

Vedlegg

Betydningen av friluftsliv for å redusere muskelplager
blant unge voksne – Helseundersøkelsen i Nord –
Trøndelag (HUNT 3)

The impact of leisure time physical activity (friluftsliv) on
musculoskeletal complaints in young adults – The Nord –
Trøndelag Health Study (HUNT 3)

Håvard Kirkvold

Høgskolen i Nord - Trøndelag

Januar 2011



Innhold

Spørreskjema 1 (Q1) HUNT 3

Spørreskjema 2 Kvinner (Q2) HUNT 3

Spørreskjema 3 Menn (Q2) HUNT 3

Godkjenning fra Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK Midt

Invitasjon til HUNT 3

Viktig
Enkelt
Gratis

hunt 3
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Du inviteres herved til å delta i den tredje store Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Ved å delta får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir samtidig et viktig bidrag til medisinsk forskning.

Hver deltaker er like viktig, enten du er ung eller gammel, frisk eller syk, er HUNT-veteran eller møter for første gang. Tilsvarende undersøkelse er tidligere gjennomført i 1984-86 (HUNT 1) og 1995-97 (HUNT 2 og Ung-HUNT). For å kunne studere årsaker til sykdom, er det viktig at også de som tidligere har deltatt møter fram.

Vennligst fyll ut spørreskjemaet, og ta det med når du møter til undersøkelse.


Undersøkelsen tar vanligvis ca 1/2 time. Du vil få brev med resultater fra dine prøver etter noen uker. Dersom noen av resultatene er utenom det normale, vil du bli anbefalt undersøkelse hos fastlegen din.


Du kan lese mer om HUNT 3 i den vedlagte brosjyren eller på www.hunt.ntnu.no. Har du spørsmål, kan du også ringe til HUNT forskningscenter, tlf 74075180.

Vel møtt til undersøkelsen!

Vennlig hilsen


Steinar Krokstad
Førsteamanuensis
Prosjektleder HUNT 3


Jostein Holmen
Professor, daglig leder
HUNT forskningscenter


Stig A. Slørdahl
Professor, dekanus
Det medisinske fakultet, NTNU

Tid og sted for oppmøte

Dersom det foreslåtte tidspunktet ikke passer for deg, behøver du ikke bestille ny time. Du kan møte når det passer deg innenfor åpningstiden, men det kan da bli noe ventetid. Du kan også møte i en annen kommune, hvis det skulle passe bedre. Takk for at du deltar!

Åpningstida:

 **NTNU**

HUNT forskningscenter



En time for bedre folkehelse

Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er derfor viktig at du krysser av riktig: **Rett** **Galt**
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.

HELSE OG DAGLIGLIV

1 Hvordan er helsa di nå?

Dårlig Ikke helt god God Svært god

2 Har du noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?

Ja Nei

Hvis ja:

Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsatt?

| | Litt nedsatt | Middels nedsatt | Mye nedsatt |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Er bevegelseshemmet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har nedsatt syn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har nedsatt hørsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemmet pga. kroppslig sykdom. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemmet pga. psykisk sykdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3 Har du kroppslige smerter nå som har vart mer enn 6 måneder?

Ja Nei

4 Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 uker?

| Ingen | Meget svake | Svake | Mode- rate | Sterke | Meget sterke |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 I hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer begrenset deg i din vanlige sosiale omgang med familie eller venner i løpet av de siste 4 uker?

| Ikke i det hele tatt | En del | Litt | Mye | Kunne ikke ha sosial omgang |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HELSETJENESTER

6 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos:

| | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Fastlege/allmennlege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen legespesialist utenfor sykehus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konsultasjon uten innleggelse | | |
| - ved psykiatrisk poliklinikk..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ved annen poliklinikk i sykehus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kiropraktor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Homøopat, akupunktør, soneterapeut, håndspålegger eller annen alternativ behandler ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7 Har du vært innlagt i sykehus i løpet av de siste 12 måneder?

Ja Nei

SYKDOMMER OG PLAGER

8 Har du hatt noe anfall med pipende eller tung pust de siste 12 måneder?

Ja Nei

9 Har du noen gang de siste 5 år brukt medisiner for astma, kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS?

Ja Nei

10 Bruker du, eller har du brukt, medisin mot høyt blodtrykk?

Ja Nei

11 Har du, eller har du noen gang hatt, noen av disse sykdommene/plagene: (Sett ett kryss pr. linje)

Hvis ja, hvor gammel var du første gang?

Eksempel:

år gammel

| | Ja | Nei | År gammel |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Hjerteinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Angina pectoris (hjertekrampe) ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Hjertesvikt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Annen hjertesykdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Hjerneslag/hjerneblødning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Nyresykdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Kronisk bronkitt, emfysem, KOLS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Diabetes (sukkersyke)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Psoriasis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Eksem på hendene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Kreftsykdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Epilepsi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Leddgikt (reumatoid artritt)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Bechterews sykdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Sarkoidose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Beinskjørhet (osteoporose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Fibromyalgi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Slitasjegikt (artrose)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |
| Psysiske plager som du har søkt hjelp for | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> år gammel |

12 Har du noen gang fått påvist for høyt blodsukker?

Ja Nei

Hvis ja: I hvilken situasjon første gang?

Ved helseundersøkelse... Under sykdom

Under svangerskap

Annet.....

SKADER

13 Har du noen gang hatt:

Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang?

Eksempel:

3 4 år gammel

| | Ja | Nei | | år gammel |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Lårhalsbrudd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | år gammel |
| Brudd i handledd/underarm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | år gammel |
| Brudd/sammenfall av ryggvirvler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | år gammel |
| Nakkesleng (whiplash)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | år gammel |

14 Har du foreldre, søsken eller barn som har, eller har hatt, følgende sykdommer?

(Sett ett kryss pr. linje)

| | Ja | Nei | Vet ikke |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hjerneslag eller hjerneblødning før 60 års alder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerteinfarkt før 60-års alder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergi/høysnue/neseallergi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kronisk bronkitt/emfysem/KOLS..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kreftsykdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psykiske plager | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beinskjørhet (osteoporose)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nyresykdom (ikke nyresten, urinveisinfeksjon, urinlekkasje) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (sukkersyke)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15 Har noen av dine besteforeldre, dine foreldres søsken eller dine søskenbarn fått diagnosen diabetes (type 1 eller type 2)?

Ja Nei

HVORDAN FØLER DU DEG?

16 Har du de to siste uker følt deg:
(Sett ett kryss pr. linje)

| | Nei | Litt | En god del | Svært mye |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Trygg og rolig?..... | <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"/> |
| 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"/> |
| Irritabel?..... | <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"/> |

17 Har du noen gang i livet opplevd at noen over lengre tid har forsøkt å kue, fornedre eller ydmyke deg?

Ja Nei

TOBAKK

18 Røykte noen av de voksne innendørs da du vokste opp? Ja Nei

19 Røykte mora di da du vokste opp? Ja Nei

20 Røyker du selv?

Nei, jeg har aldri røykt.....

Hvis du aldri har røykt, hopp til spørsmål 22.

Nei, jeg har sluttet å røyke.....

Ja, sigaretter av og til (fest/ferie, ikke daglig).....

Ja, sigarer/sigarillos/pipe av og til

Ja, sigaretter daglig.....

Ja, sigarer/sigarillos/pipe daglig.....

21 Svar på dette hvis du nå røyker **daglig** eller tidligere har røykt **daglig**:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig? sigaretter pr. dag

Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? år gammel

Hvis du tidligere har røykt daglig, hvor gammel var du da du sluttet? år gammel

21 Svar på dette hvis du røyker eller har røykt **av og til**, men ikke daglig:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis i måneden? sigaretter pr. mnd

Hvor gammel var du da du begynte å røyke av og til? år gammel

Hvis du tidligere har røykt av og til, hvor gammel var du da du sluttet? år gammel

22 Bruker du, eller har du brukt, snus?

Nei, aldri Ja, av og til.....

Ja, men jeg har sluttet.... Ja, daglig

Hvis du aldri har brukt snus, hopp til spørsmål 23.

Hvis ja:

Hvor gammel var du da du begynte med snus? år gammel

Hvor mange esker snus bruker/brukte du pr. måned? esker snus pr. måned

Hvis du bruker eller har brukt både sigaretter og snus, hva begynte du med først?

Snus..... Sigaretter.....
 Omtrent samtidig Husker ikke.....
 (innenfor 3 måneder)

Da du begynte å bruke snus, var det for å prøve å slutte å røyke eller for å redusere røykinga?

Nei..... Ja, for å
 Ja, for å slutte å røyke redusere røykinga.....

MATVARER

23 Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene?

(Sett ett kryss pr. linje)

| | 0-3 ganger pr. mnd. | 1-3 ganger pr. uke | 4-6 ganger pr. uke | 1 gang pr. dag | 2 ggr el mer pr. dag |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Frukt/bær..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grønnsaker..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sjokolade/smågodt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kokte poteter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pasta/ris..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pølser/hamburgere..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fet fisk (laks, ørret, sild, makrell, uer som pålegg/middag) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24 Bruker du følgende kosttilskudd?

(Sett ett kryss for hvert kosttilskudd)

| | Ja, daglig | Av og til | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tran | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Omega-3-kapsler..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin- og/eller mineraltilskudd..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25 Hvor mange glass drikker du vanligvis av følgende?

1/2 liter = 3 glass (Sett ett kryss pr. linje)

| | Sjelden eller aldri | 1-6 gl. pr uke | 1 gl. pr. dag | 2-3 gl. pr. dag | 4 gl. eller mer pr. dag |
|---------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Vann, farris o.l..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Helmelk (søt/sur)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen melk (søt/sur) ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brus/saft med sukker.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brus/saft uten sukker.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Juice eller nektar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26 Hvor mange kopper kaffe/te drikker du pr. døgn?

(Sett 0 dersom du ikke drikker kaffe/te daglig)

| | Koke- kaffe | Annen kaffe | Te |
|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Antall kopper | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

27 Hvor mange kopper kaffe drikker du om kvelden (etter kl 18)?

Antall kopper

ALKOHOLBRUK

28 Omtrent hvor ofte har du i løpet av de siste 12 måneder drukket alkohol? (Regn ikke med lettøl)

4-7 ganger pr. uke..... Ca 1 gang pr. måned..
 2-3 ganger pr. uke..... Noen få ganger pr. år.
 ca 1 gang pr. uke..... Ingen ganger siste år..
 2-3 ganger pr. måned.... Aldri drukket alkohol...

29 Har du drukket alkohol i løpet av de siste 4 uker?

Ja Nei

Hvis ja:

Har du drukket så mye at du har kjent deg sterkt beruset (full)?
 Nei.....
 Ja, 1-2 ganger.....
 Ja, 3 ganger eller mer

30 Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av 2 uker? (Regn ikke med lettøl)
 (Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol)

| | Øl | Vin | Brenne- vin |
|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Antall glass | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

31 Hvor ofte drikker du 5 glass eller mer av øl, vin eller brennevin ved samme anledning?

Aldri..... Ukentlig.....
 Månedlig..... Daglig.....

MOSJON/FYSISK AKTIVITET

Med mosjon mener vi at du f.eks går tur, går på ski, svømmer eller driver trening/idrett.

32 Hvor ofte driver du mosjon? (Ta et gjennomsnitt)

Aldri.....
 Sjeldnere enn en gang i uka.....
 En gang i uka.....
 2-3 ganger i uka.....
 Omtrent hver dag.....

33 Dersom du driver slik mosjon, så ofte som en eller flere ganger i uka; hvor hardt mosjonerer du? (Ta et gjennomsnitt)

Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett.....
 Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett.....
 Tar meg nesten helt ut.....

34 Hvor lenge holder du på hver gang? (Ta et gjennomsnitt)

Mindre enn 15 minutter.. 30 minutter – 1 time....
 15-29 minutter..... Mer enn 1 time.....

35 Har du vanligvis minst 30 minutter fysisk aktivitet daglig på arbeid og/eller i fritida? Ja Nei

36 Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? (Regn med både jobb og fritid) Antall timer

ARBEID

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

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

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

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

Tungt kroppsarbeid (f.eks skogsarbeid, tungt jordbruksarbeid, tungt bygningsarbeid).....

HØYDE/VEKT

38 Omtrent hva var din høyde da du var 18 år? cm Husker ikke

39 Omtrent hva var din kroppsvekt da du var 18 år? kg Husker ikke

40 Er du fornøyd med vekta di nå? Ja Nei, for lett Nei, for tung

41 Har du forsøkt å slanke deg i løpet av de siste 10 år? Nei Ja, noen ganger Ja, mange ganger

42 Er din kroppsvekt minst 2 kg lavere nå enn for 1 år siden? Ja Nei

Hvis ja:

Hva er grunnen til dette?

Slanking Sykdom/stress Vet ikke

ALVORLIGE LIVSHENDELSER SISTE 12 MÅNEDER

43 Har det vært dødsfall i nær familie? (barn, ektefelle/samboer, søsken eller foreldre) Ja Nei

44 Har du vært i overhengende livsfare pga. alvorlig ulykke, katastrofe, voldssituasjon eller krig? Ja Nei

45 Har du hatt samlivsbrudd i ekteskap eller i lengre samboerforhold? Ja Nei

46 Hvis du har svart ja på et eller flere av spm 43, 44 eller 45; i hvilken grad har du hatt reaksjoner på dette de siste 7 dager?

Ikke i det hele tatt..... I moderat grad.....

Litt..... I høy grad.....

OPPVEKST - DA DU VAR 0-18 ÅR

47 Hvem vokste du opp sammen med?

Mor..... Andre slektninger.....

Far..... Adoptivforeldre.....

Stemor/stefar..... Foster-/pleieforeldre...

48 Ble dine foreldre skilt, eller flyttet de fra hverandre, da du var barn? Nei.....
Ja, før jeg var 7 år....
Ja, da jeg var 7-18 år

49 Døde noen av dine foreldre da du var barn? Nei.....
Ja, før jeg var 7 år....
Ja, da jeg var 7-18 år

50 Vokste du opp med kjæledyr? Nei.....
Ja, katt..... Ja, hund.....
Ja, hest..... Ja, annet levende dyr.

51 Hvor mye melk eller yoghurt drakk du vanligvis?

| Sjelden/ aldri | 1-6 gl. pr. uke | 1 glass pr. dag | 2-3 gl. pr. dag | Mer enn 3 glass pr. dag |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

52 Vokste du opp på gård med husdyr? Ja Nei

53 Når du tenker på barndommen/oppveksten din, vil du beskrive den som:

Svært god..... Vanskelig.....

God..... Svært vanskelig.....

Middels.....

ALT I ALT

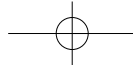
54 Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd? (Sett ett kryss)

Svært fornøyd..... Nokså misfornøyd.....

Meget fornøyd..... Meget misfornøyd.....

Ganske fornøyd..... Svært misfornøyd.....

Både/og.....



┌

┆

┐

Kjære HUNT-deltaker

Takk for at du møtte til Helseundersøkelsen. Vi vil også be deg om å fylle ut dette spørreskjemaet. Noen av spørsmålene likner de som du har svart på før, men det er viktig at du allikevel besvarer alt. Opplysningene blir brukt til forskning og forebyggende helsearbeid. Forskere vil kun ha tilgang til avidentifiserte data, det vil si at opplysningene ikke kan spores tilbake til en enkeltperson.

Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er derfor viktig at du krysser av riktig: Rett Galt
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.

Dato for utfylling: / 20
Dag Måned År

Vennligst fyll ut skjemaet, og post det snarest mulig.
Porto er betalt.



Kvinne 20 - 29 år

En time for bedre folkehelse

BOLIGFORHOLD OG VENNER

- 1 Hvem bor du sammen med?
(Sett ett eller flere kryss)

Ingen Andre personer over 18 år
Foreldre Personer under 18 år.....
Ektefelle/samboer..... Antall under 18 år ..

- 2 Er det kjæledyr i boligen?

Ja, katt
Nei Ja, hund.....
Ja, andre pelsdyr/fugl.....

- 3 Har du venner som kan gi deg hjelp når du trenger det? Ja Nei

4 Har du venner som du kan snakke fortrolig med? Ja Nei

DITT NÆRMILJØ, DVS. NABOLAGET/GRENDA

- 5 Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her
(Sett ett kryss)

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

- 6 Man kan ikke stole på hverandre her (Sett ett kryss)

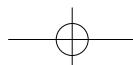
Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

- 7 Folk trives godt her (Sett ett kryss)

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

└

└



AKTIVITET

- 8 Hvordan har din fysiske aktivitet i fritida vært det siste året? (Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsvei regnes som fritid.)

| | Timer pr. uke | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ingen | Under 1 | 1-2 | 3 el. mer |
| Lett aktivitet (ikke svett/andpusten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 9 Hvor lang tid bruker du til sammen daglig foran dataskjerm? (Sett 0 hvis du ikke bruker data)

I arbeid timer I fritid timer

- 10 Hvor mange timer ser du på TV/video/DVD daglig?

Mindre enn 1 time 4-6 timer
1-3 timer Mer enn 6 timer

KULTUR/LIVSSYN

- 11 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i: (Sett ett kryss pr. linje)

| | Mer enn 3g /mnd | 1-3g /mnd | 1-6g siste 6 mnd | Aldri |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Museum, kunstutstilling..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konsert, teater, kino..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kirke, bedehus..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Idrettsarrangement..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 12 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder selv drevet med: (Sett ett kryss pr. linje)

| | Mer enn 1g /uke | 1g /uke | 1-3g /mnd | 1-5g siste 6 mnd | Ingen gang |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Foreningsvirksomhet ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Musikk, sang, teater.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menighetsarbeid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Friluftsliv..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trening, idrett..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 13 Hvilket livssyn vil du si ligger nærmest opp til ditt eget? (Sett ett kryss)

Kristent livssyn Ateistisk livssyn
Humanetisk livssyn Annet livssyn

- 14 Når det skjer vonde ting i livet mitt, tenker jeg: "det er ei mening med det".

Ja..... Nei Vet ikke.....

- 15 Jeg søker hjelp hos Gud når jeg trenger styrke og trøst.

Aldri Av og til Ofte

PERSONLIGHET

- 16 Beskriv deg selv slik du vanligvis er:
- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Klarer du å få fart i et selskap? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du stort sett stille og tilbakeholden når du er sammen med andre?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liker du å treffe nye mennesker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liker du å ha masse liv og røre rundt deg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du forholdsvis livlig?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tar du vanligvis selv initiativet for å få nye venner?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du ofte bekymret?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blir dine følelser lett såret? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hender det ofte at du "går trøtt"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plages du av "nerver"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du ofte følt deg trøtt og likeglad uten grunn?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekymrer du deg for at fryktelige ting kan skje?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HODEPINE

- 17 Har du vært plaget av hodepine det siste året? Ja Nei

Hvis nei, gå til spørsmål 24.

Hvis ja: Migrene
Hva slags hodepine: Annen hodepine.....

- 18 Omtrent antall dager pr. måned med hodepine:

Mindre enn 1 dag 7-14 dager.....
1-6 dager Mer enn 14 dager.....

- 19 Hvor sterk er hodepina vanligvis?

Mild (hemmer ikke aktivitet)
Moderat (hemmer aktivitet)
Sterk (forhindrer aktivitet).....

- 20 Hvor lenge varer hodepina vanligvis?

Mindre enn 4 timer 1-3 døgn.....
4 timer – 1 døgn..... Mer enn 3 døgn.....

- 21 Er hodepina vanligvis preget av eller ledsaget av: (Sett ett kryss pr. linje)

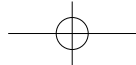
| | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Bankende/dunkende smerte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pressende smerte?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ensidig smerte (høyre eller venstre)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forverring ved moderat fysisk aktivitet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kvalme og/eller oppkast?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lys- og lydskyhet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 22 Før eller under hodepina; kan du ha forbigående: (Sett ett kryss pr. linje)

| | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Synsforstyrrelse? (takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nummenhet i halve ansiktet eller i handa?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 23 Angi hvor mange dager du har vært borte fra arbeid eller skole siste måned på grunn av hodepine:

dager



LUFTVEIER

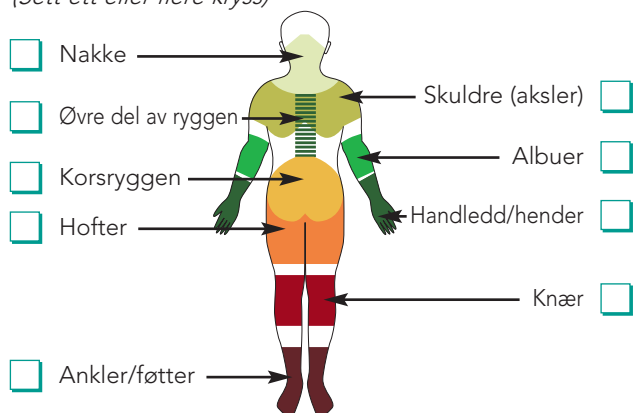
- 24 Hoster du daglig i perioder av året? Ja Nei
Hvis ja:
 Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt? Ja Nei
- Har du hatt hoste med oppspytt, i minst 3 måneder, sammenhengende i hvert av de to siste åra? Ja Nei
-
- 25 Har du, eller har du hatt, høysnue eller neseallergi? Ja Nei
Hvis ja:
 Har du hatt slike plager i løpet av de siste 12 måneder? Ja Nei
-
- 26 Har du i løpet av de siste 12 måneder blitt vekket av anfall med tung pust? Ja Nei

MUSKLER OG LEDD

- 27 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 nei, gå til spørsmål 30.

Hvis ja:

Hvor har du hatt disse plagene?
 (Sett ett eller flere kryss)



- 28 Har du vært plaget både i høyre og venstre kroppshalvdel? Ja Nei
-
- 29 Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter?
 I arbeid Ja Nei
 I fritid Ja Nei
-
- 30 Er du operert for ryggplager? Ja Nei
Hvis ja: Hvilken type operasjon?
 Prolaps/ischias-operasjon Annet
 Avstivning

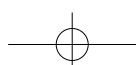
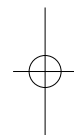
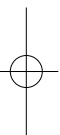
STOFFSKIFTE

- 31 Har du noen gang fått påvist for lavt stoffskifte (hypotyreose)? Ja Nei
 Hvis ja, hvor gammel var du første gang?
 Eksempel: år gammel
-
- 32 Har du noen gang fått påvist for høyt stoffskifte (hypertyreose)? Ja Nei
 Hvis ja, hvor gammel var du første gang?
 Eksempel: år gammel
- Hvis ja:**
 Har du brukt Neo-Mercazole? Ja Nei år gammel
 Har du fått radiojodbehandling? Ja Nei år gammel

MAGE OG TARM

- 33 Har du vært plaget med smerter eller ubehag fra magen de siste 12 måneder?
 Ja, mye ... Ja, litt.. Nei, aldri..
Hvis nei, gå til spørsmål 34.
- Hvis ja:** Er disse lokalisert øverst i magen? Ja Nei
 Har du de siste 3 måneder hatt disse plagene så ofte som 1 dag i uka i minst 3 uker? Ja Nei
 Bli smertene eller ubehaget bedre etter at du har hatt avføring? Ja Nei
 Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med hyppigere eller sjeldnere avføring enn vanlig? Ja Nei
 Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med at avføringen blir løsere eller fastere enn vanlig? Ja Nei
 Kommer smertene eller ubehaget etter måltid? Ja Nei

- 34 I hvilken grad har du hatt følgende plager i de siste 12 måneder?
 Aldri Litt Mye
- Kvalme
 Halsbrann/sure oppstøt
 Diaré
 Treg mage
 Vekslende treg mage og diaré
 Oppblåsthet



HVORDAN FØLER DU DEG

Her kommer noen utsagn om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser den siste uken. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

- 35 Jeg føler meg nervøs og urolig
- Nei..... En god del
Litt..... Svært mye
- 36 Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før
- Avgjort like mye Bare lite grann
Ikke fullt så mye Ikke i det hele tatt
- 37 Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje
- Ja, og noe svært ille Litt, bekymrer meg lite
Ja, ikke så veldig ille Ikke i det hele tatt
- 38 Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner
- Like mye nå som før Avgjort ikke som før....
Ikke like mye nå som før. Ikke i det hele tatt
- 39 Jeg har hodet fullt av bekymringer
- Veldig ofte Av og til
Ganske ofte En gang i blant
- 40 Jeg er i godt humør
- Aldri..... Ganske ofte.....
Noen ganger..... For det meste
- 41 Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet
- Ja, helt klart..... Ikke så ofte.....
Vanligvis Ikke i det hele tatt
- 42 Jeg føler meg som om alt går langsommere
- Nesten hele tiden Fra tid til annen
Svært ofte Ikke i det hele tatt
- 43 Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen
- Ikke i det hele tatt..... Ganske ofte.....
Fra tid til annen Svært ofte.....
- 44 Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut
- Ja, har sluttet å bry meg Kan hende ikke nok
Ikke som jeg burde Bryr meg som før
- 45 Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv
- Uten tvil svært mye Ikke så veldig mye
Ganske mye..... Ikke i det hele tatt

T

- 46 Jeg ser med glede fram til hendelser og ting
- Like mye som før Avgjort mindre enn før
Heller mindre enn før Nesten ikke i hele tatt.
- 47 Jeg kan plutselig få en følelse av panikk
- Uten tvil svært ofte Ikke så veldig ofte
Ganske ofte Ikke i det hele tatt
- 48 Jeg kan glede meg over gode bøker, radio/TV
- Ofte Ikke så ofte.....
Fra tid til annen..... Svært sjelden

SØVN

- 49 Hvor ofte har det hendt i løpet av de siste 3 måneder at du:
- | | Aldri/
sjelden | Av
og til | Flere
ggr/
uka |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Snorker høyt og sjenerende? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Får pustestopp når du sover? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har vanskelig for å sovne om kvelden?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner gjentatte ganger om natta?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner for tidlig og får ikke sove igjen?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kjenner deg søvning om dagen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har plagsom nattesvette? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner med hodepine?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Får ubehag, kribling eller muring i bein? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALKOHOL

Hvis du ikke drikker alkohol, gå til spørsmål 54.

- 50 Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt? Ja Nei
- 51 Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din? Ja Nei
- 52 Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din? Ja Nei
- 53 Har det å ta en drink noen gang vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppkvikker? Ja Nei

KOSTHOLD

- 54 Hvor mange skiver brød spiser du vanligvis?
(Sett ett kryss for hver type brød)

| | 0-4 /uke | 5-7 /uke | 2-3 /dag | 4-5 /dag | 6 el flere /dag |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Loff/fint brød | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kneipp/mellomgrovt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grovt brød | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 55 Hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene?
(Sett ett kryss pr. måltid)

| | Sjelden /aldri | 1-2 g /uke | 3-4 g /uke | 5-6 g /uke | Hver dag |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Frokost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Formiddagsmat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varm middag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kveldsmat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annet måltid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nattmat (kl 24-06) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 56 Hva slags fett bruker du oftest?
(Sett ett kryss pr. linje)

| | Meieri- smør | Margarin | | Oljer | Bruker ikke |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Hard | Myk /lett | | |
| På brød | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I matlaging | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TANNHELSE

- 57 Har du de siste 12 måneder vært hos tannlege/tannhelsetjeneste? Ja Nei

- 58 Hvordan vurderer du tannhelsen di?

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Meget dårlig | <input type="checkbox"/> | God | <input type="checkbox"/> |
| Dårlig | <input type="checkbox"/> | Meget god | <input type="checkbox"/> |
| Verken god eller dårlig ... | <input type="checkbox"/> | | |

- 59 Hva betyr god tannhelse for helsa di ellers?

| | | | |
|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Svært mye | <input type="checkbox"/> | Lite | <input type="checkbox"/> |
| Mye | <input type="checkbox"/> | Svært lite | <input type="checkbox"/> |
| Både og | <input type="checkbox"/> | | |

BRUK AV RESEPTFRIE MEDISINER

- 60 Hvor ofte har du brukt reseptfrie medisiner mot følgende plager i løpet av den siste måneden?
(Sett ett kryss pr. linje)

| | Sjelden /aldri | 1-3 g /uke | 4-6 g /uke | Dag- lig |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Halsbrann/sure oppstøt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treg mage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hodepine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Smerter i muskler/ledd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 61 Har du brukt noen av disse reseptfrie medisiner minst en gang i uka i løpet av den siste måneden?

| | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Paracetamol, Paracet, Panodil, Pamol, Pinex, Perfalgan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Albyl E (500 mg), Aspirin, Globoid, Dispril | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ibuprofen, Ibox, Ibuprox, Ibumetin, Brufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Naproxen, Naprosyn, Ledox | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HVORDAN FØLER DU DEG NÅ

- 62 Føler du deg stort sett sterk og opplagt, eller trøtt og sliten?

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Meget sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> |
| Sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> |
| Ganske sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> |
| Både – og | <input type="checkbox"/> |
| Ganske trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |
| Trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |
| Svært trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |

SVANGERSKAP OG PREVENSJON

- 63 Når du ser bort fra svangerskap og barselperiode, har du noen gang vært blødningsfri i minst 6 måneder? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor mange ganger? ganger

- 64 Hvor mange ganger har du i alt vært gravid? ganger

- 65 Har du noen gang prøvd i mer enn ett år å bli gravid? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor gammel var du første gang du hadde problemer med å bli gravid? år gammel

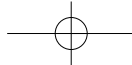
- 66 Bruker du eller har du brukt:
(Sett ett kryss pr. linje)
- | | Nå | Før,
ikke
nå | Aldri |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| P-piller? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P-plaster? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen hormonprevensjon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- (P-sprøyte, P-ring, P-implantat, hormonspiral)

- 67 Hvis du har brukt P-piller:

Hvor gammel var du første gang du begynte med dette? år gammel

Hvor mange år har du i alt brukt P-piller?

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Mindre enn 1 år | <input type="checkbox"/> | 4-10 år | <input type="checkbox"/> |
| 1-3 år | <input type="checkbox"/> | Over 10 år | <input type="checkbox"/> |



URINVEIER

- 68 Har du ufrivillig urinlekkasje? Ja Nei
Hvis nei, gå til spørsmål 72.

Hvis ja:

Hvor ofte har du urinlekkasje?

- Mindre enn 1 gang pr. mnd
En eller flere ganger pr. mnd
En eller flere ganger pr. uke
Hver dag og/eller natt

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang?

- Dråper Større mengder
Små skvetter

- 69 Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter eller tunge løft? Ja Nei

- 70 Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatingstrang? Ja Nei

71 Hvordan opplever du lekkasjeplagene dine?

- Ikke noe problem Mye plaget
En liten plage Svært stort problem ...
En del plaget

ARBEID

72 Er arbeidet ditt så fysisk anstrengende at du ofte er sliten i kroppen etter en arbeidsdag? (Sett ett kryss)

- Ja, nesten alltid Ganske sjelden
Ganske ofte Aldri, eller nesten aldri

73 Krever arbeidet ditt så mye konsentrasjon og oppmerksomhet at du ofte føler deg utslitt etter en arbeidsdag? (Sett ett kryss)

- Ja nesten alltid Ganske sjelden
Ganske ofte Aldri, eller nesten aldri

74 Hvordan trives du alt i alt med arbeidet ditt? (Sett ett kryss)

- Veldig godt Ikke særlig godt
Godt Dårlig

FØLELSE SISTE 14 DAGER

75 Har du vært plaget av noe av dette de siste 14 dager? (Sett ett kryss pr. linje)

- | | Ikke plaget | Litt plaget | Ganske plaget | Veldig plaget |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vært stadig redd og engstelig?.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følt deg anspent eller urolig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følt håpløshet når du tenker på framtida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følt deg nedfor og trist?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekymret deg for mye om forskjellige ting?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LIVSHENDELSER

76 Har du opplevd noe av følgende de siste 10 år? (Sett ett kryss pr. linje)

- | | Nei | Siste 12 mnd | Ja, tidligere |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatt økonomiske problemer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatt problemer eller konflikter med familie eller venner?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatt store problemer i kjærlighetslivet?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vært alvorlig syk eller skadet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatt alvorlig sykdom eller skade blant dine nærmeste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SPISEVANER

77 Nedenfor er en liste over ting som gjelder spisevaner. Kryss av for hva som passer deg. (Sett ett kryss pr. linje)

- | | Aldri | Sjelden | Ofte | Alltid |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg bruker for mye tid til å tenke på mat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler at maten kontrollerer livet mitt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Når jeg spiser, skjærer jeg maten opp i små biter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg bruker lengre tid enn andre på et måltid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eldre mennesker synes at jeg er for tynn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler at andre presser meg til å spise..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg kaster opp etter at jeg har spist..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PENGESPILL

78 Har du noensinne følt behov for å spille med stadig økte pengebeløp? Ja Nei

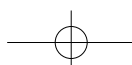
79 Har du noensinne måttet lyve for personer som er viktige for deg om hvor mye du har spilt for? Ja Nei

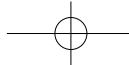
NB!

Det utfylte skjemaet returneres i den vedlagte svarkonvolutten. Porto er betalt.



Takk for hjelpa!





Kjære HUNT-deltaker

Takk for at du møtte til Helseundersøkelsen. Vi vil også be deg om å fylle ut dette spørreskjemaet. Noen av spørsmålene likner de som du har svart på før, men det er viktig at du allikevel besvarer alt. Opplysningene blir brukt til forskning og forebyggende helsearbeid. Forskere vil kun ha tilgang til aidentifiserte data, det vil si at opplysningene ikke kan spores tilbake til en enkeltperson.

Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er derfor viktig at du krysser av riktig: Rett Galt
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.

Dato for utfylling: / 20
Dag Måned År

Vennligst fyll ut skjemaet, og post det snarest mulig.
Porto er betalt.

Menn 20 - 29 år

En time for bedre folkehelse

BOLIGFORHOLD OG VENNER

- 1 Hvem bor du sammen med?
(Sett ett eller flere kryss)

Ingen Andre personer over 18 år

Foreldre Personer under 18 år.....

Ektefelle/samboer..... Antall under 18 år ..

- 2 Er det kjæledyr i boligen?

Ja, katt.....

Nei..... Ja, hund.....

Ja, andre pelsdyr/fugl.....

- 3 Har du venner som kan gi deg hjelp når du trenger det?

Ja Nei

- 4 Har du venner som du kan snakke fortrolig med?

Ja Nei

DITT NÆRMILJØ, DVS. NABOLAGET/GRENDA

- 5 Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her
(Sett ett kryss)

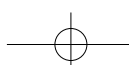
Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

- 6 Man kan ikke stole på hverandre her (Sett ett kryss)

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

- 7 Folk trives godt her (Sett ett kryss)

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig



AKTIVITET

8 Hvordan har din fysiske aktivitet i fritida vært det siste året? (Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsvei regnes som fritid.)

| | Timer pr. uke | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ingen | Under 1 | 1-2 | 3 el. mer |
| Lettt aktivitet (ikke svett/andpusten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9 Hvor lang tid bruker du til sammen daglig foran dataskjerm? (Sett 0 hvis du ikke bruker data)

I arbeid timer I fritid timer

10 Hvor mange timer ser du på TV/video/DVD daglig?

Mindre enn 1 time 4-6 timer
1-3 timer Mer enn 6 timer

KULTUR/LIVSSYNN

11 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i: (Sett ett kryss pr. linje)

| | Mer enn 3g /mnd | 1-3g /mnd | 1-6g siste 6 mnd | Aldri |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Museum, kunstutstilling..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konsert, teater, kino..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kirke, bedehus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Idrettsarrangement..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder selv drevet med: (Sett ett kryss pr. linje)

| | Mer enn 1g /uke | 1g /uke | 1-3g /mnd | 1-5g siste 6 mnd | Ingen gang |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Foreningsvirksomhet ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Musikk, sang, teater..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menighetsarbeid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Friluftsliv..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trening, idrett..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13 Hvilket livssyn vil du si ligger nærmest opp til ditt eget? (Sett ett kryss)

Kristent livssyn Ateistisk livssyn
Humanetisk livssyn Annet livssyn

14 Når det skjer vonde ting i livet mitt, tenker jeg: "det er ei mening med det".

Ja..... Nei Vet ikke.....

15 Jeg søker hjelp hos Gud når jeg trenger styrke og trøst.

Aldri Av og til Ofte

PERSONLIGHET

16 Beskriv deg selv slik du vanligvis er:

| | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Klarer du å få fart i et selskap?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du stort sett stille og tilbakeholden når du er sammen med andre?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liker du å treffe nye mennesker?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liker du å ha masse liv og røre rundt deg?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du forholdsvis livlig?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tar du vanligvis selv initiativet for å få nye venner?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du ofte bekymret?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blir dine følelser lett såret?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hender det ofte at du "går trøtt"?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plages du av "nerver"?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du ofte følt deg trøtt og likeglad uten grunn?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekymrer du deg for at fryktelige ting kan skje?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HODEPINE

17 Har du vært plaget av hodepine det siste året?

Ja Nei

Hvis nei, gå til spørsmål 24.

Hvis ja: Migrene.....
Hva slags hodepine: Annen hodepine.....

18 Omtrent antall dager pr. måned med hodepine:

Mindre enn 1 dag 7-14 dager.....
1-6 dager Mer enn 14 dager.....

19 Hvor sterk er hodepina vanligvis?

Mild (hemmer ikke aktivitet)
Moderat (hemmer aktivitet)
Sterk (forhindrer aktivitet).....

20 Hvor lenge varer hodepina vanligvis?

Mindre enn 4 timer 1-3 døgn.....
4 timer – 1 døgn..... Mer enn 3 døgn.....

21 Er hodepina vanligvis preget av eller ledsaget av: (Sett ett kryss pr. linje)

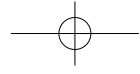
| | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Bankende/dunkende smerte?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pressende smerte?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ensidig smerte (høyre eller venstre)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forverring ved moderat fysisk aktivitet?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kvalme og/eller oppkast?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lys- og lydskjyhet?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22 Før eller under hodepina; kan du ha forbigående: (Sett ett kryss pr. linje)

| | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Synsforstyrrelse? (takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nummenhet i halve ansiktet eller i handa?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23 Angi hvor mange dager du har vært borte fra arbeid eller skole siste måned på grunn av hodepine:

dager



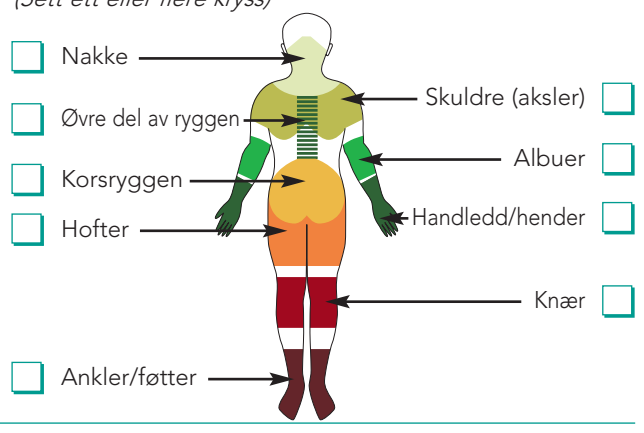
LUFTVEIER

- 24 Hoster du daglig i perioder av året? Ja Nei
Hvis ja:
 Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt? Ja Nei
 Har du hatt hoste med oppspytt, i minst 3 måneder, sammenhengende i hvert av de to siste åra? Ja Nei
- 25 Har du, eller har du hatt, høysnue eller neseallergi? Ja Nei
Hvis ja:
 Har du hatt slike plager i løpet av de siste 12 måneder? Ja Nei
- 26 Har du i løpet av de siste 12 måneder blitt vekket av anfall med tung pust? Ja Nei

MUSKLER OG LEDD

- 27 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 nei, gå til spørsmål 30.

Hvis ja:
 Hvor har du hatt disse plagene?
 (Sett ett eller flere kryss)



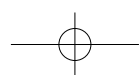
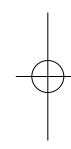
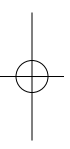
- 28 Har du vært plaget både i høyre og venstre kroppshalvdel? Ja Nei
- 29 Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter?
 I arbeid..... Ja Nei
 I fritid..... Ja Nei
- 30 Er du operert for ryggplager? Ja Nei
Hvis ja: Hvilken type operasjon?
 Prolaps/ischias-operasjon Annet.....
 Avstivning

STOFFSKIFTE

- 31 Har du noen gang fått påvist for lavt stoffskifte (hypothyreose)? Ja Nei
 Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang?
 Eksempel: år gammel
- 32 Har du noen gang fått påvist for høyt stoffskifte (hypertyreose)? Ja Nei
 Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang?
 Eksempel: år gammel
- Hvis ja:**
 Har du brukt Neo-Mercazole? Ja Nei år gammel
 Har du fått radiojodbehandling? Ja Nei år gammel

MAGE OG TARM

- 33 Har du vært plaget med smerter eller ubehag fra magen de siste 12 måneder?
 Ja, mye... Ja, litt.. Nei, aldri..
Hvis nei, gå til spørsmål 34.
- Hvis ja:**
- Er disse lokalisert øverst i magen?..... Ja Nei
 Har du de siste 3 måneder hatt disse plagene så ofte som 1 dag i uka i minst 3 uker?..... Ja Nei
 Bli smertene eller ubehaget bedre etter at du har hatt avføring?..... Ja Nei
 Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med hyppigere eller sjeldnere avføring enn vanlig? Ja Nei
 Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med at avføringen blir løsere eller fastere enn vanlig?..... Ja Nei
 Kommer smertene eller ubehaget etter måltid? Ja Nei
- 34 I hvilken grad har du hatt følgende plager i de siste 12 måneder?
- | | Aldri | Litt | Mye |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kvalme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsbrann/sure oppstøt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diaré..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treg mage..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vekslende treg mage og diaré..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oppblåsthet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



HVORDAN FØLER DU DEG

Her kommer noen utsagn om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser den siste uken. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

- 35** Jeg føler meg nervøs og urolig
- Nei..... En god del
Litt..... Svært mye
- 36** Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før
- Avgjort like mye Bare lite grann
Ikke fullt så mye Ikke i det hele tatt
- 37** Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje
- Ja, og noe svært ille Litt, bekymrer meg lite
Ja, ikke så veldig ille..... Ikke i det hele tatt
- 38** Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner
- Like mye nå som før Avgjort ikke som før....
Ikke like mye nå som før. Ikke i det hele tatt
- 39** Jeg har hodet fullt av bekymringer
- Veldig ofte Av og til.....
Ganske ofte En gang i blant
- 40** Jeg er i godt humør
- Aldri..... Ganske ofte.....
Noen ganger..... For det meste
- 41** Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet
- Ja, helt klart..... Ikke så ofte.....
Vanligvis Ikke i det hele tatt
- 42** Jeg føler meg som om alt går langsommere
- Nesten hele tiden Fra tid til annen
Svært ofte Ikke i det hele tatt
- 43** Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen
- Ikke i det hele tatt..... Ganske ofte.....
Fra tid til annen..... Svært ofte.....
- 44** Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut
- Ja, har sluttet å bry meg Kan hende ikke nok
Ikke som jeg burde..... Bryr meg som før
- 45** Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv
- Uten tvil svært mye Ikke så veldig mye
Ganske mye..... Ikke i det hele tatt

T

- 46** Jeg ser med glede fram til hendelser og ting
- Like mye som før Avgjort mindre enn før
Heller mindre enn før Nesten ikke i hele tatt.
- 47** Jeg kan plutselig få en følelse av panikk
- Uten tvil svært ofte Ikke så veldig ofte
Ganske ofte Ikke i det hele tatt
- 48** Jeg kan glede meg over gode bøker, radio/TV
- Ofte Ikke så ofte.....
Fra tid til annen..... Svært sjelden

SØVN

- 49** Hvor ofte har det hendt i løpet av de siste 3 måneder at du:
- | | Aldri/
sjelden | Av
og til | Flere
ggr/
uka |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Snorker høyt og sjenerende?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Får pustestopp når du sover?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har vanskelig for å sovne om kvelden?.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner gjentatte ganger om natta?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner for tidlig og får ikke sove igjen?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kjenner deg søvngig om dagen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har plagsom nattesvette?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner med hodepine?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Får ubehag, kribling eller muring i bein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALKOHOL

Hvis du ikke drikker alkohol, gå til spørsmål 54.

- 50** Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt? Ja Nei
-
- 51** Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din? Ja Nei
-
- 52** Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din? Ja Nei
-
- 53** Har det å ta en drink noen gang vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppvikker? Ja Nei
-

KOSTHOLD

54 Hvor mange skiver brød spiser du vanligvis?
(Sett ett kryss for hver type brød)

| | 0-4 /uke | 5-7 /uke | 2-3 /dag | 4-5 /dag | 6 el flere /dag |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Loff/fint brød | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kneipp/mellomgrovt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grovt brød | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

55 Hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene?
(Sett ett kryss pr. måltid)

| | Sjelden /aldri | 1-2 g /uke | 3-4 g /uke | 5-6 g /uke | Hver dag |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Frokost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Formiddagsmat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varm middag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kveldsmat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annet måltid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nattmat (kl 24-06) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

56 Hva slags fett bruker du oftest?
(Sett ett kryss pr. linje)

| | Meieri-smør | Margarin | | Oljer | Bruker ikke |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Hard | Myk /lett | | |
| På brød | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I matlaging | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TANNHELSE

57 Har du de siste 12 måneder vært hos tannlege/tannhelsetjeneste? Ja Nei

58 Hvordan vurderer du tannhelsen di?

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Meget dårlig | <input type="checkbox"/> | God | <input type="checkbox"/> |
| Dårlig | <input type="checkbox"/> | Meget god | <input type="checkbox"/> |
| Verken god eller dårlig... | <input type="checkbox"/> | | |

59 Hva betyr god tannhelse for helsa di ellers?

| | | | |
|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Svært mye | <input type="checkbox"/> | Lite | <input type="checkbox"/> |
| Mye | <input type="checkbox"/> | Svært lite | <input type="checkbox"/> |
| Både og | <input type="checkbox"/> | | |

BRUK AV RESEPTFRIE MEDISINER

60 Hvor ofte har du brukt reseptfrie medisiner mot følgende plager i løpet av den siste måneden?
(Sett ett kryss pr. linje)

| | Sjelden /aldri | 1-3 g /uke | 4-6 g /uke | Daglig |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Halsbrann/sure oppstøt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treg mage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hodepine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Smerter i muskler/ledd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

T

61 Har du brukt noen av disse reseptfrie medisiner minst en gang i uka i løpet av den siste måneden?

| | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Paracetamol, Paracet, Panodil, Pamol, Pinex, Perfalgan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Albyl E (500 mg), Aspirin, Globoid, Dispril | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ibuprofen, Ibux, Ibuprox, Ibumetin, Brufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Naproxen, Naprosyn, Ledox | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HVORDAN FØLER DU DEG NÅ

62 Føler du deg stort sett sterk og opplagt, eller trøtt og sliten?

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Meget sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> |
| Sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> |
| Ganske sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> |
| Både – og | <input type="checkbox"/> |
| Ganske trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |
| Trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |
| Svært trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |

ARBEID

63 Er arbeidet ditt så fysisk anstrengende at du ofte er sliten i kroppen etter en arbeidsdag?
(Sett ett kryss)

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Ja, nesten alltid | <input type="checkbox"/> | Ganske sjelden | <input type="checkbox"/> |
| Ganske ofte | <input type="checkbox"/> | Aldri, eller nesten aldri | <input type="checkbox"/> |

64 Krever arbeidet ditt så mye konsentrasjon og oppmerksomhet at du ofte føler deg utslitt etter en arbeidsdag? (Sett ett kryss)

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Ja, nesten alltid | <input type="checkbox"/> | Ganske sjelden | <input type="checkbox"/> |
| Ganske ofte | <input type="checkbox"/> | Aldri, eller nesten aldri | <input type="checkbox"/> |

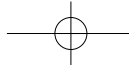
65 Hvordan trives du alt i alt med arbeidet ditt?
(Sett ett kryss)

| | | | |
|-------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Veldig godt | <input type="checkbox"/> | Ikke særlig godt | <input type="checkbox"/> |
| Godt | <input type="checkbox"/> | Dårlig | <input type="checkbox"/> |

FØLELSE SISTE 14 DAGER

66 Har du vært plaget av noe av dette de siste 14 dager? (Sett ett kryss pr. linje)

| | Ikke plaget | Litt plaget | Ganske plaget | Veldig plaget |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vært stadig redd og engstelig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følt deg anspent eller urolig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følt håpløshet når du tenker på framtida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følt deg nedfor og trist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekymret deg for mye om forskjellige ting? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



LIVSHENDELSER

67 Har du opplevd noe av følgende de siste 10 år?

(Sett ett kryss pr. linje)

| | Nei | Siste 12 mnd | Ja, tidli- gere |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatt økonomiske problemer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatt problemer eller konflikter med familie eller venner?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatt store problemer i kjærlighetslivet?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vært alvorlig syk eller skadet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatt alvorlig sykdom eller skade blant dine nærmeste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SPISEVANER

68 Nedenfor er en liste over ting som gjelder spisevaner. Kryss av for hva som passer deg.

(Sett ett kryss pr. linje)

| | Aldri | Sjelden | Ofte | Alltid |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg bruker for mye tid til å tenke på mat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler at maten kontrollerer livet mitt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Når jeg spiser, skjærer jeg maten opp i små biter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg bruker lengre tid enn andre på et måltid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eldre mennesker synes at jeg er for tynn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler at andre presser meg til å spise..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg kaster opp etter at jeg har spist..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PENGESPILL

69 Har du noensinne følt behov for å spille med stadig økte pengebeløp? Ja Nei

70 Har du noensinne måttet lyve for personer som er viktige for deg om hvor mye du har spilt for? Ja Nei

NB!

Det utfylte skjemaet returneres i den vedlagte svarconvolutten. Porto er betalt.



Takk for hjelpa!

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK midt

Til:

Kjell Terje Gundersen
kjell.t.gundersen@hint.no

kjell.t.gundersen@hint.no

Dokumentreferanse: 2010/35-2

Dokumentdato: 19.02.2010

ASSOSIASJONER MELLOM FRILUFTSLIV, MUSKEL OG SKJELETTPLAGER OG LIVSKVALITET HOS INDIVIDER I ALDERSGRUPPEN 20-29 ÅR. INFORMASJON OM VEDTAK

Prosjektleders prosjekttale: Helseplager på grunn av inaktivitet og generelt lavt fysisk aktivitetsnivå er etter hvert blitt utbredt i befolkningen. Dette prosjektet har som formål å se på eventuelle assosiasjoner mellom fysisk aktivitet i form av friluftsliv, muskel og skjelettplager og livskvalitet. Mye tyder på at fysisk aktivitet virker positivt inn på muskel og skjelettplager, men vi vet veldig lite om, og i så fall hvordan friluftsliv påvirker slike plager. Ved å ta i bruk data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3) vil vi være i stand til å se nærmere på sammenhengen mellom bruken av friluftsliv, grad av muskel og skjelettplager, og opplevd livskvalitet. En populasjonsundersøkelse som HUNT 3 vil gi oss gode forutsetninger for å lete etter eventuelle sammenhenger, samtidig som vi ved hjelp av demografiske variabler kan avdekke eventuelle kjønns og aldersforskjeller. I tillegg vil det bli kontrollert om bakgrunnsvariabler som bosituasjon og sivil status påvirker livskvalitet.

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 og helseforskningsloven § 10 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 29. januar 2010 med følgende vilkår og vurdering:

Merknad:

Komiteen har ingen merknader til prosjektet som er beskrevet, og finner at det ligger klart innenfor de rammer som er lagt for Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og innenfor det samtykke som deltakerne har gitt til bruk av dette materialet.

Vilkår:

Prosjektleder skal sende sluttmelding til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.

Vedtak:

"Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge godkjenner at prosjektet gjennomføres med de vilkår som er gitt."

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. hfl. § 10 og fv1. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av fv1. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen

Sven Erik Gisvold
Leder i komiteen

Arild Hals
Kontorsjef, REK Midt-Norge