

# HELSEUNDERSØKELSEN I HORDALAND 1997-99

Kvinner 1

T

Dato for utfylling av skjema

DAG MÅNED ÅR



HUSK

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. Det 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.

[Large empty box for writing responses]

Eksempler:

Avkryssing:  Tall: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Bokstaver: ABC

Vennlig hilsen

BO1FYLKE

Helseundersøkelsen i Hordaland 1997 – 99. Statens helseundersøkelser – Universitetet i Bergen – Kommunehelsetjenesten

T

## BOFORHOLD

Iken kommune bodde du da du fylte 1 år? BO1KOMM

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

[Large empty box for writing responses]

Ikke skriv i disse rutene ⇒

[Small empty boxes for writing responses]

Hvilken type bolig bor du i? Sett bare ett kryss BOLIGTYP

- Enebolig/villa .....   
Gårdsbruk .....   
Blokk/terrassleilighet .....   
Rekkehus/2-4 mannsbolig .....   
Annen bolig .....

Hvor stor er din boenhet? BOENHET m<sup>2</sup>

[Small empty boxes for writing responses]

JA NEI

E Det heldekkende teppe i stua? TEPPE

Er det katt i boligen? KATT

Hjem bor du sammen med?

Sett ett kryss for hvert spørsmål og angi antall.  
Ektefelle/samboer ..... SAMBOER   ANTALL

Andre personer over 18 år ..... ANDREE18   ANTE18

Personer under 18 år ..... ANDREY18   ANTY18

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

[Small empty boxes for writing responses]

BARNEHAG

T

## 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 ..... BRUDDLAR

ALDAR <sup>Ar</sup>

Brudd ved håndledd/underarm ..... BRUDDHAN

ALDHAN <sup>Ar</sup>

Nakkesleng (whiplash) ..... NAKKE

ALDNAKKE <sup>Ar</sup>

Skade som ført til sykehussinnleggelse ..... SKADESYK

ALDSKADE <sup>Ar</sup>

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

Hoysnue? ..... HOYSNUE

JA NEI

Kronisk bronkitt? ..... BRONKITT

JA NEI

Benskjørhet (osteoporose)? ..... BENSKJO

JA NEI

Fibromyalgi/fibrositt/kronisk smertesykdom? ..... FIBRO

JA NEI

Psykiske plager som du har søkt hjelp for? ..... PSYKISK

JA NEI

Kryss av for de slektingene som har eller har hatt noen av sykdommene: Mor Far Bror Søster Barn

Hjerneslag eller hjerneblødning MORSLAG ...  SOSSSLAG...

Hjerteinfarkt før 60 års alder MORHINF  -  -

Astma MORAST  -  -  BARNAST

Kreftsykdom MORKREFT  -  -  BARNKREFT

Sukkersyke (diabetes) MORDIAB  -  -  BARNDIAB

Dersom det er sukkersyke i familien, oppgi alder da de fikk sukkersyke.

Mor Far Bror Søster Barn  
ALMORDI   ALBRORDI   ALBARNDI   
ÅR ÅR ÅR ÅR ÅR  
ALFARDI   ALSOSSI

Hoster du omrent daglig i perioder? **HOSTDAG**

JA NEI

Hvis Ja: Er hosten vanligvis  
ledsaget av oppspyt? **HOSTSPYT**

Har du hatt slik hoste så lenge som  
i en 3 måneders periode i begge de to siste år? **HOST 3-12**

Plagsomt tørre øyne - har du hatt denne  
følelsen daglig i mer enn 3 måneder? **TORROYNE**

Har du ofte følelsen av sand på øynene **SANDOYNE**

Tørhet i munnen - har du hatt denne  
følelsen daglig i mer enn 3 måneder? **TORRMUNN**

Må du ofte drikke for å kunne svegle tørr mat? **DRIKSVEL**

## VANLIGE PLAGER

Hvor ofte opplever du plagene som er nevnt nedenfor?

	Nesten aldri	Sjeldent	Iblast	Ofte	Nesten alltid
Magesmerter	<b>SMERMAGE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme	<b>KVALM</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppblåst mage	<b>OPPMAGE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegg på tungen eller vond smak i munnen	<b>TUNGEBEL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppkast eller oppstøt	<b>OPPKAST</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyppige løse avføringer	<b>HYPPAVF</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndenød uten at du har anstrengt deg	<b>AANDENOD</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter	<b>SMERBRYNS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svie ved vannlating	<b>VANNLATN</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubehag i skrittet	<b>SKRITTUB</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misfarving av hud eller flekker på huden	<b>HUDMISFA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledd- eller muskelsmerter i armer eller ben	<b>LEDDMUSK</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikking eller stikking i armer eller ben	<b>PRIKKARM</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svie eller renning fra øyne eller nese	<b>SVIEOYNE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<b>HODEPINE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Swimmelhet	<b>SVIMMEL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uttalt tretthet	<b>TRETT</b>	<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 parfyme, stekelukt, eksos eller lignende? **PLAGPARF**

JA NEI

## ARBEID

Hva slags arbeidssituasjon har du nå? **ARBSITNA**

Lønnet arbeid	<input type="checkbox"/>
Heltids husarbeid	<input type="checkbox"/>
Utdanning, militærtjeneste	<input type="checkbox"/>
Arbeidsledig, permittert	<input type="checkbox"/>

Hvor mange timer lønnet arbeid  
har du i uken? Oppgi antall hele timer **ARBTIMER**

JA NEI

Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter? **SKIFTARB**

JA NEI

Hvor ofte får du brukt dine evner i arbeidet? **EVNEARB**

Ofte   
Noen ganger   
Sjeldent

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid

Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt? **BESKRARB**

- For det meste stillesittende arbeid .....   
(f.eks. skrivebordsarbeid, montering)
- Arbeid som krever at du går mye? .....   
(f.eks. ekspeditorarbeid, lett industriarbeid, undervisning)
- Arbeid hvor du går og løfter mye? .....   
(f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeider)
- Tungt kroppsarbeid? .....   
(f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygningsarb.)

Hva er for tiden husholdningens årsinntekt for skatt? (lønn og pensjon) **INNTEKT**

- Ingen inntekt .....   
Kr. 100,- – 49.900,- .....   
Kr. 50.000,- – 99.900,- .....   
Kr. 100.000,- – 149.900,- .....   
Kr. 150.000,- – 199.900,- .....   
Kr. 200.000,- – 299.900,- .....   
Kr. 300.000,- – 399.900,- .....   
Kr. 400.000,- – 499.900,- .....   
Kr. 500.000,- – eller mer .....

Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sykefravær?

Med egenmelding **EGENMELD** .....    
Med sykemelding fra lege **SYKEMELD** .....

Dersom JA, hvor lenge til sammen? **FRAVAER**

Mindre enn 1 uke   
1-2 uker   
2-8 uker   
Mer enn 8 uker

Mottar du for tiden noen av følgende offentlige yteler? Dersom JA, fra når Måned År **PENGAAR**

Sykepenger/sykellønn/rehabiliteringspenger **SYKPENG** .....   **PENGNUD** .....

Ytelser under yrkesrettet attføring **ATTF** .....   **ATTFNUD** .....   **ATFAAR**

Uførepensjon **UFOR** .....   **UFORMNUD** .....   **UFORAAR**

Sosialstøtte **SOSST** .....   **SOSSTMNUD** .....   **SOSSTAAR**

Arbeidsløshetsstrygd **ARBLE** .....   **ARBLENUD** .....   **ARBLEAAR**

Etterlattepension **ETTERPEN** .....   **ETTERMNUD** .....   **ETTERAAR**

Andre yteler **ANDREYT** .....   **ANDREMNUD** .....   **ANDREAR**

Er det andre i din nærmeste familie som mottar noen av de følgende yteler? T

Ektefelle/samboer	Mor	Far
Sykepenger/sykellønn/rehabiliteringspenger	<b>SAMBOSYK</b> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>FARSYK</b> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Yrkesrettet attføring	<b>SAMBATTF</b> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>FARATTF</b> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Uføretrygd	<b>SAMBUFOR</b> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>MORUFOR</b> <b>FARUFOR</b> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Arbeidsløshetsstrygd	<b>ARBLESAM</b> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>ARBLEFA</b> .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## HELSE OG TRIVSEL

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 den siste uken. Ikke tenk for lenge på svaret - de spontane svarene er best.

Jeg føler meg nervøs og urolig.

**UROLIG**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mesteparten av tiden | <input type="checkbox"/> Mye av tiden         |
| <input type="checkbox"/> Fra tid til annen    | <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt |

Jeg gleder meg fortsatt over ting, slik jeg pleide før.

**GLEDER**

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

Jeg har en urofølelse, som om noe forferdelig vil skje.

**URD**

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

Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner.

**MOROSIT**

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

Jeg har hodet fullt av bekymringer.

**FULLHODE**

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

Jeg er i godt humør.

**GODTHUM**

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

Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet.

**FREDRO**

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

T

Jeg føler meg som om alt går langsommere.

**LANGSOM**

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

Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen.

**UROLIGH**

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

Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut.

**UTSEENDE**

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

Jeg er rastlös som om jeg stadig må være aktiv.

**RASTLOS**

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

Jeg ser med glede frem til hendelser og ting.

**GLEDFRAM**

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

Jeg kan plutselig få en følelse av panikk.

**PANIKK**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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"/> Ofte                 | <input type="checkbox"/> Ikke så ofte         |
| <input type="checkbox"/> Fra tid til annen    | <input type="checkbox"/> Svært sjeldent       |

**BOKTV**

## BEKYMRING OM HELSE OG SYKDOM

Nedenfor er en rekke spørsmål om helsen din. For hvert av dem, vennligst sett ett kryss ved alternativet som best beskriver hvordan du har det.

Ikke i det hele tatt      Litt      Moderat      Ganske mye      Svært mye

Bekymrer du deg mye om helsen din?

**BEKHELSE**

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

Tror du at det er noe alvorlig galt med kroppen din?

**GALKROPP**

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

Er det vanskelig å glemme deg selv og heller tenke på andre ting?

**GLEMSEG**

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

Hvis du føler deg syk, og noen forteller du at du ser bedre ut, blir du da irritert?

**BLISETT**

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

Blir du ofte oppmerksom på forskjellige ting som skjer i kroppen din?

**SIGNKROP**

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

Er du plaget med mye verk og smerte?

**VERK**

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

Er du redd for sykdom?

**REDDSYK**

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

Bekymrer du deg mer over din helse enn folk flest?

**BEKYMMER**

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

Får du følelsen av at folk ikke tar sykdommene dine alvorlig nok?

**SYKKEA**

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

Er det vanskelig for deg å tro legen når han/hun forteller deg at der er ingenting å bekymre seg over?

**VANSKTRO**

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

Bekymrer du deg ofte over muligheten for at du har en alvorlig sykdom?

**BEKSYK**

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

Hvis du blir oppmerksom på en sykdom (via radio, TV, avisar eller noen du kjenner), blir du da redd for at du selv kan få den?

**SYKMEDIA**

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

Synes du at du er plaget med mange forskjellige symptomer?

**SYMPDIU**

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

Har du ofte symptomer på en svært alvorlig sykdom?

**SYMPSYK**

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

T

## HUNDEHOLD

		ANTALL		Vi har satt opp noen påstander: En markering for hver påstand.						
		JA	NEI	Hunden letter min kontakt med andre mennesker	Helt uenig	Delvis uenig	Usikker	Delvis enig	Helt enig	
Finnes det hund i husstanden?		HUND		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HUNDKONT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Hvis «Ja», hvilken rase?		RASE 1 RASE 2		HUNDPSYK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
T		JA NEI		HUNDTRYG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Finnes det andre kjæledyr enn hund i husstanden?		ANDREDYR		HUNDAKT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Hvis «Ja», hva slags?		DYR 1 DYR 2 DYR 3		GEMYTT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

De neste spørsmålene besvares bare av de som har hund.

Hvor lenge har du hatt hund? TIDHUND

- Under 1/2 år       1/2 til 1 år  
 1 - 2 år       Over 2 år       Alltid

Din daglige tid på tur med hunden: TIDTUR

- Under 15 min./dag       15 min. - 1/2 time  
 1/2 - 1 time       1 - 2 timer       Mer enn 2 timer

T

## KONTAKT MED ANDRE MENNESKER

Tenk på alle (barn, foreldre, søsken, ektefelle, samboer eller kjæreste, naboer, venner, kolleger eller andre du kjenner) når du besvarer følgende spørsmål:

Jeg har noen jeg bryr meg om, som jeg kan snakke med om mine personlige problemer. SNAKKMED

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

Det er mennesker i livet mitt som jeg bryr meg om, men som mislikjer hverandre. MISLIKE

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

Det finnes en person i livet mitt som trenger min hjelpe, men jeg vet ikke hvordan jeg kan hjelpe. HJELP

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

Det finnes en viktig person i livet mitt som ønsker å støtte meg, men som ofte sårer meg istedet. SAARER

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

Det finnes mennesker som jeg må være sammen med nesten daglig som ofte hakker på meg. HAKKER

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

Det finnes personer som gjør livet mitt vanskelig fordi de ønsker for mye omsorg fra meg. OMSORG

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

Jeg har noen jeg bryr meg om, som forventer mer av meg enn jeg kan klare. FORVENT

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

## GJENTAGELSE AV INDRE OG YTRE HANDLINGER

Har du siste måned brukt mer enn en time om dagen på å gjenta ytre handlinger?

(som håndvask eller sjekking av kokeplater/låser)

JA NEI

HANDLYTR

Hva med å gjenta indre handlinger (som telling eller å gjenta ord)? Syns du dette er overdrevet eller urimelig?

HANLIND

Har du siste måned vært plaget av tanker, bilder eller impulser som du syntes var plagsomme, frastøtende eller påtregnende? (som tanken på at du har kjørt på noe eller var smittet)

TANKER

Kom dette tilbake selv om du prøvde å trenge det bort?

TILBTANK

Det finnes minst én person som ville kunne låne meg penger for en kortere tid.

PENGELAN

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

Jeg synes jeg har nok kontakt med mennesker som bryr seg om meg.

KONTAKT

- I svært stor grad       I ganske stor grad  
 I liten grad       Ikke i det hele tatt       I noen grad

Jeg føler meg ofte ensom.

OFTENSONM

- I svært stor grad       I ganske stor grad  
 I liten grad       Ikke i det hele tatt       I noen grad

Jeg synes det er vanskelig å snakke med mennesker jeg ikke har møtt før.

IKKEMOTT

- I svært stor grad       I ganske stor grad  
 I liten grad       Ikke i det hele tatt       I noen grad

Jeg føler meg ensom selv når jeg er sammen med andre.

ENSOUBLA

- I svært stor grad       I ganske stor grad  
 I liten grad       Ikke i det hele tatt       I noen grad

Jeg føler ofte at andre ikke forstår meg og min situasjon.

IKKEFORS

- I svært stor grad       I ganske stor grad  
 I liten grad       Ikke i det hele tatt       I noen grad

Jeg føler at andre bryr seg om meg.

BRYRSEG

- I svært stor grad       I ganske stor grad  
 I liten grad       Ikke i det hele tatt       I noen grad

## SVANGERSKAP OG FØDSEL

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang?

MENSTART

Jeg var  år gammel

Hvis du ikke lenger har naturlig menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet?

MENSLUTT

Jeg var  år gammel

Ja      Nei      Usikker

Er du gravid nå? GRAVID

Hvor mange barn har du født tidligere?

ANTBARN

Jeg har født  barn

T

Hvis du har født, fyll ut for hvert barn, barnets fødselsår og omtrent antall måneder du ammet hvert barn.

Barn	Fødselsår	Antall måneder med amming
1. Barn	19 NR1FAAR	NR1AMMET måneder
2. Barn	19 NR2FAAR	NR2AMMET måneder
3. Barn	19 NR3FAAR	NR3AMMET måneder
4. Barn	19 NR4FAAR	NR4AMMET måneder
5. Barn	19 NR5FAAR	NR5AMMET måneder
6. Barn	19 NR6FAAR	NR6AMMET måneder

Bruker du eller har du brukt:

	Nå	Før	Aldri
P-pille (også minipille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonspiral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (tabletter eller plaster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Østrogen (krem eller stikkpiller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hvis du bruker p-pille, hormonspiral eller østrogen, hvilket merke bruker du?

PILLTYP1        
 PILLTYP2     

Ikke skriv i disse rutene ⇒



## MEDISINBRUK

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.

T

Legemidler

Smertestillende ..... **SMRTSTIL** Antall måneder

Sovemedisin ..... **SOVEMED** Antall måneder

Beroligende midler ..... **BEROLIG** Antall måneder

Midler mot depresjon ..... **ANTIDEP** Antall måneder

Allergimedisin ..... **ALLERMED** Antall måneder

Astmamedisin ..... **ASTMMED** Antall måneder

Kosttilskudd

Jerntabletter ..... **JERNTAB** Antall måneder

Vitamintilskudd ..... **VITAMIN** Antall måneder

Tran ..... **TRAN** Antall måneder

## VOLD

Med vold mener vi slag, spark, dytting, lugging, knivstikking og/eller andre typer fysisk vold som ble påført deg av en annen, kjent eller ukjent person.

JA      NEI

Har du det siste året vært utsatt for fysisk vold? **FYSVOLD**

Dersom du har vært utsatt for vold, oppsøkte du lege eller sykehus på grunn av skaden? **SYKEHUS**

Dersom du har vært utsatt for vold, hvilken type vold var dette? **TYPE VOLD**

- Slagsmål der du selv deltok     Ran/overfall     Annet  
 Mishandling     Blind/tilfeldig vold

T

## SØVN

Hvor ofte er du plaget av søvnloshet?

**SOVNLOS**

- Aldri, eller noen få ganger i året.....  T  
 1 - 2 ganger i måneden.....   
 Omrent 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?

**ARBEVN**

JA NEI

## ÅRSTIDSVARIASJONER I HUMØRET

Din følelse av velvære og dine aktiviteter: I hvilken grad endrer dette seg med årstiden?

Ingen Lett Moderat Markert Sterkt

Søvn lengde .....	<b>VARI2SOV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humør (velvære) .....	<b>VARI2HUM</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vekt .....	<b>VARI2VEK</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltakslyst .....	<b>VARI2TIL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiale aktiviteter .....	<b>VARI2SOS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mathyst .....	<b>VARI2MAT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VENNER

Hvor mange gode venner har du? Regn med de du kan snakke 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.

**ANTVENN**



gode venner

JA NEI

Føler du at du har nok gode venner? **NOKVENN**

Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger?

**FORENING**

Aldri, eller noen få ganger i året .....

1-3 ganger i måneden .....

Omrent en gang i uken .....

Mer enn en gang i uken .....

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

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

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

Vennlig hilsen

Helseundersøkelsen i Hordaland 97-99  
Statens helseundersøkelser

