ja, iblant .....  Nei, så godt som aldri

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

Ja, ofte .....  Nei, sjelden .....

Ja, iblant .....  Nei, så godt som aldri

**65** 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

**66** 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

## ARBEIDSPLASSEN DIN

Hvis du jobber eller har jobbet sammen med andre, ta stilling til påstandene under:

**67** Det er et godt samhold på arbeidsplassen

Stemmer helt .....  Stemmer ikke særlig

Stemmer ganske bra  Stemmer slett ikke ....

**68** Mine kolleger stiller opp for meg (gir meg støtte)

Stemmer helt .....  Stemmer ikke særlig

Stemmer ganske bra  Stemmer slett ikke ....

**69** Jeg trives godt med mine arbeidskamerater

Stemmer helt .....  Stemmer ikke særlig

Stemmer ganske bra  Stemmer slett ikke ....

**70** Er du blitt mobbet/trakassert på din arbeidsplass?

Ja, ofte .....  Nei, sjelden .....

Ja, iblant .....  Nei, så godt som aldri

## HUKOMMELSE

**71** Har du problemer med hukommelsen?

Nei  Ja, litt  Ja, store

**72** Har hukommelsen endret seg siden du var yngre?

Nei  Ja, litt  Ja, mye

**73** Har du problemer med å:

(Sett ett kryss per linje)

Aldri  Av og til  Ofte

Huske hendelser som skjedde for få minutter siden .....

Huske navn på andre mennesker .....

Huske datoer .....

Huske å gjøre det du har planlagt .....

Huske hendelser som skjedde for noen dager siden .....

Huske hendelser som skjedde for år siden .....

Holde tråden i samtaler .....

## SVANGERSKAP OG PREVENSJON

**74** Har du noen gang prøvd i mer enn ett år å bli gravid?

Nei  Ja

**HVIS JA:**

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

år gammel

**75** Har du noen gang fått hormonbehandling for å bli gravid?

Nei  Ja

**76** Bruker du, eller har du noen gang brukt, p-piller?

Nei, aldri  Ja, tidligere  Ja, nå

**HVIS JA NOEN GANG:**

Hvor gammel var du første gang du begynte med dette? .....  år gammel

Hvor mange år har du til sammen brukt p-piller?

Mindre enn 1 år  1-3 år  4-10 år  Over 10 år

**77** Bruker du, eller har du noen gang brukt, p-plaster?

Nei, aldri  Ja, tidligere  Ja, nå

Bruker du, eller har du noen gang brukt, p-sprøyte, p-ring, p-stav eller hormonspiral?

**78** Har du noen gang brukt angrepille?

Nei  Ja

**HVIS JA:**

Hvor mange ganger siste år? .....  antall ganger

**OVERGANGSALDER**

Hvis du ikke har kommet i overgangsalder, hopp til spørsmål 82.

**79** Er du, eller har du vært, i overgangsalderen?

Nei  Ja

**HVIS JA:**

Har du, eller hadde du, hetetokter i forbindelse med overgangsalder? .....  Nei  Ja

**HVIS JA:**

Oppsøkte du lege i forbindelse med hetetektene? .....

Har du fortsatt hetetokter? .....

**80** Har du brukt tabletter eller plaster som inneholder østrogen mot plager i overgangsalderen?

Aldri  Ja, før  Ja, nå

**HVIS JA NOEN GANG:**

Hvor gammel var du da du begynte? .....  år gammel

Hvor gammel er/var du siste gang du brukte dette? .....  år gammel

**81** Bruker du nå krem eller stikkpiller med østrogen i skjeden?

Nei  Ja

**AVFØRING**

**82** Har du hatt ukontrollert lekkasje av luft fra tarmen i løpet av den siste måneden?

Aldri/sjelden  Ja, hver uke  Ja, hver dag

**83** Har du hatt lekkasje av avføring fra tarmen i løpet av den siste måneden?

Aldri/sjelden  Ja, hver uke  Ja, hver dag

**HVIS JA:**

Har plagene med lekkasje fra endetarmen innvirkning på ditt hverdagsliv? .....

Aldri/sjelden  Ja, hver uke  Ja, hver dag

**84** Har du evne til å holde igjen avføring og utsette toalettbesøk i 15 minutter etter første følelse av trang?

Nei  Ja

**SPISEVANER**

**85** Nedenfor er en liste over ting som gjelder spisevaner. Kryss av for hva som passer deg (Sett ett kryss per linje)

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid
Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker for mye tid til å tenke på mat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at maten kontrollerer livet mitt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg spiser, skjærer jeg maten opp i små biter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker lengre tid enn andre på et måltid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre mennesker synes jeg er for tynn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at andre presser meg til å spise .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kaster opp etter at jeg har spist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

