

T10. SYKDOM I FAMILIEN

10.1 Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene: (Sett kryss for hver linje)

	Mor	Far	Bror	Søster	Barn	Ingen av disse
Hjerteinfarkt (sår på hjertet)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angina pectoris (hjertekrampe)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Høyt blodtrykk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utvidet hovedpulsåre i magen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mage-/tolvfingertarm-sår	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lårhalsbrudd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykiske plager	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Allergi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slitasjegikt (artrose)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aldersdemens	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10.2 Hvor mange søsken og barn har du?

	Brødre	Søstre	Barn
Antall			

10.3 Fører sykdom e.l. hos noen i nær familie til at du vanligvis utfører ekstra omsorgsarbeid?

Ja, stor sett daglig	Ja, av og til	Nei
☐ 1	☐ 2	☐ 3

10.4 Har du/din familie hjemmehjelp eller hjemmesykepleie?

JA	NEI
☐	☐

10.5 Lever din mor?

JA	NEI	Evt. alder ved død
☐	☐	

10.6 Lever din far?

☐	☐	
--------------------------	--------------------------	----------------------

T11. MOBILTELEFON

11.1 Disponerer du (eier, leier e.l.) mobiltelefon?

Ja, hele tiden	Ja, av og til	Nei
☐ 1	☐ 2	☐ 3

Hvis JA:

Hva bruker du mobiltelefonen til, og hvor ofte bruker du den? (Sett ett kryss for hver linje)

	Antall ganger per døgn				
	30 eller flere	10-29	2-9	1 eller mindre	Aldri
Samtaler	☐	☐	☐	☐	☐
Tekstmeldinger	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5

T12. RESTEN BESVARES BARE AV KVINNER

12.1 Hvis du har født barn, fyll ut hvert barns fødselsår, og hvor mange måneder du ammet etter fødselen.

(Hvis du ikke ammet, skriv 0)

Barn:	Fødselsår:	Antall mnd med amming:
1. barn		
2. barn		
3. barn		
4. barn		
5. barn		
6. barn		

(Hvis flere barn, bruk ekstra ark)

T12. RESTEN BESVARES BARE AV KVINNER

12.2 Hvis du fremdeles har menstruasjon eller er gravid: Hvilken dato startet din siste menstruasjon?

Dag	Måned	År	T

12.3 Hvis du ikke lenger har menstruasjon; hvorfor mistet du menstruasjonen? (Sett ett kryss)

Den stoppet av seg selv	☐ 1
Operasjon på livmoren	☐ 2
Opererte bort begge eggstokkene	☐ 3
Annen grunn (f.eks. stråling, cellegift-behandling)	☐ 4

12.4 Bruker du eller har du brukt reseptpliktig østrogen (tabletter eller plaster)?

JA	NEI
☐	☐

Hvis JA:

Hvor gammel var du da du begynte med østrogen?

	år
----------------------	----

Hvis du har sluttet å bruke østrogen, hvor gammel var du da du sluttet med østrogen?

	år
----------------------	----

12.5 Bruker du eller har du brukt p-piller? ..

JA	NEI
☐	☐

Hvis JA:

Hvor gammel var du da du begynte med p-piller?

	år
----------------------	----

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

	Antall år
----------------------	-----------

Dersom du har født: Hvor mange år brukte du p-piller før første fødsel?

	Antall år
----------------------	-----------

Hvis du sluttet å bruke p-piller: Hvor gammel var du da du sluttet?

	år
----------------------	----

12.6 Når du ser bort fra svangerskap og barselsperiode, har du noen gang vært blødningsfri i minst 6 måneder?

JA	NEI
☐	☐

Hvis JA:

Hvor mange ganger?

	ganger
----------------------	--------

12.7 Hvordan er blødningsforholdene for deg nå?

Jeg har ikke hatt blødninger det siste året	☐ 1
Jeg har regelmessige blødninger	☐ 2
Jeg har uregelmessige blødninger	☐ 3

12.8 Da du var i 25-29 årsalderen, hvor mange dager var det vanligvis mellom starten på to blødninger?

Minimum	Maksimum	Vet ikke
		☐
dager	dager	

Pågikk selve blødningen omtrent like mange dager hver gang?

JA	NEI
☐	☐

Hvor mange dager varte en typisk menstruasjonsblødning?

	dager
----------------------	-------

Takk for hjelpen!
Husk å postlegge skjemaet i dag!

Etikett

Tilleggsspørsmål til helseundersøkelsen i Troms og Finnmark 2001-2002

Hovedformålet med Helseundersøkelsen er å skaffe ny kunnskap om hjerte-karsykdommer for å kunne forebygge dem. I tillegg skal undersøkelsen øke kunnskapen om kreftsykdommer og plager som f.eks allergier, smerter i muskulatur og nervøse lidelser. Vi ber deg derfor svare på noen spørsmål om forhold som kan ha betydning for risikoen for disse og andre sykdommer. Skjemaet er en del av Helseundersøkelsen som er godkjent av Datatilsynet og forelagt Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Svarene brukes bare til forskning og behandles strengt fortrolig.

T1. LOKALMILJØ OG BOLIG

1.1 I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år? (Hvis du ikke bodde i Norge, oppgi hvilket land i stedet for kommune)

1.2 Hvilken type bolig bor du i? (Sett bare ett kryss)

Enebolig/villa	☐ 1
Gårdsbruk	☐ 2
Blokk/terrasseleilighet	☐ 3
Rekkehus/2-4 mannsbolig	☐ 4
Institusjon/omsorgsbolig	☐ 5
Annen bolig	☐ 6

1.3 Hvor stor er din boenhet? kvm (brutto)

1.4 Er du plaget av: (Sett ett kryss for hver linje)

	Ikke plaget	En del plaget	Sterkt plaget
Fukt, trekk eller kulde i din bolig	☐	☐	☐
Andre former for dårlig inneklima	☐	☐	☐
Trafikkstøy (biltrafikk eller fly)	☐	☐	☐
Annen støy (bedrift, byggeplass e.l.)	☐	☐	☐
Nabostøy	☐	☐	☐
Dårlig drikkevann	☐	☐	☐
Luftforurensning fra trafikk	☐	☐	☐
Luftforurensning fra ved-, oljefyring, fabrikk e.l.	☐	☐	☐

1.5 Hvilket hjemmespråk hadde dine besteforeldre? (Kryss av for ett eller flere alternativ)

	Norsk	Samisk	Kvensk/ finsk	Annet språk
Mormor	☐	☐	☐	☐
Morfar	☐	☐	☐	☐
Farmor	☐	☐	☐	☐
Farfar	☐	☐	☐	☐

Opplysningene kan senere bli sammenholdt med informasjon fra andre offentlige helseregistre etter de regler som Datatilsynet og Regional komité for medisinsk forskningsetikk gir.

Hvis du er i tvil om hva du skal svare, sett kryss i den ruten du synes passer best.

Det utfylte skjemaet sendes i vedlagte svarkonvolutt. Portoen er betalt. På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen
Institutt for samfunnsmedisin Statens helseundersøkelser
Universitetet i Tromsø

Hvis du ikke ønsker å besvare dette spørreskjemaet, sett kryss i ruten under og returner skjemaet. Da slipper du å bli purret på!
Jeg ønsker ikke å besvare spørreskjemaet ☐

Dato for utfylling:

Dag	Måned	År	T

T1. LOKALMILJØ OG BOLIG (forts.)

1.6 Hva regner du deg selv som? (Kryss av for ett eller flere alternativ)

Norsk	Samisk	Kvensk/ finsk	Annet
☐	☐	☐	☐

1.7 Føler du at du har nok gode venner? JA NEI ☐ ☐

1.8 Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. syklubb, idrettslag, politiske lag eller andre foreninger? (Sett bare ett kryss)

Aldri, eller noen få ganger i året	☐ 1
1-3 ganger i måneden	☐ 2
Omtrent 1 gang i uken	☐ 3
Mer enn en gang i uken	☐ 4

T2. LØNNET OG ULØNNET ARBEID

2.1 Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive ditt arbeid? (Sett bare ett kryss)

For det meste stillesittende arbeid? (f.eks. skrivebordsarbeid, montering)

☐ 1

Arbeid som krever at du går mye? (f.eks. ekspeditørb., lett industriarb., undervisning)

☐ 2

Arbeid hvor du går og løfter mye? (f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeider)

☐ 3

Tungt kroppsarbeid? (f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygn.arb.)

☐ 4

2.2 Kan du selv bestemme hvordan arbeidet ditt (lønnet eller ulønnet) skal legges opp? (Sett bare ett kryss)

Nei, ikke i det hele tatt	☐ 1
I liten grad	☐ 2
Ja, stort sett	☐ 3
Ja, det bestemmer jeg selv	☐ 4

2.3 Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter? JA NEI ☐ ☐

T3. TOBAKK

3.1 Røyker du?

Ja, daglig

Ja, av og til

Nei, aldri

1

2

3

T

Hvis “Ja, av og til”,
Hva røyker du?

Sigaretter

Pipe

Sigar/sigarillos

3.2 Har du brukt, eller bruker du snus daglig?

Ja, nå

Ja, tidligere

Aldri

Hvis JA:
Hvor mange år har du sammen
brukt snus?

år

T4. ALKOHOL

4.1 Er du totalavholdsmann/-kvinne?

JA

NEI

4.2 Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol?

Antall ganger

*(Regn ikke med lettøl.
Sett 0 hvis mindre enn 1 gang i måneden)*

4.3 Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av 2 uker?

Øl

Vin

Brennevin

*(Regn ikke med lettøl.
Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol)*

4.4 I omtrent hvor mange år har ditt alkoholforbruk vært slik du har svart i spørsmålene over?

år

4.5 Har du i en eller flere perioder de siste 5 årene drukket så mye alkohol at det har hemmet deg i yrkeslivet eller sosialt?

Ja, i yrkeslivet

Ja, sosialt

Ja, både i yrkeslivet og sosialt

Nei, aldri

1

2

3

4

T5. MAT OG KOSTTILSKUDD

5.1 Spiser du vanligvis frokost hver dag?

JA

NEI

5.2 Hvor mange ganger i uken spiser du varm middag?

ganger

5.3 Hvor stor vekt legger du på å ha et sunt kosthold?

Stor

Middels

Liten

Ingen

1

2

3

4

5.4 Bruker du følgende kosttilskudd?

Ja, daglig

Iblant

Nei

T

Jerntabletter

Kalk eller benmel.....

Vitamin D.....

Tran

T6. VEKTEN

6.1 Gjør du for tiden noe forsøk på å endre kroppsvekten din?

Nei

Ja, jeg forsøker å legge på meg

Ja, jeg forsøker å slanke meg

1

2

3

6.2 Hvilken vekt vil du være tilfreds med (din “trivselsvekt”)?

kg

T7. SYKDOMMER OG SKADER

7.1 Har du noen gang hatt:
Sett ett kryss for hvert spørsmål. Oppgi også alderen ved hendelsen. Hvis det har skjedd flere ganger, hvor gammel var du siste gang?

Alvorlig skade som førte til sykehusinnleggelse

JA

NEI

år

Ankelbrudd

år

Magesår

år

Magesår-operasjon

år

Operasjon på halsen

år

Prostata-operasjon

år

7.2 Har du, eller har du hatt?
(Sett ett kryss for hvert spørsmål)

JA

NEI

Kreftsykdom

Psoriasis

Stoffskiftesykdom (skjoldbruskkjertel)

Grønn stær.....

Grå stær.....

Slitasjegikt (artrose)

Krokete fingre.....

Hudstramninger i håndflatene.....

Nyrestein.....

Blindtarmsoperasjon

Brokkoperasjon

Operasjon/behandling for urinlekkasje

Epilepsi

Poliomyelitt (“Polio”).....

Parkinsons sykdom.....

Migrene

Leggsår

Allergi og overfølsomhet:

JA

NEI

Atopisk eksem (f.eks. barneeksem)

Håndeksem

Matvareallergi.....

Annen overfølsomhet (ikke allergi).....

7.3 Har du hatt forkjølelse, influensa, “ræksjuka” eller lignende siste 14 dager?

JA

NEI

7.4 Har du i løpet av de siste 3 ukene vært forkjølet, hatt influensa, bronkitt, lungebetennelse, bihulebetennelse eller annen luftveisinfeksjon?

JA

NEI

7.5 Har du noen gang hatt bronkitt eller lungebetennelse?

JA

NEI

7.6 Har du i løpet av de siste 2 årene hatt bronkitt eller lungebetennelse? (Sett bare ett kryss)

Nei

1-2 ganger

Mer enn 2 ganger

1

2

3

T8. SYMPTOMER

8.1 Har du de siste to ukene følt deg:
(Sett ett kryss for hvert spørsmål)

Nei

Litt

En god del

Svært mye

Nervøs og urolig

Plaget av angst.....

Trygg og rolig.....

Irritabel.....

Glad og optimistisk

Nedfor/deprimert.....

Ensom

1

2

3

4

8.2 Hoster du omtrent daglig i perioder av året? ...

JA

NEI

Hvis JA:
Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?

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

8.3 Har du hatt episoder med piping i brystet?

Hvis JA:
Har dette oppstått: (Sett ett kryss for hvert spørsmål)

JA

NEI

Om natten.....

Ved luftveisinfeksjon.....

Ved fysisk anstrengelse

Ved sterk kulde.....

8.4 Får du smerter i tykkleggen når du går

JA

NEI

Hvis JA:
Hvor langt kan du gå før du får smerter?

meter

8.5 Blir du tungpusten i følgende situasjoner?
(Sett ett kryss for hvert spørsmål)

JA

NEI

Når du går hurtig på flatmark eller svak oppoverbakke.....

Når du spaserer i rolig tempo på flatmark.....

Når du vasker deg eller kler på deg

Når du er i hvile

8.6 Må du stoppe på grunn av tung pust når du går i eget tempo på flatmark?

JA

NEI

8.7 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 JA:
Har plagene ført til redusert aktivitet i fritida?

JA

NEI

Hvor lenge har plagene vart totalt?

ca. år og måneder

Har plagene redusert din arbeidsevne det siste året?
(Gjelder også hjemmearbeidende og pensjonister. (Sett ett kryss)

Nei/ubetydelig

I noen grad

I betydelig grad

Vet ikke

1

2

3

4

Har du vært sykmeldt pga. disse plagene det siste året?

JA

NEI

Ikke i arbeid

T8. SYMPTOMER (fortsettelse)

8.8 Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?
(Sett bare ett kryss)

Aldri, eller noen få ganger i året

1

1-3 ganger i måneden.....

2

Omtrent 1 gang i uken

3

Mer enn en gang i uken.....

4

8.9 Hvis du er plaget av søvnløshet månedlig eller hyppigere, når på året er du mest plaget?

Ingen spesiell tid

1

Særlig i mørketiden.....

2

Særlig i midnattsoltiden.....

3

Særlig vår og høst

4

8.10 Har du det siste året vært plaget av søvnløs het slik at det har gått ut over arbeidsevnen?

JA

NEI

8.11 Pleier du sove om dagen?

8.12 Hvor ofte har du ufrivillig urinlekkasje?

Aldri

1

Ikke mer enn en gang i måneden

2

To eller flere ganger i måneden

3

Ukentlig eller oftere

4

8.13 Kan du gå ned 10 trappetrinn uten å holde deg i noe (f.eks. et gelender).....

JA

NEI

8.14 Bruker du briller?

8.15 Bruker du høreapparat?

8.16 Hvordan er hukommelsen?
(Sett ett kryss for hvert spørsmål)

Glemmer du ting du akkurat har hørt eller lest?

JA

NEI

Glemmer du hvor du har lagt ting?

Er det vanskeligere å huske nå enn før?

Skriver du huskelapper oftere nå enn før?

Hvis “JA” på ett av disse spørsmålene;
Er det et problem i hverdagen?

JA

NEI

T9. MEDISINER

9.1 Bruker du, eller har du brukt noen av følgende medisiner:

Nå

Før, men ikke nå

Alder ved bruk 1. gang

Aldri brukt

Medisin mot osteoporose (benskjørhet)

år

Tabletter mot sukkersyke

år

Tabletter mot lavt stoffskifte (thyroxin).....

år

9.2 Bruker du noen medisin som du får som sprøyte (injeksjon)?

JA

NEI

Hvis JA:
Oppgi navn på medisinen (til sprøyte):
(ett navn pr. linje):

T

1