

FINRISKI 2002 undersökningen

KVINNORS HÄLSA 2002

ANVISNINGAR

Du håller ett frågeformulär i din hand som kartlägger kvinnors hälsa. Frågorna är en del av FINRISKI-undersökningen som genomförs år 2002. Målet med FINRISKI-undersökningen är att bedömma riskfaktorer och deras utveckling hos den finländska befolkningen. Undersökningen görs med fem års mellanrum. Förra gången gjordes undersökningen år 1997. Detta år har frågorna gällande kvinnors hälsa sammanställts till ett skilt frågeformulär.

Besvara frågorna genom att kryssa för rutan vid det alternativ som passar för Er eller genom att skriva i det för ändamålet reserverade utrymmet. Läs igenom frågan noggrant innan Ni svarar. Välj endast ett svarsalternativ per fråga, det svarsalternativ som bäst motsvarar Er åsikt. Rita kryssen noggrant inne i rutan.

Kom ihåg att besvara alla frågor - även ett nekande svar bör markeras antingen genom att kryssa för "nej" alternativet, eller genom att anteckna "0" i svarsutrymmet.

En del frågor har efter alternativen direktivet: "Gå vidare till fråga..." Då kan Ni direkt fortsätta till denna fråga och lämna frågorna däremellan obesvarade.

Om det känns besvärligt att svara på någon av frågorna kan Ni fråga om råd och komplettera Era svar på undersökningsplatsen.

Informationen på frågeformulären läses optiskt. Vi ber Er därför att vid ifyllandet följa anvisningarna noggrant och att undvika att göra extra markeringar i frågeformuläret.

Alla uppgifter som Ni ger i denna undersökning behandlas strikt konfidentiellt. Vi omfattas av den tystnadsplikt som gäller hälsovårdspersonal samt alla lagar och förordningar gällande personregister.

Returnera den ifyllda blanketten till FINRISKI-fältundersökningens personal. Tilläggsuppgifter gällande Kvinnors hälsa 2002-undersökningens frågor ges vid behov av docent Riitta Luoto (tfn. 03-215 8821, e-post riitta.luoto@uta.fi).

Tack redan på förhand för Ert svar!

Y

Y

Ålder: **I MENSTRUATION**

1. Hur gammal var Ni då Era menstruationer började?

 år

2. När började Er sista menstruation?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(dd)	(mm)			(åå)	

3. Hur många dagar varar/varade Er menstruation vanligen?

 dagar

4. Hur lång är/ var Er menstruationscykel i allmänhet (=tiden från dagen då menstruationen började till början av följande blödning)?

 dagar

5. Är/ var Er menstruation enligt Er egen bedömning i allmänhet (kryssa för endast ett alternativ)

- 1 knapp
 2 normal
 3 riklig
 4 mycket riklig

6. Har Ni någonsin haft gynekologiska besvär?

	nej	ja
	1	2
Menstruationssmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oregelbunden menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tryckkänsla/ smärta i underlivet/ ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat gynekologiskt besvär, vilket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Har Ni för tillfället någon behandling (medicinering) för menstruationsbesvär?

- 1 nej
 2 ja, vilken?
-

8. Har Ni någonsin blivit behandlad för besvär relaterade till menstruationen?

- 1 nej
 2 ja, medicinering, vilken?
-

- 3 ja, operation, vilken?
-

9. Känner Ni för tillfället behov av att få hjälp med att lindra eller reda ut något gynekologiskt besvär?

	nej	ja
	1	2
Riklig menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oregelbunden menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tryckkänsla/ smärta i underlivet/ ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat gynekologiskt besvär, vilket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Har Ni premenstrualltensionssymtom (svullnad, depression, retlighet osv. före menstruationen)?

- 1 nej
 2 ja, men jag har inte behövt någon behandling
 3 ja, jag har fått behandling, vilken?
-
-
-

X

11. **Om Era menstruationer har upphört, upphörde de** (kryssa för endast ett alternativ)

- 1 naturligt i och med klimakteriet år
| | | | |
- 2 pga. att livmodern avlägsnades
(åtminstone den ena äggstocken kvar) år
| | | | |
- 3 livmodern och båda äggstockarna
avlägsnades år
| | | | |
- 4 pga. strålbehandling eller av annan
orsak år
| | | | |
- 5 min menstruation har inte upphört
(gäller även kvinnor som använder
hormonersättande läkemedel)

13. **Har Ni använt preventivpiller tidigare?**

- 1 ja
2 nej, jag har aldrig använt preventivpiller
(gå vidare till fråga 15)

14. **Under hur många års tid har Ni allt som allt (nu eller tidigare) använt preventivpiller?**

| | | | | år

15. **Använder Ni för tillfället som preventivmedel**

- | | nej
1 | ja
2 |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| hormonspiral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vanlig spiral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. **Har Ni någon gång tidigare använt hormonspiral som preventivmedel?**

- 1 ja
2 nej (gå vidare till fråga 18)

II PREVENTIVMEDEL OCH HORMONBEHANDLING

12. **Använder Ni för tillfället preventivpiller?**

- 1 ja
2 nej

17. **Under hur många års tid har Ni (nu eller tidigare) använt hormonspiral allt som allt?**

| | | | | år

18. **Har Ni använt hormonersättande läkemedel under det senaste halvåret pga klimakteriet eller menstruationsstörningar?**

- | | nej
1 | ja
2 | medicinens namn: |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Tabletter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| På huden
(gel, plåster) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| I någon annan form | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

19. **Har Ni tidigare använt hormonersättande läkemedel pga klimakteriet eller menstruationsstörningar?**

- | | nej
1 | ja
2 | medicinens namn: |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Tabletter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| På huden
(gel, plåster) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| I någon annan form | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

X

Om Ni svarade NEJ på ² alla svarsalternativ gå vidare till fråga 22.

20. **Under hur många års tid har Ni använt hormonersättande läkemedel?** Under

____ | ____ | ____ | ____ |
års tid

21. **Hur gammal var Ni då Ni började använda hormonersättande läkemedel?**

____ | ____ | ____ | ____ |
år gammal

III GRAVIDITETER OCH FÖRLOSSNINGAR

22. **Hur många i livet varande barn har Ni** (medräknade adoptivbarn, fosterbarn och övriga "icke-biologiska" barn)?

____ | ____ | ____ | ____ |
barn

23. **Är Ni gravid för närvarande?**

1 nej

2 ja

24. **Hur många gånger har Ni varit gravid** (inklusive missfall och avbrutna graviditeter)?

____ | ____ | ____ | ____ |
gånger
(om 0, gå vidare till fråga 37)

25. **Har Ni haft missfall?**

1 nej

2 ja, hur många? ____ | ____ | ____ | ____ |

26. **Har Ni haft extrauterina (utanför livmodern) graviditeter?**

1 nej

2 ja, hur många? ____ | ____ | ____ | ____ |

27. **Har någon graviditet avbrutits?**

1 nej

2 ja, hur många gånger? ____ | ____ | ____ | ____ |

28. **Har någon av Era graviditeter varit flerfostergraviditeter?**

1 nej

2 ja, vilken i ordningen? ____ | ____ | ____ | ____ |, ____ | ____ | ____ | ____ |

29. **Hur många förlossningar har Ni haft?**

(Medtag både kejsarsnitt (sectio) och normal regelbunden förlossning.)

____ | ____ | ____ | ____ |
förlossningar år:

____ | ____ | ____ | ____ | , ____ | ____ | ____ | ____ |

____ | ____ | ____ | ____ | , ____ | ____ | ____ | ____ |

(fortsätt vid behov)

Om Ni inte har fött barn, gå vidare till fråga 31.

30. **Hur många månader ammade Ni Ert första barn om Ni även räknar med då barnet förutom amningen fick annan föda?**

(Anteckna även mindre än 1 månads amning.)

månader

Andra barnet _____ månader

Tredje barnet _____ månader

Fjärde barnet _____ månader

Femte barnet _____ månader

Sjätte barnet _____ månader

(fortsätt vid behov)

31. **Har Ni känt Er deprimerad efter någon av graviditeterna?**

1 nej

2 ja, men jag har inte behövt behandling

3 ja, jag fick ingen behandling, trots att jag skulle ha behövt

4 ja, jag fick behandling, vilken?

32. **Har Ni under någon av Era graviditeter haft:**

a. graviditetsförgiftning (toxemi) (äggviteämnen i urinen och förhöjt blodtryck efter den tjugonde graviditetsveckan, dvs. under andra hälften av graviditeten)

1 ja, år:

____ | ____ | ____ | ____ | , ____ | ____ | ____ | ____ |

(fortsätt vid behov)

2 nej

Z

b. förhöjt blodtryck (> 140/90 mmHg)?

1 ja, år: _____ , _____

(fortsätt vid behov)

2 nej

c. äggviteämnen i urinen?

1 ja, år: _____ , _____

(fortsätt vid behov)

2 nej

d. förhöjda sockervärden?

1 ja, år: _____ , _____

(fortsätt vid behov)

2 nej

33. Behandlades Ert förhöjda blodtryck med mediciner under någon graviditet?

1 blodtrycket har inte varit förhöjt
(gå vidare till fråga 36)

2 ja, år: _____ , _____

(fortsätt vid behov)

3 nej (gå vidare till fråga 36)

34. Avslutades blodtrycksmedicineringen (alla gånger) efter förlossningen?

1 ja

2 nej

3 det fanns inget behov för behandling
(gå vidare till fråga 36)

35. Fortsattes blodtrycksmedicineringen efter (någon av) Era förlossningar:

1 under högst ett års tid

2 under mera än ett års tid, hur länge:

36. Hurudan behandling fick Ni för de förhöjda sockervärdena:

1 Blodsockervärdena var inte förhöjda under graviditeten (gå vidare till fråga 37).

	nej	ja
	1	2

Insulinbehandling påbörjades, och fortsattes i över ett års tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Insulinbehandling påbörjades, och avslutades efter graviditeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Förändring av matvanor (diet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

Annan behandling, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

37. Har Ni haft ventrombos eller lungemboli under den tid Ni använde p-piller, under graviditeten eller under hormonbehandling?

1 nej

2 ja, år _____

38. Har Ni eller har någon i Er släkt haft ventrombos/ lungemboli?

	nej	ja
	1	2

jag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	--------------------------

min nära släktingar (föräldrar, syskon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

39. Har Ni konstaterats lida av sk. ärftlig benägenhet för ventrombos?

1 nej

2 ja

Z

40. Har Ni eller någon av Era släktingar haft gallstenssjukdom?

	nej 1	ja 2
jag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mina nära släktingar (föräldrar, syskon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Har Ni haft störningar i leverns funktion under graviditeterna (symptom som klåda och/ eller förhöjda levervärden)?

1 nej
2 ja
3 jag har inte varit gravid

42. Har Ni varit tvungen att sluta använda p-piller pga. förhöjda levervärden?

1 nej
2 ja

43. Vet Ni Er egen födelsevikt?

1 ja, gram
2 nej

44. Har Ni någonsin varit med om ett kirurgiskt ingrepp för att påverka Ert utseende (en sk. skönhetsoperation)?

1 nej
2 ja, när?
vilken operation?

48. Hurudan behandling har Ni fått mot barnlöshet?

(En behandlingsgång = hela behandlingsperioden från och med behandling före ingreppet till och med graviditet eller avslutande av behandlingen. I rutan för årtal antecknas året då behandlingen påbörjades.)

	nej 1	ja 2		
<u>hormonbehandling</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> år	behandlingsperiod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> månader tillsammans _____
<u>konstgjord befruktning</u> (insemination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> år	behandlingsperiod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> månader tillsammans _____
<u>provrörsbefruktning</u> (IVF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> år	behandlingsperiod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> månader tillsammans _____
<u>mikroinjektions-</u> <u>behandling (ICSI)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> år	behandlingsperiod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> månader tillsammans _____
<u>överföring av nedfruset</u> <u>embryo (FET)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> år	behandlingsperiod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> månader tillsammans _____
någon annan behandling, vilken?				_____

IV BARNLÖSHET

45. Har Ni någonsin varit med om en tidsperiod när Ni har försökt bli gravid men graviditeten inte har inletts eller det har gått över 12 månader innan graviditeten inletts?

1 ja
2 nej

46. Har Ni någonsin undersökts eller behandlats för barnlöshet?

1 ja
2 nej (Ni kan lämna resterande frågorna obesvarade)

47. Vad är orsaken till Er barnlöshet?

	nej 1	ja 2
skada i äggledarna (t.ex. förträngning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
störning vid ägglossningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orsaker som beror på mannen (t.ex. sädescellernas nedsatta rörlighet eller för liten mängd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan orsak, vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

orsaken oklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

49. Vad har resultatet av behandlingarna varit?

	nej	ja		
	1	2		
Graviditet/ graviditeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ggr
Förlossning/ förlossningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	åren	,

(fortsätt vid behov)

50. Fick Ni, enligt Er mening, tillräckligt psykiskt stöd under behandlingarna?

- 1 ja, helt tillräckligt
2 i någon mån, men inte tillräckligt
3 nej, inte alls

51. Av vem/ varifrån har Ni fått psykiskt stöd med problem som rört barnlöshet?

	nej	ja
	1	2
make	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
samtal med psykolog/ psykiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkare och/ eller sköterska på barnlöshetskliniken eller sjukhusets poliklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mödrarrådgivning eller hälsocentral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stödgrupper för barnlösa (t.ex. anordnade av Föreningen för de barnlösa rf.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan organisationsverksamhet (t.ex. Föreningen för de barnlösa rf:s övriga verksamhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
övrig familj och släkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
från annat håll, varifrån?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TACK FÖR ERT SVAR!

| | | | | | | |

Havaintotunnus

6

Lomaketarra L2

T