

Etikett

Dato for utfylling:
 Dag Måned År

Tilleggsspørsmål til helseundersøkelsen i Finnmark 2002

Takk for fremmøte til helseundersøkelsen. På denne måten har du gitt et viktig bidrag til å skaffe ny viten om helse og sykdom. Hovedformålet med undersøkelsen har vært å skaffe ny viten om hjerte-karsykdommer for å kunne forebygge dem. I løpet av de siste 25 år er dødeligheten av hjerteinfarkt om lag halvert i Finnmark. I tillegg skal undersøkelsen øke kunnskapen om andre sykdommer og plager som f.eks. smerter i muskulatur og nervøse lidelser. Vi ber deg derfor svare på noen spørsmål om forhold som kan ha betydning for disse og andre sykdommer.

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

Med vennlig hilsen

Nasjonalt folkehelseinstitutt

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? ca. kvm (brutto)

JA NEI

1.4 Føler du at du har nok gode venner?.....

1.5 Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. sykkklubb, 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? 1
 (f.eks. skrivebordsarbeid, montering)
 Arbeid som krever at du går mye? 2
 (f.eks. ekspeditørb., lett industriarb., undervisning)
 Arbeid hvor du går og løfter mye? 3
 (f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeider)
 Tungt kroppsarbeid? 4
 (f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygn.arb.)

2.2 Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter? JA NEI

T3. TOBAKK

3.1 Røyker du?

- Ja, daglig 1 Ja, av og til 2 Nei, aldri 3

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 til sammen brukt snus? år

T4. SKADER

4.1 Har du noen gang hatt:

- Alvorlig skade som førte til sykehusinnleggelse JA NEI år
 Alder siste gang

T5. SYMPTOMER

5.1 Har du de siste to ukene følt deg:

- (Sett ett kryss for hvert spørsmål)
- | | Nei | Litt | En god del | Svært mye |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nervøs og urolig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plaget av angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trygg og rolig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritabel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glad og optimistisk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedfor/deprimert..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ensom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.2 Hoster du omtrent daglig i perioder av året? JA NEI

Hvis "JA":

Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt? JA NEI

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

T5. SYMPTOMER (fortsettelse)

5.3 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

5.4 Hender det at du er plaget av søvnløshet? JA NEI

5.5 Hvor ofte er du plaget av søvnløshet? T
(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

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

T6. BRUK AV HELSETJENESTER

6.1 Hvor mange ganger de siste 12 månedene har du selv brukt: Ingen 1-3 ganger 4 eller flere
(Sett ett kryss for hver linje)

Allmennpraktiserende lege.....

Spesialist (privat eller på poliklinikk).....

Legevakt (privat eller offentlig).....

Sykehusinnleggelse.....

Hjemmesykepleie.....

Fysioterapeut.....

Kiropraktor.....

Kommunal hjemmehjelp.....

Tannlege.....

Alternativ behandler.....

Er du trygg på at du kan få hjelp av helse- og hjemmetjenesten hvis du trenger det? JA NEI VET IKKE

T7. MENTAL HELSE

7.1 Er du stort sett fornøyd med tilværelsen? 1
(Sett kryss i den ruten som passer best)

Meget fornøyd..... 1

Ganske fornøyd..... 2

Litt misfornøyd..... 3

Meget misfornøyd..... 4

7.2 Hender det at du i lengre perioder - minst 14 dager - er trist og nedfor? JA NEI

7.3 Har du de siste 14 dager følt deg ute av stand til å takle dine vanskeligheter? T
(Sett kryss i den ruten som passer best)

Nei..... 1

Av og til..... 2

Ofte..... 3

Nesten hele tida..... 4

T7. MENTAL HELSE (fortsettelse)

7.4 Hender det at du føler deg ensom? 1
(Sett kryss i den ruten som passer best)

Nei..... 1

Av og til..... 2

Ofte..... 3

7.5 Hvor mange familier/husstander i nabolaget kjenner du så godt at dere besøker hverandre av og til? Antall

7.6 Hender det at du utveksler tjenester med naboer? (Sett ett kryss for hver tjeneste)

Låner ting (redskap, dagligvarer og liknende)..... Aldri Sjelden Ofte

Passer hus/eiendom når man er bortreist.....

Passer barn, sitter barnevakt.....

Hjelper til med arbeid, transport, reparasjoner, innkjøp osv.....

T8. NATTSPISING

8.1 Våkner du ofte opp for å spise etter at du har lagt deg om kvelden? JA NEI

Hvis "JA", besvar de neste 4 spørsmålene:

Når har du oftest plagene? (Sett ett eller flere kryss)

Hele året Vår Sommer Høst Vinter

Hva spiser du om natten? (Sett ett eller flere kryss)

Kjøtt Brødmat/godteri Annet

Spiser du mer enn halvparten av døgnets matmengde etter kl. 8 om kvelden? JA NEI

Er andre i din familie plaget med nattspising? JA NEI

Hvis "JA", oppgi hvem:

Besteforeldre Mor/far Søsken Ektefelle/samboer

T9. BESVARES BARE AV KVINNER

9.1 Hvis du har født barn, fyll ut hvert barns fødselsår, og hvor mange måneder du ammet etter fødselen. (Hvis du ikke ammet, skriv 0) T

Barn: Fødselsår: Antall mnd med amming

1. Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Hvis flere barn, bruk ekstra ark)

Takk for hjelpen! Husk å postlegge skjemaet i dag!