

SVANGERSKAP OG FØDSEL

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang?

Jeg var år gammel

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

Jeg var år gammel

Er du gravid nå? **Ja** **Nei** **Usikker**

Hvor mange barn har du født tidligere?

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	Antall måneder med amming
1. Barn	19 <input type="text"/>	<input type="text"/> måneder
2. Barn	19 <input type="text"/>	<input type="text"/> måneder
3. Barn	19 <input type="text"/>	<input type="text"/> måneder
4. Barn	19 <input type="text"/>	<input type="text"/> måneder
5. Barn	19 <input type="text"/>	<input type="text"/> måneder
6. Barn	19 <input type="text"/>	<input type="text"/> måneder

Braker 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"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (krem eller stikkpiller).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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.

Legemidler	Antall måneder
Smertestillende.....	<input type="text"/>
Sovemedisin	<input type="text"/>
Beroligende midler.....	<input type="text"/>
Midler mot depresjon	<input type="text"/>
Allergimedisin	<input type="text"/>
Astmamedisin	<input type="text"/>
Kosttilskudd	
Jerntabletter.....	<input type="text"/>
Vitamintilskudd	<input type="text"/>
Tran.....	<input type="text"/>

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?..... **JA** **NEI**

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

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

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

SØVN

Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?

- Aldri, eller noen få ganger i året..... **T**
1 - 2 ganger i måneden.....
Omtrent en gang i uken

Har du siste året vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?..... **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
Søvnlengde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humør (velvære)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltakslyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiale aktiviteter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlyst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.

Jeg har gode venner **JA** **NEI**

Føler du at du har nok gode venner?..... **JA** **NEI**

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

- Aldri, eller noen få ganger i året

HELSEUNDERSØKELSEN I HORDALAND 1997-99

Kvinner 1

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 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.

Eksempler:

Avkryssing: Tall:

Bokstaver:

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

BOFORHOLD

I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år?

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

- Enebolig/villa

Hvor stor er din boenhet? m²

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

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

Hvem bor du sammen med?

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

Ektefelle/samboer

Andre personer over 18 år

Personer under 18 år

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

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.

	JA	NEI	Alder siste gang
Lårhalsbrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> År
Brudd ved håndledd/underarm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> År
Nakkesleng (whiplash)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> År
Skade som førte til sykehusinnleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> År

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

	JA	NEI
Høysnue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benskjørhet (osteoporose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/fibrositt/kronisk smertesykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager som du har søkt hjelp for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Mor	Far	Bror	Søster	Barn
Hjerneslag eller hjerneblødning..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60 års alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftsykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyke (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Mor	Far	Bror	Søster	Barn
<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år

