

Utsendelse 0 Skjematype 1

KVINNER, LIVSSTIL OG HELSE

KONFIDENSIELT

Vi tillater oss å sende et nytt spørreskjema til de som ikke returnerte det første.

Vi ber deg fylle ut spørreskjemaet så nøye som mulig, se orienteringen på brosjyren for nærmere opplysninger.

Sett kryss for JA i ruten ved siden av hvis du samtykker i å være med. Dersom du ikke ønsker å delta, sett kryss for NEI og returner skjemaet i vedlagte frankerte svarkonvolutt, så slipper du å bli purret på.

Med vennlig hilsen
Eiliv Lund
Professor dr. med.

Jeg samtykker i å delta i undersøkelsen JA
NEI

Forhold i oppveksten

I hvilke(n) kommune vokste du opp (0-7 år)?

Hvem var forsørger i familien? (Sett ett kryss)
 far mor begge andre

Hvordan var de økonomiske forhold i oppveksten?

Meget gode
Gode
Dårlige
Meget dårlige

Kroppstype i 1. klasse. (Sett ett kryss) **KROPPSTY**
 veldig tynn tynn normal tykk veldig tykk

Hvor mange års utdanning har du i alt, ta med folkeskole og ungdomsskole? **SKOLE** år

Hvilken yrkesutdanning har du?

Er din arbeidssituasjon:

hjemmeværende deltids arbeid
 heltids arbeid utenfor hjemmet
 uførepensjon skolegang attføring
 arbeidsledig næringsdrivende

Er du;

gift samboer annet

Menstruasjonsforhold

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang? **MENSALD** år

Hvor mange år tok det før menstruasjonen ble regelmessig? **MENSREG**

Ett år eller mindre Mer enn ett år Aldri
 Husker ikke

Hvor lang tid gikk det mellom 1. dag i en menstruasjonsblødning til 1. dag i neste menstruasjonsblødning da du var 18 år? **MENS18** dager

Hvor lang tid gikk det mellom 1. dag i en menstruasjonsblødning til 1. dag i neste menstruasjonsblødning da du var 30 år? **MENS30** dager

Har menstruasjonen noen gang vært borte mer enn en måned? (Se bort fra svangerskap) Ja Nei
MENSIBORT

Hvis Ja;

	Ja	Nei	Hvis Ja; Hvor lenge Måneder
Spisevegring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPISEMND
Eter slanking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SLANKMND
Eter p-pille bruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PPAMMND
Ved stress i arbeidet (skilt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STRESSMND
Ved trening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRENMND
Andre årsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANNENMND

Har du vanligvis før-menstruelle plager?

ingen brystspreg depresjon annet

Har du hete- eller svettetakter som du mener skyldes overgangsalderen (klimakteriet)? (Sett ett kryss)

Ingen Lette Plagsomme

Har du regelmessig menstruasjon fremdeles? Ja Nei
NSREGMEN

Hvis Nei;

BORTMENS
har den stoppet av seg selv? **NSNATUR**
operert vekk eggstokkene? **NSEGGST**
operert vekk livmoren? **NSLIVMOR**
annet?

Hvor gammel var du da menstruasjonen opphørte?

KLIMALD år

Hormonbehandling

Har du brukt hormontabletter i overgangsalderen?

HORMTAB Ja Nei

Hvis Ja, hvor gammel var du første gang du fikk det?

HORMALD år

Hvor lenge har du i alt brukt hormontabletter?

NSHORMNDmnd.....år

Fyll ut for hvert barn opplysninger om fødselsår og antall måneder du ammet hvert barn (fylles ut også for dødfødte eller for barn som er døde senere i livet). I tillegg ber vi deg oppgi hvor mange kilo du la på deg i løpet av svangerskapet. Dersom du ikke har født barn fortsetter du ved neste spørsmål.

Barn	Fødselsår	Antall måneder med amming	Vektøkning i svangerskapet
1	F00P1	Amm1	VEKT1
2	F00T2	Amm2	VEKT2
3	F00T3	Amm3	VEKT3
4	F00T4	Amm4	VEKT4
5	F00T5	Amm5	VEKT5
6	F00T6	Amm6	VEKT6
7	F00T7	Amm7	VEKT7

Har du hatt noe svangerskap som varte mindre enn seks måneder dvs. spontan abort eller selvbestemt abort? **ABORT** Ja Nei

Hvis Ja, hvor gammel var du ved første abort?år

Hvor mange aborter har du hatt i alt?

Har du hatt svangerskap utenfor livmoren? **UTEN FOR** Ja Nei

Hvis Ja; Hvor gammel var du første gang?år

Har du noen gang prøvd i mer enn 1 år å bli gravid? **INFERT** Ja Nei

Hvis Ja; Hvor gammel var du? **INFERTALD**år

Hvor lenge prøvde du? **INFERTVAR**år

Har du noen gang brukt p-piller, minipiller inkludert? **PPILLE** Ja Nei

Hvis Ja; Hvor lenge har du brukt p-piller i alt? **PPDUR**år

Hvor gammel var du første gang du brukte p-piller? **PPALDER**år

Hvis du har født barn, brukte du p-piller før første fødsel? **PPBARN** Ja Nei

Bruker du p-piller nå? **PPNAA** Ja Nei

Har du fått p-piller av andre årsaker enn prevensjon? **PPIKKEPR** Ja Nei

Har du blitt anbefalt å slutte med p-piller av medisinske årsaker? **PPMED** Ja Nei

Vi vil be deg om å besvare spørsmålene om p-pille bruk mer nøye.

For hver periode med sammenhengende bruk av samme p-pille merke håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme p-pille merket og navnet på p-pillene.

Dersom du har tatt opphold eller skiftet merke, skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på p-pille merket, sett usikker. For å hjelpe deg til å huske navnet på p-pille merkene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyre som viser bilder av p-pille merker som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi både navn og nummeret på p-pillen som står i brosjyren.

Periode	Alder ved start	Brukt samme p-pille sammenhengende		P-pillene (se brosjyren) Navn	
		år	måneder	Nr.	
Første	NSPA1	NSPAR1	NSPMND1	NSOC1	BRAND1
Andre	NSPA2	NSPAR2	NSPMND2	NSOC2	BRAND2
Tredje					
Fjerde					
Femte					
Sjette					
Syvende					
Attende	NSPA8	NSPAR8	NSPMND8	NSOC8	BRAND8

Hvor ofte har du eller partner benyttet en av følgende prevensjonsmetoder, og hvor mange år?

	Aldri	Av og til	Oftre	Alltid	Antall år
Kondom		KONDOM			KONDOMAR
Pessar		PESSE			PESSEARAR

Har du hatt spiral? **SPIRAL** Ja Nei

Hvis Ja; Hvor gammel var du første gang den ble satt inn? **SPIRALD**år

Hvor mange år har du hatt spiral i alt? **SPIRDUR**år

Er du sterilisert? Ja Nei

Hvis Ja; Hvor gammel var du da du ble sterilisert?år

Sykdom

Har du hatt noen av følgende sykdommer? Hvis Ja; Alder ved start

	Ja	Nei	
Høyt blodtrykk ...			HYPERTENSJON
Sukkersyke (diabetes) ...			DIABETES
Årebetennelse ...			
Blodpropp i legg eller lår ...			BLØDPROPP
Hjerneslag, uansett type ...			SLAG
Hjerteinfarkt ...			INFARKT
Reumatoid artritt (leddgikt) ...			REVMATOID
Crohns sykdom, ulcerøs colitt ...			
Psoriasis ...			PSORIASIS
Fibromyalgi/Fibromyositt ...			
Deprimert mer enn 14 dager ...			

Allergi

Har du følgende allergiske sykdommer? Hvis Ja; Alder ved start

	Ja	Nei	
Eksem ...			EKSEM
Høysnue ...			HØYSNUSE
Astma ...			ASTMA

Er du allergisk overfor

	Ja	Nei
Bestemte typer mat ...		
Pollen ...		
Husdyr ...		
Annelt ...		

Egen opplevelse av helse

Oppfatter du din egen helse som; (Sett ett kryss)

meget god god dårlig meget dårlig

Brystkreft i nærmeste familie

Har noen nære slektninger hatt brystkreft; Vet ikke

	Ja	Nei	Vet ikke
mor ...			
søster ...			
mormor ...			
farmor ...			

Undersøkelser for kreft

Hvor ofte undersøker du brystene dine selv? (Sett ett kryss)

Aldri Uregelmessig Regelmessig (Omtrent hver måned)

Går du til regelmessig undersøkelse av brystene dine med mammografi? (Sett ett kryss)

Nei Ja, med 2 års mellomrom eller mindre Ja, med mer enn 2 års mellomrom

Har du tatt kreftprøve fra livmorhalsen regelmessig?

CYTOLOGI

Aldri Sjeldnere enn hvert 3. år Hver 3. år eller oftere

Høyde og vekt

Hvor høy er du? HOYDE cm

Hvor mye veier du i dag? VEKT I DAG kg

Hvor mye veide du da du var 18 år? VEKT 18 kg

Røykevaner

Har du noen gang røkt? Ja Nei

Hvis Ja, ber vi deg om å fylle ut for hver fem års periode i livet hvor mange sigaretter du i gjennomsnitt røkte pr. dag i den perioden.

Alder	Antall sigaretter hver dag						
	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25+
10-14		RØK1					
15-19		RØK2					
20-24		RØK3					
25-29		RØK4					
30-34		RØK5					
35-39		RØK6					
40-44		RØK7					
45-49		RØK8					

Bor du sammen med noen som røker? Ja Nei

RØKER

Hvis Ja, hvor mange sigaretter røker de til sammen pr. dag? RØKERNO

Røkte noen av de voksne hjemme mens du var barn? Ja Nei

RØKBARN

Hvis ja, røkte RØKHEM

bare far bare mor far og mor andre

Fysisk aktivitet

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært liten til svært mye ved 14 års alder, ved 30 års alder og i dag. Skalaen nedenfor går fra 1-10. Med fysisk aktivitet mener vi både arbeid i hjemmet og i yrkeslivet samt trening og annen fysisk aktivitet som turgåing ol.

Alder	Svært lite										Svært mye										
14 år	AKT14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30 år	AKT30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I dag	AKTIDAG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Har du drevet konkurranseidrett? Ja Nei

KONKURRANSE

Hvis Ja, hvor mange år i alt? KONKÅR år

Kosthold

For hver matsort nedenfor ber vi deg krysse av i den ruten som passer hvor ofte du i gjennomsnitt i løpet av siste år har spist slik mat.

	6-10	4-5	2-3	1	5-6	2-4	1	1-3	Nei/aldri
	pr	pr	pr	pr	pr	pr	pr	pr	pr
	dag	dag	dag	dag	uke	uke	uke	uke	måned
Helmelk (glass)									
Skummet melk (glass)									
Lettmelk (glass)									
Kokte kaffe (kopper)									
Trakte kaffe (kopper)									
Pulverkaffe (kopper)									
Grov brød (skiver)									
Fint brød (skiver)									
Ost (skiver)									
Poteter									
Epler/pærer									
Appelsiner o.l.									

Middag

	6-7	4-5	3	2	1	2-3	1	Nei/aldri
	pr	pr	pr	pr	pr	pr	pr	aldri
	uke	uke	uke	uke	uke	måned	måned	
Rent kjøtt								
Oppmalt kjøtt								
Fet fisk (makrell, laks o.l.)								
Mager fisk (torsk o.l.)								
Ris, spaghetti								
Gulerøtter								
Kål								
Kålrot								
Salat								
Broccoli/Blomkål								

Hva slags fett blir vanligvis brukt i din husholdning?

	På bred	Til matlagning
Smør eller hard margarin		
Myk (soft) margarin eller olje		
Smør/margarin blanding		

Hvor mye melk drakk du som barn hver dag?

drakk ikke melk 1-3 glass 4-6 glass 7 glass eller mer

Hvor ofte spiste du grønnsaker til middag som barn?

aldri 1 gang i uken eller mer sjelden
 2-3 ganger i uken 4 eller flere ganger

Alkohol

Er du total avholdskvinne?

NSAVH

Ja Nei

Hvis Nei, hvor ofte og hvor mye drakk du i gjennomsnitt siste året?

NSALKOGR

	6-10	4-5	2-3	1	5-6	2-4	1	1-3	Nei/aldri
	pr	pr	pr	pr	pr	pr	pr	pr	pr
	dag	dag	dag	dag	uke	uke	uke	uke	måned
Øl (1/2 liter)									
Vin (glass)									
Brennevin (driker)									

Solvaner

Dersom du i begynnelsen av sommeren soler deg kraftig, blir huden din; (Sett ett kryss) SOLSTART

brun uten å først være rød rød
 rød med svie rød med svie og blommer

Etter gjentatt og lenge soling, blir huden din; (Sett ett kryss) SOLLENGE

dypt brun brun lys brun aldri brun

Hvor mange uregelmessige føflekker større enn 5 mm har du sammenlagt på begge beina (fra tærne til lysken)? FOFLEKK

(På siste side av brosjyren er det bilder som viser hva vi mener med uregelmessige føflekker.)

0 1 2-3 4-6 7-12 13-24 25+

Hvilken øyefarve har du? (Sett ett kryss) OYEFARGE

brun grå, grønn eller blanding blå

Hvilken hårfarve har du? (Sett ett kryss) HARFARGE

mørkbrun, svart brun blond, gul rød

Hvor mange ganger pr. år er du blitt forbrent av solen slik at du har fått svie eller blommer med avflassing etterpå? (Ett kryss for hver aldersgruppe)

Alder	Aldri	Heyst 1 gang pr. år	2-3 g. pr. år	4-6 g. pr. år	6 eller flere ganger
Før 10 år		SOLB1			
10-19 år		SOLB2			
20-29 år		SOLB3			
30-39 år		SOLB4			
40-49 år					

Hvor mange uker i gjennomsnitt pr. år har du vært på badeferie i syden eller i Norge?

Alder	Aldri	1 uke	2-3 uker	4-5 uker	7 uker eller mer
Før 10 år		SYDEN1			
10-19 år		SYDEN2			
20-29 år		SYDEN3			
30-39 år		SYDEN4			
40-49 år		SYDEN5			

Hvor ofte har du solt deg i solarium?

Alder	Aldri	Sjelden	1 gang pr. mnd.	2 gang pr. mnd.	3-4 gang pr. mnd.	oftere enn 1 gang pr. uke
Før 10 år		SOLAR1				
10-19 år		SOLAR2				
20-29 år		SOLAR3				
30-39 år		SOLAR4				
40-49 år		SOLAR5				

Takk for at du ville delta i undersøkelsen!