# 

# Fødende og inkontinens

###### Vi vil gjerne vite hvordan du har hatt det siden din første fødsel.

###### Kryss av i én rute for hvert spørsmål.

##### Dato (dd.mm.år)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### **Spørreskjemaet kan også besvares elektronisk ved å logge inn på linken på**

###### **prosjektets hjemmeside: https://stolav.no/fodendeoginkontinens/**

### Dersom du har spørsmål, kan du kontakte:

###### Hege Hølmo Johannessen, Prosjektansvarlig,

###### Telefon: 997 21 345

###### Postadresse:

###### Administrasjonen, Sykehuset Østfold Kalnes

###### Postboks 300, 1714 Grålum

## Fødsler og graviditeter

Har du født barn siden du deltok i studien (2009-2011): ja□ nei□

Hvor mange barn har du født etter ditt første barn? antall \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Dersom du har født flere barn, vil vi gjerne vite mer om fødselen(e) og barnet:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Barn nr. 2 | Barn nr. 3 | Barn nr. 4 |
| Født dato (dd.mm.år) |  |  |  |
| Barnets vekt (gram) |  |  |  |
| For tidlig fødsel (før uke 37) | ja□ nei□ | ja□ nei□ | ja□ nei□ |
| Tvillingfødsel | ja□ nei□ | ja□ nei□ | ja□ nei□ |
| Vanlig vaginal fødsel uten komplikasjon | ja□ nei□ | ja□ nei□ | ja□ nei□ |
| Seteleie | ja□ nei□ | ja□ nei□ | ja□ nei□ |
| Vakuum eller tang | ja□ nei□ | ja□ nei□ | ja□ nei□ |
| Keisersnitt | ja□ nei□ | ja□ nei□ | ja□ nei□ |
| Annet | ja□ nei□ | ja□ nei□ | ja□ nei□ |

Er du gravid nå: ja□ nei□ **Termindato** (dd.mm.år): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Litt om deg

**Hvilken sivilstand har du nå:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gift  □ | Samboer  □ | Skilt / separert  □ | Enke  □ | Annet □ vennligst spesifiser;  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Hvilken utdanning har du?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 9-årig grunnskole □ | Videregående skole  □ | Høgskole / Universitet  □ | PhD  □ | Annet □ vennligst spesifiser;  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Er du i arbeid nå?** *Ja, fulltid* □

*Ja, deltid* □ , *angi stillingsprosent:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%*

*Nei, ikke i arbeid* □

*Student*  □

*Sykmeldt* □

*Ufør* □

*Barselpermisjon* □

**Dersom du er i arbeid, hva jobber du som:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Røyker du nå for tiden?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ja, daglig □ | Ja, av og til □ | Nei, jeg røyker ikke □ |

**Har du noen av følgende sykdommer:** *Ulcerøs colitt* ja□ nei□

*Irritabel tarm* ja□ nei□

## Fysisk aktivitet og trening:

**Er du daglig i fysisk aktivitet i 30 minutter eller mer?** ja*□* nei*□*

**Trener du regelmessig nå?**  ja□ nei*□*

**Hvor mange dager i uken trener du gjennomsnittlig?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0□ | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 eller mer □ |

**Hvor lenge trener du vanligvis per økt (minutter)?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 0-30□ | 31-60□ | 60-90□ | Mer enn 90□ | Ikke relevant□ |

###### **På hvilken intensitet trener du vanligvis?**

Uten å bli svett eller andpusten (oppleves som litt anstrengende) □

Blir svett og litt andpusten (oppleves som anstrengende) □

Blir veldig svett og andpusten (oppleves som svært anstrengende)□

Ikke relevant □

**Hvor mange minutter bruker du på å gå /sykle/jogge til og fra arbeid** (legg sammen tiden til og fra arbeid)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 0-30 □ | 31-60 □ | Mer enn 60 □ | Ikke relevant □ |

###### **Hvor mange ganger per uke trener du bekkenbunnsmusklene (innvendige muskler rundt urinrør, skjede og endetarm)?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 □ | 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 eller mer □ |

## Lekkasjeplager

###### Mange mennesker lekker urin, luft eller avføring av og til. Vi forsøker å finne ut hvor mange mennesker som lekker, og hvor mye dette plager dem

###### **Hvor ofte lekker du urin?** (Kryss av i én boks)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aldri  □ | Omtrent 1 gang per uke eller sjeldnere  □ | 2-3 ganger per uke  □ | Ca 1 gang per dag  □ | Flere ganger per dag  □ | Hele tiden  □ |

###### **Vi vil gjerne vite hvor mye urin du lekker. Hvor mye urin lekker du vanligvis?** Enten du bruker beskyttelse eller ikke? (Kryss av i én boks)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ikke noe  □ | En liten mengde  □ | En moderat mengde  □ | En stor mengde  □ |

###### **Når lekker du urin?** (Vennligst kryss av alt som passer for deg)

*Aldri, jeg lekker ikke urin* □

*Lekker før jeg når toalettet* □

*Lekker når jeg hoster eller nyser* □

*Lekker når jeg sover* □

*Lekker når jeg er fysisk aktiv/ trimmer* □

Lekker når jeg er ferdig med å late vannet,

og har tatt på meg klærne □

*Lekker uten opplagt grunn* □

*Lekker hele tiden* □

###### **Hvor mye påvirker urinlekkasje ditt hverdagsliv?**

###### Sett en ring rundt et tall mellom 0 (Ikke i det hele tatt) og 10 (Svært mye)

0*\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_6\_\_\_\_\_7\_\_\_\_\_8\_\_\_\_\_9\_\_\_\_\_*10

Ikke i det hele tatt Svært mye

###### **Dersom du opplever ufrivillig lekkasje av urin, hvor problematisk opplever du dette?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uproblematisk □ | Litt vanskelig □ | Moderat vanskelig  □ | Vanskelig  □ | Svært vanskelig  □ | Ikke relevant  □ |

**Vi vil gjerne vite hvordan du har hatt det, gjennomsnittlig, de siste fire ukene og om du har opplevd ufrivillig lekkasje av luft eller avføring.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Aldri(ingen episoder de siste 4 uker) | Sjelden(en episode de siste 4 uker) | Av og til(flere episoder de siste 4 uker, ikke ukentlig) | Ukentlig,(flere episoder sist uke, ikke daglig) | Daglig,(en eller flere episoder daglig) |
| Lekkasje av fast avføring | □ | □ | □ | □ | □ |
| Lekkasje av løs avføring | □ | □ | □ | □ | □ |
| Lekkasje av tarmluft | □ | □ | □ | □ | □ |
| Endring av livsstil | □ | □ | □ | □ | □ |

*Bruker du bleie eller plugg?*  ja□ nei□

*Bruker du forstoppende medisiner?* ja□ nei□

*Kan du utsette avføring i 15 minutter?* ja□ nei□

*Kan du utsette avføring i 5 minutter?*  ja□ nei□

*Har du vanskeligheter med å få tømt tarmen ordentlig?* ja□ nei□

*Må du skynde deg når du skal på toalettet?* ja□ nei□

###### **Dersom du opplever hastverk eller ufrivillig lekkasje av avføring / luft, hvor problematisk opplever du dette?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uproblematisk □ | Litt vanskelig □ | Moderat vanskelig  □ | Vanskelig  □ | Svært vanskelig  □ | Ikke relevant  □ |

**Hvor mye påvirker hastverk eller lekkasje av avføring/ luft dine daglige aktiviteter?**

Sett ring rundt et tall mellom 0 (=Ikke i det hele tatt) og 10 (=Svært mye)

0*\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_6\_\_\_\_\_7\_\_\_\_\_8\_\_\_\_\_9\_\_\_\_\_10*

Ikke i det hele tatt Svært mye

## Fecal Incontinence Quality of Life Scale

###### **Generelt, vil du si at din helse er:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Utmerket  □ | Veldig god  □ | God  □ | Nokså god  □ | Dårlig  □ |

###### **For hvert av punktene nedenfor, vennligst angi hvor ofte du bekymrer deg for temaet**

###### **på grunn av uhell med lekkasje fra endetarmen.** Hvis det er en bekymring på grunn av andre årsaker, sett kryss i boksen «Ikke relevant».

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| På grunn av uhell med lekkasje fra endetarmen | Stort sett alltid | En del | Av og til | Aldri | Ikke relevant |
| a. Jeg er redd for å gå ut | □ | □ | □ | □ | □ |
| b. Jeg unngår å besøke venner | □ | □ | □ | □ | □ |
| c. Jeg unngår å overnatte hjemmefra | □ | □ | □ | □ | □ |
| d. Det er vanskelig for meg å gå ut og gjøre ting som å gå på kino eller gå i kirken | □ | □ | □ | □ | □ |
| e. Jeg spiser mindre før jeg går ut | □ | □ | □ | □ | □ |
| f. Når jeg er hjemmefra, prøver jeg å holde meg i nærheten av et toalett så mye som mulig | □ | □ | □ | □ | □ |
| g. Det er viktig at jeg planlegger timeplanen min (daglige aktiviteter) rundt avføringsmønsteret mitt | □ | □ | □ | □ | □ |
| h. Jeg unngår å reise | □ | □ | □ | □ | □ |
| i. Jeg bekymrer meg for å ikke nå frem til toalettet i tide | □ | □ | □ | □ | □ |
| j. Jeg føler at jeg ikke har noen kontroll over avføringen min | □ | □ | □ | □ | □ |
| k. Jeg kan ikke holde meg lenge nok til at jeg rekker frem til toalettet i tide | □ | □ | □ | □ | □ |
| l. Jeg lekker avføring uten at jeg merker det | □ | □ | □ | □ | □ |
| m. Jeg prøver å unngå lekkasjeepisoder ved å oppholde meg nært et toalett | □ | □ | □ | □ | □ |

###### **Vennligst kryss av for i hvilken grad du er ENIG eller UENIG med hvert enkelt av spørsmålene under.** Hvis det er en bekymring på grunn av andre årsaker enn lekkasje fra endetarmen, sett kryss i boksen «Ikke relevant».

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| På grunn avuhell med lekkasje fra endetarmen | Enig | Litt enig | Litt uenig | Uenig | Ikke relevant |
| a. Jeg skammer meg | □ | □ | □ | □ | □ |
| b. Jeg kan ikke gjøre mange  av de tingene jeg har lyst til å gjøre | □ | □ | □ | □ | □ |
| c. Jeg bekymrer meg for lekkasjeepisoder | □ | □ | □ | □ | □ |
| d. Jeg føler meg deprimert | □ | □ | □ | □ | □ |
| e. Jeg bekymrer meg for at andre  skal kjenne avføringslukt fra meg | □ | □ | □ | □ | □ |
| f. Jeg føler meg ikke som en frisk person | □ | □ | □ | □ | □ |
| g. Jeg har mindre glede av livet | □ | □ | □ | □ | □ |
| h. Jeg har sjeldnere sex  enn det jeg har lyst til å ha | □ | □ | □ | □ | □ |
| i. Jeg føler meg annerledes  enn andre mennesker | □ | □ | □ | □ | □ |
| j. Muligheten for lekkasje  fra endetarmen er alltid i tankene mine | □ | □ | □ | □ | □ |
| k. Jeg er redd for å ha sex | □ | □ | □ | □ | □ |
| l. Jeg unngår å reise med fly eller tog | □ | □ | □ | □ | □ |
| m. Jeg unngår å gå ut og spise på restaurant | □ | □ | □ | □ | □ |
| n. Hver gang jeg er på et nytt sted, sørger jeg alltid for å finne ut hvor toalettene er | □ | □ | □ | □ | □ |

###### **Har du i løpet av den siste måneden følt deg så nedfor eller hatt så mange problemer at du har tenkt at ingenting har noen hensikt lenger?**

Ja, svært mye – så mye at jeg nesten har gitt opp □

Ja, veldig □

Ganske mye □  
Av og til – nok til at det bekymrer meg □

Litt □

Ikke i det hele tatt □