
7.4 Hordaland Women's Cohort questionnaire (wave one)

Helseundersøkinga i Hordaland

Prosjekt om vanlege kvinneplager



Prosjektleiar:

Professor Steinar Hunskaar
Seksjon for allmenntmedisin, UiB
Ulriksdal 8c, 5009 BERGEN
Tlf: 55 58 61 00

-----Dersom du ønskjer det, kan du klippe vekk namnefeltet-----

SKJ 0612

HELSE, LIVSSTIL OG MOSJON

Korleis er helsa di no? (Set berre eitt kryss)

Dårlig Ikkje heilt god God Svært god

Har du vore hos lege eller lagt på sjukehus det siste halvåret?..... JA NEI

Dersom ja, gi stikkord for grunnane (diagnose, problem)

1. grunn _____
2. grunn _____
3. grunn _____
4. grunn _____

Korleis har den fysiske aktiviteten din i fritida vore det siste året? Tenk deg eit gjennomsnitt per veke når du ser heile året under eitt. Arbeidsveg vert rekna som fritid. Svar på begge spørsmåla.

	Timar per veke			
	Ingen	Under 1	1-2	3 og meir
Lett aktivitet (ikkje sveitt/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (sveitt/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trenar du bekkenbotnen (knipøvingar) ein gong i veka eller oftare?..... JA NEI

Røykjer du sigarettar dagleg?..... JA NEI
Dersom ja, kor mange sigarettar:

Har du hatt underlivsoperasjon der livmora vart fjerna?..... JA NEI
Dersom ja, kva årstal: 19.....

Har du hatt underlivsoperasjon der eggstokkane vart fjerna?..... JA NEI
Dersom ja, kva årstal: 19.....

Kva er vekta di no?kg

Var du plaga med nattevæting etter 6-7-årsalderen?..... JA NEI

MENSTRUASJON OG OVERGANGSALDER

Har du regelfast menstuasjon?..... JA NEI

Når hadde du siste menstuasjon?.....
.....månad 19.....

Det er stor variasjon i kva plager overgangsalderen gir og når han kjem hos kvar enkelt. Har du plager som kan settast i samanheng med overgangsalderen? Og kor plaga er du? Svar med 1 kryss for kor ofte du har ei eller fleire av dei 3 symptomata nedanfor, og set 1 kryss for kor plaga du er.

SYMPTOM	KOR OFTE OPPLEVER DU DETTE?			
	Aldri/nesten aldri	Månadleg	Kvar veke	Dagleg
Hetetokter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svette/nattesvette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tørr/sår skjede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYMPTOM	KOR PLAGA ER DU?			
	Ikkje	Litt	Ein god del	Mykje
Hetetokter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svette/nattesvette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tørr/sår skjede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bruker du hormonar mot slike plager?..... JA NEI
Bruker du p-piller?..... JA NEI
Bruker du hormonspiral?..... JA NEI

Bla om!

VANNLATING

Har du dei siste 12 månadene hatt episodar med akutt svie, smerte eller ubehag ved vannlatinga?

Nei 1-2 gonger 3-5 gonger Meir enn 5 gonger

Kor ofte har du vanlegvis vannlating?

..... antal gonger i døgnet

Må du vanlegvis opp om natta på grunn av vannlating?

Nei 1 gong 2 gonger Meir enn 2 gonger

Synest du at du som oftast får tømt blæra skikkeleg ved vannlating? JA NEI

Får du urinlekkasje når du hostar eller nys, ler eller løftar tungt?

Har du urinlekkasje i samband med sterk trong til vannlating?

Har du urinlekkasje i andre samanhengar?

Kor ofte har du urinlekkasje? (Set berre eitt kryss)

Aldri eller nesten aldri
 Sjeldnare enn ein gong i månaden
 Ein eller fleire gonger i månaden
 Ein eller fleire gonger i veka
 Kvar dag og/eller natt

Kor mykje urin lek vanlegvis kvar gong?

Har ikkje lekasje Dråpar eller lite Små skvettar Større mengder

Dei 3 neste spørsmåla gjeld berre dersom du har lekkasjeplager:

Kva hjelpemiddel eller behandling bruker du eller har du brukt for lekkasjeplager? Ikkje Prøvd før Bruker no

Medisinar
 Mensbind, truseinnlegg
 Spesialbleier
 Knipøvingar
 Elektrostimulator
 Operasjon

Korleis opplever du lekkasjeplagene?

Ikkje noko problem
 Ei lita plage
 Ein del plaga
 Mykje plaga

Har du nokon gong søkt legehjelp for lekkasjeplagene? JA NEI

BRUK AV MEDISIN, NATURLEGEMIDDEL m.v.

Med medisin meiner vi her alle typar, både:

- med og utan resept, naturmedisin, vitamin og mineral
- medisin som skal sveljast, inhalerast eller injiserast, stikkpiller, salvar, kremar eller dropar.

JA NEI

Tok du noko slags middel for helsa I GÅR?

Dersom JA:

Kva for medisin tok du I GÅR? Kva var grunnen til at du tok medisinen (diagnose, sjukdom, symptom, helseeffekt)?

Set svara inn i skjemaet nedanfor, ei line for kvar medisin. Kryss av for ja om du brukar medisinen dagleg eller nesten dagleg.

Namn på medisinen (eitt namn pr. line):	Grunn til bruk av medisinen I GÅR var:	Dagleg	
		JA	NEI

Dersom det ikkje er plass nok her, kan du halde fram på eit eige ark som du legg ved skjemaet.

Dersom vi har brukt feil adresse, eller du veit at du skal endre adresse, skriv den nye adressa i ruta. Du kan òg gi oss melding i eige brev eller på telefon.

Send svarskjemaet i den frankerte konvolutten i dag.
Takk for hjelpa!

7.5 Hordaland Women's Cohort questionnaire (wave six)

Helseundersøkinga i Hordaland

Prosjekt om vanlege
kvinneplager

Prosjektleiar:

Professor Steinar Hunskaar
Seksjon for allmenntmedisin, Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31, 5018 BERGEN
Tlf: 55 58 61 00

_____ Dersom du ønskjer det, kan du klippe vekk namnefeltet _____

SKJ 2009

HELSE, LIVSSTIL OG MOSJON

Kva er alderen din no? _____ år

Korleis er helsa di no? (Sett berre eitt kryss)

Dårleg Ikkje heilt god God Svært god

Har du vore hos lege eller lagt på _____ JA NEI
sjukehus det siste året?.....

Dersom ja, gi stikkord for grunnane (diagnose, problem)

1. grunn _____
2. grunn _____
3. grunn _____
4. grunn _____

Har du vore hos "alternativ" behandlar siste året _____ JA NEI
Dersom ja, har du vore hos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunktør | <input type="checkbox"/> Homeopat |
| <input type="checkbox"/> Fotsoneoterapeut | <input type="checkbox"/> Aromaterapeut |
| <input type="checkbox"/> Kinesolog | <input type="checkbox"/> Healer |
| <input type="checkbox"/> Urtemedisinar | <input type="checkbox"/> Magnetfeltterapeut |
| <input type="checkbox"/> Andre; spesifiser _____ | |

Korleis har den fysiske aktiviteten din i fritida vore det siste året?
Tenk deg eit gjennomsnitt per veke når du ser heile året under eitt.
Arbeidsveg vert rekna som fritid. Svar på begge spørsmåla.

	Timar per veke			
	Ingen	Under 1	1-2	3 og meir
Lett aktivitet (ikkje sveitt/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (sveitt/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kva er vektta di no? _____ kg

Trenar du bekkenbotnen (knipøvingar) _____ JA NEI
ein gong i veka eller oftare?.....

Røykjer du sigarettar dagleg?.....

Dersom ja, kor mange sigarettar: _____

OVERGANGSALDER OG PREVENSJON

Har du regelmessig menstruasjon?..... JA NEI
Når hadde du siste menstruasjon? _____
månad: _____ år: _____

Det er stor variasjon i kva plager overgangsalderen gir og når han kjem hos kvar enkelt. Har du plager som kan settast i samanheng med overgangsalderen? Og kor plaga er du? Svar med 1 kryss for kor ofte du har eitt eller fleire av dei 3 symptomta nedanfor, og set 1 kryss for kor plaga du er.

SYMPTOM	KOR OFTE OPPLEVER DU DETTE?			
	Aldri/nesten aldri	Månadleg	Kvar veke	Dagleg
Hetetokter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svette/nattesvette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tørr/sår skjede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYMPTOM	KOR PLAGA ER DU?			
	Ikkje	Litt	Ein god del	Mykje
Hetetokter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svette/nattesvette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tørr/sår skjede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bruker du hormoner mot plager i overgangsalderen?

JA Brukt før NEI, aldri brukt

Kryss av for det/dei prevensjonsmidlane du nyttar.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Minipille | <input type="checkbox"/> P-sprøyte |
| <input type="checkbox"/> P-pillar | <input type="checkbox"/> Pessar |
| <input type="checkbox"/> Hormonspiral | <input type="checkbox"/> Sæddrepende krem |
| <input type="checkbox"/> Vanleg spiral | <input type="checkbox"/> Eg er sterilisert |
| <input type="checkbox"/> Kondom hos partner | <input type="checkbox"/> Partner er sterilisert |
| <input type="checkbox"/> Treng ikkje prevensjon | <input type="checkbox"/> Anna: _____ |

Hvis du bruker spiral eller prevensjonsmiddel på resept, kven går du vanlegvis til for dette?

Fastlegen Gynekolog Annan lege

Bla om!

VANNLATING

Kor ofte har du vanlegvis vannlating?

_____ antal gonger i døgnet

Må du vanlegvis opp om natta på grunn av vannlating?

Nei 1 gong 2 gonger 3 gongar Meir enn 3 gonger

Har du dei siste 12 månadene hatt episodar med akutt svie, smerte eller ubehag ved vannlatinga?

Nei 1-2 gonger 3-5 gonger Meir enn 5 gonger

Synes du at du som oftast får tømt blæra skikkeleg ved vannlating? JA NEI

Er du ofte plaga av sterk og brå vannlatingstrang? JA NEI

Opplever du urinlekkasje når du hostar, nyser, ler eller løftar tungt? JA NEI

Opplever du urinlekkasje i samband med sterk og brå trong til vannlating? JA NEI

Opplever du urinlekkasje i andre samanhengar? JA NEI

Kor ofte har du urinlekkasje? (*Sett berre ett kryss*)

Aldri eller nesten aldri.....

Sjeldnare enn ein gong i månaden

Ein eller fleire gonger i månaden

Ein eller fleire gonger i veka

Kvar dag og/eller natt

Kor mykje urin lek vanlegvis kvar gong? (*Sett berre ett kryss*)

Har ikkje lekasje Dråpar eller lite Små skvettar Større mengder

Dei neste spørsmål gjeld berre dersom du har eller har hatt lekkasjeplager:

Er du operert for urinlekkasje?..... JA NEI

Har du tidligare hatt urinlekkasje og vorte bra utan behandling?..... JA NEI

Kva hjelpemiddel eller behandling bruker du eller har du brukt for lekkasjeplager?

Ikkje Prøvd før Bruker no

Medisinar

Mensbind, truseinnlegg.....

Spesialbleier

Knipøvingar

Elektrostimulator

Korleis opplever du lekkasjeplagane?

Ikkje noko problem

Lite plaga.....

Ein del plaga

Mykje plaga

Har du nokon gong søkt legehjelp for lekkasjeplagane?..... JA NEI

BRUK AV MEDISIN, NATURLEGEMIDDEL m.v.

Tok du noko medisin for helse I GÅR? JA NEI

Med medisin meiner vi her alle typar, både:

- med og utan resept, naturmedisin, vitamin og mineral
- medisin som skal svelgjast, inhalerast eller injiserast, stikkpiller, salvar, kremar eller dropar.

Dersom JA:

Kva for medisin tok du I GÅR? Kva var grunnen til at du tok medisinen (diagnose, sykdom, symptom, helseeffekt)?

Sett svara inn i skjemaet nedanfor, ei line for kvar medisin. Kryss av for ja hvis du bruker medisinen dagleg eller nesten dagleg.

Navn på medisinen (eitt namn pr. linje):	Grunn til bruk av medisinen I GÅR var:	Dagleg	
		JA	NEI

Dersom det ikkje er plass nok her, kan du halde fram på eit eige ark som du legg ved skjemaet.

Dersom vi har brukt feil adresse, eller du veit at du skal endre adresse, skriv den nye adressa i ruta. Du kan gje oss melding i eit eige brev eller på telefon.

Send svarskjemaet i den frankerte konvolutten i dag.
Takk for hjelpa!

7.6 Hordaland Women's Cohort questionnaire in English

Helseundersøkinga i Hordaland

Prosjekt om vanlege
kvinneplager

Prosjektleiar: Professor Steinar Hunsbæk Seksjon for
allmenntmedisin, Universitetet i Bergen Kalfarveien 31,
5018 BERGEN

Tlf: 55 58 61 00

SKJ 2009

You can remove this part if you want

HEALTH, LIFE-STYLE, PHYSICAL ACTIVITY
HELSE, LIVSSTIL OG MUSJON

Date _____ year How old are you now? _____ year

How is your health now? (choose one)

Bad Not bad Good Very good

Have you visited a doctor or hospitalized since last year?

Yes No

If Yes, what was the reason (diagnose, problem)

1. reason _____

2. reason _____

3. reason _____

4. reason _____

Yes No Did you have any alternative treatment since last year? Yes No

If Yes, you have been visited by:

 Aqua puncture Foot therapy Kinesiology Herbal medicine Others (specify) _____ Homeopathy Aromatherapy Healer Magnetic therapy

How was your physical activity in the last year? Imagine an average once a week in when you look at the whole year. Walking to your job counts as leisure. Answer to both questions.

	Time(s) per week			
	None	under 1	1-2	3 or more
Light activity (no sweating/no breathless)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heavy activities (sweating/breathlessness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

What is your weight now?

_____ kg

Do you do pelvis floor exercise at least once a week? Yes No Are you smoking cigarettes everyday? Yes No

If Yes, How many cigarettes: _____

MENOPAUSE AND CONTRACEPTION

Do you have regular menstruation? Yes No

When was your last menstruation?

month: _____ year: _____

During menopause, there is a big variation in bothersomeness of symptoms. Do you have bothered from any symptom in this period? Choose only one answer about how often you have these problems.

SYMPTOMS

How often you have it?

	Never	Monthly	Weekly	Daily
Hot flushes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sweating/night sweat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dry/sore vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYMPTOMS

How much it bothers you?

	None	Little	Some	Very
Hot flushes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sweating/night sweat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dry/sore vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Do you use hormones against symptoms of menopause?

 Yes Used before No, never used

What kind of contraception you use? (Cross more than one if necessary).

 Mini pills P-pills Hormonal IUD P- skin patches Normal IUD Condom Don't need it P-spray Peccary Spermicidal cream Subcutaneous implant I am sterile My partner is sterile

If you use IUD or other types of contraceptive on prescriptions, where you get?

 My GP Gynecologist Other doctors

Continue >

VANNI URINARY INFORMATION

How often you are urinating? _____ times per day

Do you wake up during night for urination?
 No 1 time 2 times 3 times More

In the last 12 months, did you experience any episode of burning sensation or pain during urination?
 No 1-2 times 3-5 times More

Do you think you are urinating very often? Yes No

Do you usually suffer from strong flow of urination?

Do you ever have urinary leakage when you coughing or elevating heavy objects?

Do you experience urinary leakage associated with urgency?

Do you ever have urinary leakage in other situations?

How often you have urinal leakage? (Choose just one)
 Never or almost never.....
 Less than once a month
 Once or more per month
 Once or more per week
 Everyday or night

How much urine leaks each time? (Choose just one)
 None Drops or just a little Small amounts big amounts

Answer this part if you have any urinary leakage:
 Did you have any surgical operation because of urinary leakage? Yes No

Did you have any urinary leakage that disappeared with any treatment?

What kind of treatment you ever used for urinary leakage?

	Used	Never	Before	Now
Medicine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitary pads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Special diaper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelvic floor exercises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electrical stimulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

How bothersome is your urinary leakage?
 No problem at all
 Not much a problem.....
 Some problems
 Very problematic

Did ever get help from a doctor for your urinary leakage problem? Yes No

BRUK AV MEDISIN, URIN, HERBALS, MODELL m.v.

Did you use some medicine YESTERDAY? Yes No

By medicine we mean both:
 • With or without prescriptions, herbals, vitamins, minerals
 • Any medicine that you swallowed, inhaled, injected, suppositories, creams, drops or solutions.

If YES:

Which medicine you used YESTERDAY? Why you used this medicine (diagnose, disease, symptom, health-effect)?

Answer in the following scheme, use one line for one medicine. If you use the medicine in a daily base or almost daily, answer YES in the last column.

Name of medicine (one per line):	Reason of using this medicine Yesterday:	Daily	
		Yes	No

If you need more space to write, please use another paper and attach to this form.

In case of wrong address or if you know that you are going to move from the current address, please inform us through mail or telephone.

Please send this arc back by using the pre-paid envelop today. Thanks for your help.

