

HELSEUNDERSØKELSEN I HORDALAND 1997-99

Kvinner 2

T

Dato for utfylling av skjema

DAG MÅNED ÅR

07	07	99
----	----	----



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. Der er likevel viktig at du svarer på alle spørsmålene også i dette skjemaet. Du kan enten fylle ut skjemaet og levere konvolutt 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.

Eksempler:

Avkryssing: Tall: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Bokstaver: A B C

Vennlig hilsen

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

T

BOFORHOLD

I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år? **BOIKOMM**

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ikke skriv i disse rutene ⇒

--	--	--	--	--

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

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

Hvor stor er din boenhet? **BOENHET** m²

Er det heldekkende tepper i stua? **TEPPE** JA NEI

Er det katt i boligen? **KATT** JA NEI

Er det hund i boligen? **HUND** JA NEI

Hvem bor du sammen med?

Sett ett kryss for hvert spørsmål og angi antall. JA NEI ANTALL

Ektefelle/samboer **SAMBOER** JA NEI

Andre personer over 18 år **ANDREE18** JA NEI **ANTE18**

Personer under 18 år **ANDREY18** JA NEI **ANTY18**

Hvor mange av barna har plass i barnehage?

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 **siste** gang.

Lårhalsbrudd **BRUDDLAR** JA NEI Alder siste gang **ALDAR** År

Brudd ved håndledd/underarm..... **BRUDDHAN** JA NEI **ALDHAN** År

Nakkesleng (whiplash)..... **NAKKE** JA NEI **ALDNAKKE** År

Skade som førte til sykehusinnleggelse..... **SKADESYK** JA NEI **ALDSKADE** År

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

Høysnue? **HOYSNUE** JA NEI

Kronisk bronkitt? **BRONKITT** JA NEI

Benskjørhet (osteoporose)? **BENSKTO** JA NEI

Fibromyalgi/fibrositt/kronisk smertesykdom? **FIBRO** JA NEI

Psykiske plager som du har søkt hjelp for? **PSYKISK** JA NEI

Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene:

Hjerneslag eller hjerneblødning.. **MORSLAG** Mor Far Bror Søster Barn **SOSLAG** ...

Hjerteinfarkt før 60 års alder..... **MORHINF** Mor Far Bror Søster Barn **SOSHINF** ...

Astma..... **MORAST** Mor Far Bror Søster Barn **BARNAST**

Kreftsykdom..... **MORKREFT** Mor Far Bror Søster Barn **BARNKREFT**

Sukkersyke (diabetes)..... **MORDIAB** Mor Far Bror Søster Barn **BARNDIAB**

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

Mor år **ALMORDI** Far år **ALFARDI** Bror år **ALBRORDI** Søster år **ALSOSDI** Barn år **ALBARNDI**

Hoster du omtrent daglig i perioder? **HOSTDAG** JA NEI

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

Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste år? **HOST3-12**

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

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

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

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

VANLIGE PLAGER

Hvor ofte opplever du plagene som er nevnt nedenfor?

	T	Nesten aldri	Sjelden	Iblant	Oftre	Nesten alltid
Magesmerter	SMERMAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme	KVALM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppblåst mage	OPPB MAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegg på tungen eller vond smak i munnen	TUNGE BEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppkast eller oppstøt	OPPKAST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyppige løse avføringer	HYPPAVF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndenød uten at du har anstrengt deg	AANDENOD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter	SMERBRY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svis ved vannlating	VANNLAT N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubehag i skrittet	SKRITTUB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misfarging av hud eller flekker på huden	HUDMISFA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledd- eller muskelsmerter i armer eller ben	LEDDMUSK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pricking eller slikking i armer eller ben	PRIKKARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svis eller renning fra øyne eller nese	SVIEDOYNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	HODEPINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhet	SVIMMEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uttalt tretthet	TRETT	<input type="checkbox"/>	<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**

Lonnet arbeid

Heltids husarbeid

Utdanning, militærtjeneste

Arbeidsledig, permittert

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

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

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

Oftre Noen ganger Sjelden

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. ekspeditørarbeid, 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 før skatt? (lønn og pensjon)

INNTTEKT

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? **JA** **NEI**

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 ytelser? **Dersom JA, fra når**

	JA	NEI	Måned	År
Sykepengen/sykelønn/rehabiliteringspenger SYKPENG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PENGMND	PENGAAR
Ytelser under yrkesrettet attføring ATTF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATTFMND	ATFAAR
Uføre pensjon UFOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UFORMND	UFORAA
Sosialstøtte SOSST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSSTMND	SOSSTAAR
Arbeidsløshetstrygd ARBLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARBLEMND	ARBLEAAR
Etterlatte pensjon ETTERPEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETTERMND	ETTERAAR
Andre ytelser ANDREYT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANDREMND	ANDREAAR

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

	Ektefelle/samboer	Mor	Far
Sykepengen/sykelønn/rehabiliteringspenger SAMBOSYK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrkesrettet attføring SAMBATTF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uføre trygd SAMBUFOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsløshetstrygd ARBLESAM	<input type="checkbox"/>	<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. **UROLOG**

- Mesteparten av tiden Mye av tiden
 Fra tid til annen Ikke i det hele tatt

Jeg gleder meg fortsatt over ting, slik jeg pleide for. **GLEDER**

- Avgjort like mye Bare lite grann
 Ikke fullt så mye Ikke i det hele tatt

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

- Ja, og noe svært ille Litt, bekymrer meg lite
 Ja, ikke så veldig ille Ikke i det hele tatt

Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner. **MOROSIT**

- Like mye nå som før Avgjort ikke som før
 Ikke like mye nå som før Ikke i det hele tatt

Jeg har hodet fullt av bekymringer. **FULLHODE**

- Veldig ofte Av og til
 Ganske ofte En gang i blant

Jeg er i godt humør. **GODTHUM**

- Aldri Ganske ofte
 Noen ganger For det meste

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

- Ja, helt klart Ikke så ofte
 Vanligvis Ikke i det hele tatt

Jeg føler meg som om alt går langsommere. **LANGSOM**

- Nesten hele tiden Fra tid til annen
 Svært ofte Ikke i det hele tatt

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

- Ikke i det hele tatt Ganske ofte
 Fra tid til annen Svært ofte

Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut. **UTSEENDE**

- Ja, jeg har sluttet å bry meg Kan hende ikke nok
 Ikke som jeg burde Bryr meg som før

Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv. **RASTLOS**

- Utan tvil svært mye Ikke så veldig mye
 Ganske mye Ikke i det hele tatt

Jeg ser med glede frem til hendelser og ting. **GLEDFRAM**

- Like mye som før Avgjort mindre enn før
 Heller mindre enn før Nesten ikke i det hele tatt

Jeg kan plutselig få en følelse av panikk. **PANIKK**

- Utan tvil svært ofte Ikke så veldig ofte
 Ganske ofte Ikke i det hele tatt

Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV. **BOKTV**

- Ofte Ikke så ofte
 Fra tid til annen Svært sjelden

Har du i løpet av de siste 12 måneder

hatt tanker om at det var bedre om du

var død, eller hatt tanker om å skade

deg selv på en eller annen måte? **TANKEDOD**

JA NEI

VANNLATING

Har du de siste 12 månedene vært plaget med akutt svie, smerte eller ubehag ved vannlating? **VANLATPL**

- Nel 1-2 ganger 3-5 ganger Mer enn 5 ganger

Hvor ofte har du vanligvis vannlating? **OFTEPLAG** Antall ganger i døgnet

Må du vanligvis opp om natten for å late vannet? **VANLATNA**

- Nel 1 gang 2 ganger Mer enn 2 ganger

Føler du at du vanligvis får tom blæren skikkelig ved vannlating? **TOMBLARE** JA NEI

Har du ufrivillig urinlekkasje? **URINLEKK**

Hvis «Nei», gå til neste avsnitt

Hvor ofte har du urinlekkasje? **OFTELEKK**

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

Hvor mye urin lekker vanligvis hver gang? **MYELEKK**

- Dråper eller lite Små skvetter Større mengder

Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter eller tunge løft? **LEKKHOST** JA NEI

Har du lekkasje av urin i forbindelse med sterk vannlatingstrang? **LEKKTRA**

Hvor lenge har du hatt urinlekkasje? **TIDLEKK**

- 0-5 år 5-10 år Mer enn 10 år

ÅRSTIDSVARIASJONER I HUMØRET

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

	Ingen	Lett	Moderat	Markert	Sterkt
Søvnlengde... VAR12SOV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humør (velvære)... VAR12HUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vekt... VAR12VEK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltakslyst... VAR12TIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiale aktiviteter... VAR12SOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattlyst... VAR12MAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

SØVN

Har du merket følgende besvær siste 3 måneder?

	Aldri	Sjelden Noen ganger pr. år	Iblant Noen ganger pr. mnd.	For det meste Flere ganger pr. uke	Alltid
Vanskelig for å sovne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjentatte oppvåkninger med vansker for å sovne igjen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våknet opp for tidlig (endelig oppvåkning).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite søvn (minst 1 time under ditt søvnbehov).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snorking (ifølge andre).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pustepauser under søvn (ifølge andre).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trett/søvnig på arbeid eller i fritiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utlisiktede søvnepisoder («hodet dupper») - på arbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- i fritiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behov for å kjempe mot sovnen for å holde deg våken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig tap av muskelkraft (f.eks. «knekker i knæene») ved følelsesmessige reaksjoner (som f.eks. latter, sinne, frykt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan synes du at du sover totalt sett? **SOVTOT**

Veldig bra

Ganske bra

Hverken bra eller dårlig

Ganske dårlig

Veldig dårlig

Hvor ofte er du plaget av søvnløshet? **SOVNLØS**

Aldri, eller noen få ganger i året

1 - 2 ganger i måneden

Omtrent en gang i uken

Mer enn en gang i uken

Har du siste året vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen? **ARBEVN** JA NEI

Når går du normalt til sengs for å sove?

i arbeidsuken: **LEGGUKE** kl.: :

i fritiden: **LEGGFRI** kl.: :

Når våkner du normalt opp (endelig oppvåkning)?

i arbeidsuken: **VAKNUKE** kl.: :

i fritiden: **VAKNFRI** kl.: :

Hvor lenge ligger du våken før du sovner?

i arbeidsuken: **LIGGUKE** minutter

i fritiden: **LIGGFRI** minutter

Hvor mye søvn trenger du? **TRENGSØV** timer min.

Hvor ofte tar du deg en blund på dagtid? **SOVDAG**

Aldri

Sjelden (noen ganger pr. år).....

Iblant (noen ganger pr. måned).....

For det meste (flere ganger i uken).....

Alltid (hver dag).....

Hvis du tar deg en blund, hvor lenge bruker den å vare? **BLUNDTID** timer min.

Er du morgen- eller kveldsmenneske? **A_BMENN**

Utpreget morgenmenneske

Mer morgen- enn kveldsmenneske

Hverken eller

Mer kvelds- enn morgenmenneske

Utpreget kveldsmenneske

Mener du at du får tilstrekkelig med søvn? **NOKSOV**

Ja, absolutt tilstrekkelig

Ja, stort sett tilstrekkelig

Nei, noe utilstrekkelig

Nei, klart utilstrekkelig

Nei, langt fra tilstrekkelig

Hvis du bruker sovemedisiner, føler du at de hjelper? **HJELPMED**

Veldig mye

Ganske bra

Litt

Ganske dårlig

Ikke i det hele tatt

Hvis du bruker sovemedisiner, hvor lenge har du brukt slike? **TIDSMED**

Mer enn 5 år

1 - 5 år

3 - 12 måneder

1 - 3 måneder

Under 1 måned

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

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

Barn	Fødselsår	Antal 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) PPILL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonspiral SPIRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (tabletter eller plaster) OSTABL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (krem eller stikkpiller) OSTKREM	<input type="checkbox"/>	<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 =>

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.

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

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? **TYPEVOLD**

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

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.

Legemidler

Smertestillende SMRTSTIL	Antall måneder	<input type="text"/>
Sovemedisin SOVEMED	Antall måneder	<input type="text"/>
Beroligende midler BEROLIG	Antall måneder	<input type="text"/>
Midler mot depresjon ANTIDEP	Antall måneder	<input type="text"/>
Allergimedisin ALLERMED	Antall måneder	<input type="text"/>
Astamedisin ASTMMED	Antall måneder	<input type="text"/>

Kosttillskudd

Jerntabletter JERNTAB	Antall måneder	<input type="text"/>
Vitamintillskudd VITAMIN	Antall måneder	<input type="text"/>
Tran TRAN	Antall måneder	<input type="text"/>

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

Jeg har 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
- Omtrent en gang i uken
- Mer enn en gang i uken

DIN VURDERING AV DIN ARBEIDSPASS

Ta stilling til de følgende påstandene om din arbeidsplass.

Det er en rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.

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

Det er godt samhold på arbeidsplassen. **SAMHOLD**

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

Mine kolleger stiller opp for meg (gir meg støtte). **KOLLEGER**

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

På jobben har de forståelse for at jeg kan ha en «dårlig» dag. **FORSTAA**

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

Jeg kommer godt overens med mine overordnede. **OVERORDN**

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

Jeg trives godt med mine arbeidskamerater. **TRIVES**

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

T

Ta stilling til følgende påstander om ditt arbeid:

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

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

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

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

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

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

Har du tilstrekkelig tid til å rekke alle arbeidsoppgavene? **REKKEALT**

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

Møter du ofte motstridende krav i arbeidet ditt? **MOTSKRAY**

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

Har du anledning til å lære noe nytt i arbeidet ditt? **LAERE**

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

Krever arbeidet ditt nøyaktighet? **NOYAKTIG**

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

Krever arbeidet ditt oppfinnsomhet? **OPPFINNS**

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

Innebærer arbeidet ditt at du gjør det samme om og om igjen? **MONOTONT**

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

Har du mulighet til selv å bestemme hvordan

arbeidet skal utføres? **BESTARB**

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

Har du mulighet til selv å bestemme hva som skal

gjøres i arbeidet ditt? **BESTOPPG.**

- Ja, ofte Ja, iblant
 Nei, sjelden Nei, så godt som aldri

T

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 Nordland 97-99

Statens helseundersøkelser



HUSK