



Studie om hälsa hos kvinnor

- Använd en svart eller blå kulspetspenna.
- Om Du vill ändra Ditt svar fyll den felaktigt ikryssade rutan helt och kryssa därefter i rätt ruta.
- Fyll gärna i enkäten tillsammans med någon.

 Personnummer -

DIN HÄLSA

1. Hur mår Du i allmänhet nuförtiden?

	Mycket God	God	Sådär	Dåligt dålig	Mycket
Hur är Din hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur är Ditt minne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur är Din kondition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur är Din matlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur är Ditt humör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur är Din energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Har Du eller har Du haft något av följande tillstånd?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> Allergi | <input type="checkbox"/> Migrän | <input type="checkbox"/> Njursten |
| <input type="checkbox"/> Högt kolesterol | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Värk i leder | <input type="checkbox"/> Gallsten |
| <input type="checkbox"/> Kärlkramp | <input type="checkbox"/> KOL (kronisk lungsjukdom) | <input type="checkbox"/> Ledgångsreumatism | <input type="checkbox"/> Magkatarr |
| <input type="checkbox"/> Fönstertittarsjuka | <input type="checkbox"/> Kronisk bronkit | <input type="checkbox"/> Parkinsons sjukdom | <input type="checkbox"/> Ulcerös kolit |
| <input type="checkbox"/> Hjärtsvikt | <input type="checkbox"/> Hösnuva | <input type="checkbox"/> MS (multipel skleros) | <input type="checkbox"/> IBS / kolon irritabile |
| <input type="checkbox"/> Yrsel | <input type="checkbox"/> Pollenallergi | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Crohns sjukdom |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Endometrios | <input type="checkbox"/> Eksem | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Benskörhet | <input type="checkbox"/> Svårare klimakteriebesvär | <input type="checkbox"/> Böjveckseksem (som barn) | <input type="checkbox"/> Grön starr (glaukom)
(ej grå starr) |

3. Har Du diabetes?

- Nej Ja, den upptäcktes vid _____ års ålder och som behandling har jag nu
 Insulin
 Tabletter
 Kostråd

4. Du som **inte** äter blodtrycksmedicin, har Ditt blodtryck kontrollerats under de **senaste tre åren**?

- Nej Ja, mitt blodtryck har kontrollerats och
 Det var för lågt Det var normalt
 Det var lindrigt förhöjt Det var ordentligt förhöjt

5. Vad har Du för kroppsmått? *Ange endast hela tal*

Längd _____ cm Vikt _____ kg Midja _____ cm Höft _____ cm

6. Vid vilken ålder kom Du i klimakteriet? Vid _____ års ålder.

7. Hur många läkarbesök har Du varit på de **senaste 12 månaderna**? _____ besök

8. Hur är Din livssyn vanligtvis? Mycket positiv Positiv Negativ Mycket negativ

TANDHÄLSA

9. Har Du...

- | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|----------|
| kvar alla Dina tänder (utöver visdomständer)? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | |
| dragit ut / tappat tänder (utöver visdomständer) i vuxen ålder? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ st |
| hel- eller delatandprotes (räkna inte med fast brygga eller implantat)? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | |
| märkt att det blöder i tandköttet då Du borstar tänderna? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | |
| drabbats av parodontit / tandlossning? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | |
| problem med muntorrhet? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | |
| problem med att tugga? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | |

VÄRK OCH SMÄRTA

10. Har Du vid förvärvsarbete eller sysslor i hemmet, under de **senaste 12 månaderna**, haft ont i
ryggen Nej Ja skuldrorna Nej Ja nacken Nej Ja
11. Har Du i mer än **3 månader under de senaste 12 månaderna** haft ont i
knäet / knäna Nej Ja höften Nej Ja
12. Har Du någon gång gått igenom någon av följande operationer
menisk Nej Ja konstgjord led i knäet Nej Ja
ledbandsskada i knäet Nej Ja konstgjord led i höften Nej Ja

MEDICINER

13. Har Du **regelbundet** eller **periodvis** använt några av följande mediciner?
Kortison i tablettform eller inhalation Nej Ja → totalt under _____ år
Magnecycl, Bamyl, Treo, Nej Ja, _____ tabletter/vecka under mindre än 10år 10-20år mer än 20år
Aspirin, Albyl, Trombyl
Alvedon, Panodil, Reliv, Nej Ja, _____ tabletter/vecka under mindre än 10år 10-20år mer än 20år
Citodon
Ipren, Diklofenak, Nej Ja, _____ tabletter/vecka under mindre än 10år 10-20år mer än 20år
Voltaren, Ibumetin, Naproxen
14. Har Du använt antibiotika under de **senaste 10 åren**? Nej
 Ja → mindre än 1 kur/år 1 kur/år 2-3 kurer/år mer än 3 kurer/år
15. Har Du använt östrogentillskott? Nej, jag har aldrig använt någon typ av östrogen.
 Ja, jag har tagit östrogentillskott i mindre än 5år 5-10år mer än 10år
som kräm / vagitorier tabletter plåster

SYN, HÖRSEL OCH BALANS

16. Är Du opererad för grå starr? Nej Ja → När jag var _____ år
17. Använder Du hörapparat? Nej Ja → I vilken ålder började Du med hörapparat?
 före 30 30-40 40-50 50-60 60-70 70-80 efter 80
18. Har Du bra smaksinne? Ja Nej → I vilken ålder försämrades Ditt smaksinne?
 före 30 30-40 40-50 50-60 60-70 70-80 efter 80
19. Har Du bra balans? Ja Nej → I vilken ålder försämrades Din balans?
 före 30 30-40 40-50 50-60 60-70 70-80 efter 80
20. Har Du fallit / ramlat någon gång under de **senaste 12 månaderna**? Nej Ja, _____ gånger.

SÖMNVANOR

21. Hur lång sömn behöver Du **per dygn**? _____ timmar Hur länge sover Du **per natt** i genomsnitt? _____ timmar
22. Hur dags brukar Du somna? kl. _____ Hur dags brukar Du vakna? kl. _____
Brukar Du **regelbundet** ta en tupplur? Nej Ja → från kl. _____ till kl. _____ på dagen
23. Hur tycker Du att Du sover på det hela taget?
 Mycket bra Ganska bra Varken bra eller dåligt Ganska dåligt Mycket dåligt
24. Har Du haft känningar av följande besvär de **senaste tre månaderna**?
- | | Aldrig | Sällan | Ofta | För det mesta | Alltid |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svårigheter att somna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Upprepade uppvaknanden med svårigheter att somna om | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| För tidigt uppvaknande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Störd / orolig sömn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sömnapné / andningsuppehåll | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Snarkat så att det stör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
25. Har Du, under Ditt arbetsliv, haft arbetstider som medfört att Du arbetat natt åtminstone några gånger i månaden?
 Nej Ja, det har jag gjort under _____ år.

TOALETTVANOR

26. Frågorna avser hur vattenkastningen varit under den **senaste månaden**.

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
Upplever Du symptom från nedre urinvägarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplever Du att Du kissar ofta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du stark känsla av urinträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplever Du urinläckage vid trängningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läcker det urin vid fysisk ansträngning/hosta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läcker det urin utan relation till aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läcker det urin droppvis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läcker det stora mängder urin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går Du upp på natten för att kissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplever Du svårigheter med att tömma blåsan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan det kännas som att blåsan inte är tömd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan det göra ont när Du kissar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Hur ofta behöver Du vanligtvis kasta vatten på natten? Aldrig 1 gång 2 ggr 3 ggr 4 ggr 5+

28. Har Du haft urinvägsinfektion / urinstämma? Aldrig 1 gång 2 ggr 3 ggr 4 ggr 5+

29. Om Du var tvungen att leva med vattenkastningen som den är i dag, hur skulle det kännas?

	Mycket bra	Bra	Acceptabelt	Varken bra eller dåligt	Mycket dåligt	Ganska dåligt	Fruktansvärt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Har Du tarmtömning **varje dag**? Ja Nej, det dröjer _____ dag(ar) mellan gångerna

31. Har Du tarmtömning **flera gånger per dag**? Ja Nej

32. Hur ofta upplever Du svårigheter att tömma tarmen?

Aldrig mindre än 1 ggr/vecka 1-6 ggr/vecka Alltid

33. Har Du / har Du haft avföringsläckage? Nej Ja, har haft det tidigare Ja, har det nu

DIN FAMILJS HÄLSA

34. Har någon av Dina föräldrar eller syskon haft:

	Nej	Ja, mor	Ja, far	Ja, syskon	Vet ej
Bröstcancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostatacancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjocktarmscancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledgångsreumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt före 60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Hur gamla blev Dina föräldrar?

Mor blev _____ år gammal Mor lever fortfarande Far blev _____ år gammal Far lever fortfarande

STRESS

36. Med stress menar vi att man känner sig spänd, retlig, nervös, ångestfylld eller har svårigheter med sömnen på grund av förhållanden i arbetet eller i privatlivet (tex. känslor av sorg eller maktlöshet)

	I privatlivet	På arbetet
Jag har aldrig upplevt stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har upplevt någon stressperiod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har upplevt någon stressperiod senaste 5 åren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har upplevt flera stressperioder senaste 5 åren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har upplevt ständig stress senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har upplevt ständig stress de senaste 5 åren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har haft många längre perioder av stress i mitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Hur ofta känner Du stark ilska?

_____ gånger per dag _____ gånger per vecka sällan aldrig

HUR STÅR DET TILL?

38. Hur har Du mått den **senaste veckan**?

Alltid/
nästan
hela tiden

Ofta/
ganska
ofta

Ibland /
ganska
sällan

Aldrig/
nästan
aldrig

Jag har känt att jag kan klara av allvarliga problem eller större förändringar i mitt liv

Jag har känt mig lugn och avspänd

Jag har känt mig energisk, aktiv eller företagsam

När jag har vaknat upp har jag känt mig pigg och utvilad

Jag har känt mig lycklig eller nöjd och belåten med mitt personliga liv

Jag har känt mig ledsen och nere

Jag känner mig tillfreds med min livssituation

Jag lever det slags liv jag vill leva

Jag har varit pigg på att ta itu med dagens arbete eller fatta nya beslut

Jag har känt att livet är fullt av intressanta saker

FAMILJ, VÄNNER OCH BEKANTA

39. Hur många människor, med samma intressen som Du, känner Du och har kontakt med? Både i arbetet och på fritiden.

Ingen 1-2 3-5 6-10 11-15 Mer än 15

40. Hur många människor, som Du känner, träffar Du eller samtalar Du med under en vanlig vecka? Räkna inte dem som Du bara träffar tillfälligt.

Ingen 1-2 3-5 6-10 11-15 Mer än 15

41. Hur många vänner har Du som kan komma hem till Dig när som helst och känna sig som hemma? De skulle inte bry sig om att det var ostädad eller om Du höll på att äta. Räkna inte nära släktingar.

Ingen 1-2 3-5 6-10 11-15 Mer än 15

42. Hur många finns det, i Din familj eller bland Dina vänner, som Du kan tala öppet med?

Ingen 1-2 3-5 6-10 11-15 Mer än 15

43. Hur många människor finns det i Din omgivning som Du lätt kan be om saker? Människor som Du känner så väl att Du kan låna verktyg eller köks saker av?

Ingen 1-2 3-5 6-10 11-15 Mer än 15

44. Bortsett från dem där hemma, hur många finns det som Du kan vända Dig till om Du kommer i svårigheter? Någon som Du lätt kan träffa och som Du litar på och kan få verklig hjälp av när Du har det besvärligt?

Ingen 1-2 3-5 6-10 11-15 Mer än 15

ÖVRIGA FRÅGOR

45. Vilken är Din nuvarande sysselsättning?

Heltidsarbete Deltidsarbete Arbetar ej Sjukpensionär Pensionär

46. Hur bor Du nu?

Hemma Servicehus Sjukhem Särskilt äldreboende

Vi är _____ personer i hushållet. Jag bor ensam sedan _____ år tillbaka.

47. Har Du husdjur (t ex hund eller katt) hemma?

Ja Nej

48. Är Du aktiv i någon förening?

Ja Nej

Har Du haft hjälp av någon med att fylla i enkäten?

Nej Ja

Kan vi ringa till Dig om vi skulle behöva fråga om något ytterligare? Ange i så fall telefonnummer.

Telefon dagtid

Telefon kvällstid

Jag har läst bifogat informationsbrev och vill fortsätta att delta i studien.

Datum _____

Underskrift _____

Stort tack för Din medverkan!