

**Hälsa bland  
män och kvinnor  
på äldre dar**

**Frågeformulären innehåller främst frågor om Er hälsa och om attityder och känslor men en del allmänna frågor av bakgrundskaraktär finns också med.**

**Att bli äldre behöver inte betyda att man får sämre hälsa. I denna undersökning finner Ni några frågor som rör vissa mer eller mindre vanliga symtom. De behöver inte alls vara tecken på någon allvarligare sjukdom, men säger ändå något om Ert allmänna hälsotillstånd. Era svar ska användas för att undersöka sambandet mellan hälsa och sådana faktorer som vi tror kan påverka mäns och kvinnors hälsa. En intressant möjlighet är att jämföra jämnåriga bröder och systrar. Denna enkät sänds alltså också till Er, såvitt vi vet, mest jämnåriga syster eller bror. Just möjligheten att jämföra bröder och systrar med varandra gör denna undersökning unik. Er adressetikett finns på formuläret för att vi skall kunna sammanföra syster och bror till ett par på ett riktigt sätt.**

**Vi är intresserade av just Er medverkan. Därför är det viktigt att Ni själv besvarar frågorna. Om Ni behöver hjälp med att fylla i formuläret är det Era svar vi vill ha.**

**Undersökningen är ett samarbetsprojekt mellan Institutet för gerontologi vid Hälsö högskolan i Jönköping, Institutet för miljömedicin vid Karolinska Institutet i Stockholm och College of Health and Human Development vid Pennsylvania State University i USA.**

**Om det är något Ni undrar över vad det gäller frågorna eller undersökningen i övrigt, ring gärna vårt sekretariat och tala med Peter Sjöstrand, tel 036 - 10 49 06.**

**Med vänlig hälsning och på förhand TACK!**

**Bo Malmberg, Fil. dr.  
Projektledare**

## Instruktioner:

Det finns i huvudsak tre typer av frågor i formuläret. Här följer några förklaringar. I den första typen ber vi Er kryssa i det svar som passar Er bäst.

### Exempel:

Hur bedömer Ni Ert allmänna hälsotillstånd?

- Gott  
 Medelmåttigt  
 Dåligt

I andra fall använder vi pilar för att be om ytterligare information.

### Exempel:

Nu kommer vi att ställa några frågor om Ert och Er eventuella make/makas yrke. Försök att svara med så precisa yrken som möjligt t. ex. inte "sjöman" utan hellre: "maskinist", "steward", "styrman" osv.

Är Ni yrkesverksam för närvarande?

- Ja → I vilket yrke? (Svara så exakt som möjligt.)

Yrke: \_\_\_\_\_

- Nej → Vilket år slutade Ni att yrkesarbeta? År 19. 62

Andra frågor kommer i form av påståenden. Det finns flera möjliga svar för varje påstående t. ex.: "Aldrig/nästan aldrig", "Ganska sällan" osv. För varje påstående ska ett av svarsalternativen kryssas för.

### Exempel:

Under senaste veckan:

	Aldrig/ nästan aldrig	Ganska sällan	Ganska ofta	Alltid/ nästan alltid
- oroade jag mig för saker och ting som jag inte brukar oroa mig för .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag inte för att äta; jag hade dålig aptit ..	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Undersökningen handlar, som framgått av följebrevet, om hälsa och hälsoupplevelse bland män och kvinnor på äldre dar. Vi är därför mycket intresserade av Ert till åldern närmaste syskon av motsatt kön. Om Ni är en kvinna är vi alltså intresserade av Er mest jämnåriga bror och om Ni är man av Er mest jämnåriga syster. Sätt ett kryss för det alternativ som stämmer bäst för Er.

1 a. Om Ni är kvinna, var vänlig att besvara nedanstående frågor (om Ni är man, var vänlig besvara frågorna 2 a - 2 c på motstående sida)

- Jag har aldrig haft någon bror
- Jag var storsyster till min mest jämnåriga bror
- Jag var tvillingsyster till min mest jämnåriga bror
- Jag var lillasyster till min mest jämnåriga bror

1 b. Under hur många år uppfostrades Ni och Er mest jämnåriga bror i samma familj?

- Jag har aldrig haft någon bror
- Vi uppfostrades tillsammans i \_\_\_\_\_ antal år

1 c. Hur mycket umgås Ni och Er mest jämnåriga bror nuförtiden?

- Jag har aldrig haft någon bror
- Min mest jämnåriga bror är avliden
- Mycket sällan/aldrig
- Då och då
- Ofta

2 a. Om Ni är man, var vänlig att besvara frågorna 2 a - 2 c (om Ni är kvinna har Ni förhoppningsvis redan fyllt i frågorna 1 a - 1 c).

- Jag har aldrig haft någon syster
- Jag var storebror till min mest jämnåriga syster
- Jag var tvillingbror till min mest jämnåriga syster
- Jag var lillebror till min mest jämnåriga syster

2 b. Under hur många år uppfostrades Ni och Er mest jämnåriga syster i samma familj?

- Jag har aldrig haft någon syster
- Vi uppfostrades tillsammans i \_\_\_\_\_ antal år

2 c. Hur mycket umgås Ni med Er mest jämnåriga syster nuförtiden?

- Jag har aldrig haft någon syster
- Min mest jämnåriga syster är avliden
- Mycket sällan/aldrig
- Då och då
- Ofta

3. Lever Er mor?

ja  När föddes hon? \_\_\_\_\_

nej  Hur gammal var modern när hon avled? \_\_\_\_\_ år

4. Lever Er far?

ja  När föddes han? \_\_\_\_\_

nej  Hur gammal var fadern när han avled? \_\_\_\_\_ år

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II. Vi vill nu ställa några allmänna bakgrundsfrågor, både till män och kvinnor.

1. Ert födelsedatum? \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ mån \_\_\_\_\_ dag

2. Er födelseförsamling: \_\_\_\_\_

3. Vilket är Ert civilstånd?

- Gift/sambo  
 Ogift (aldrig gift)  
 Skild → sedan när? År 19.....  
 Änka/änkling → sedan när? År 19.....

4. Sätt kryss för den utbildningsnivå som stämmer bäst för Er?

- Mindre än folkskola  
 Folkskola  
 Mer än folkskola (men ej realexamen)  
 Realexamen (men ej gymnasieexamen)  
 Gymnasieexamen (men ej universitetsexamen)  
 Universitetsexamen

5. Sätt ett kryss för den typ av bostad Ni bor i för närvarande

- Friliggande en- eller tvåfamiljsvilla, radhus eller kedjehus  
 Lägenhet i flerfamiljshus  
 Pensionärshem, servicelägenhet/servicehus  
 Ålderdomshem (med helinakordering)  
 Sjukhus/sjukhem  
 Annan kollektiv bostad eller institution (ange vad)

Annat (ange vad) \_\_\_\_\_

### III. Här följer några frågor om Er ekonomiska situation.

#### 1 a. Hur stor är Er inkomst före skatt?

- Mindre än 40.000 kr/år
- Mellan 40.000 och 70.000 kr/år
- Mellan 70.000 och 100.000 kr/år
- Mellan 100.000 och 150.000 kr/år
- Mellan 150.000 och 200.000 kr/år
- Mellan 200.000 och 300.000 kr/år
- Mer än 300.000 kr/år

#### 1 b. Om Ni är gift, hur stor är Er make/makas inkomst före skatt?

- Mindre än 40.000 kr/år
- Mellan 40.000 och 70.000 kr/år
- Mellan 70.000 och 100.000 kr/år
- Mellan 100.000 och 150.000 kr/år
- Mellan 150.000 och 200.000 kr/år
- Mellan 200.000 och 300.000 kr/år
- Mer än 300.000 kr/år

#### 2. Om Ni plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där Ni på en vecka måste skaffa fram 12.000 kronor, skulle Ni klara det?

- Nej
- Ja

#### 3. Om Ni svarat ja: På vilket sätt skulle Ni göra det? (Sätt ett kryss.)

- Uttag från eget bankkonto
- Lån från annan hushållsmedlem
- Lån från andra släktingar eller vänner
- Lån i bank eller liknande
- Annat sätt, nämligen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Tycker Du att Din ekonomiska situation hindrar Dig att göra det Du själv vill?

- Ja, i hög utsträckning  
 Ja, i viss utsträckning  
 Nej

IV. Nu kommer vi att ställa några frågor om Ert och Er eventuella make/makas yrke.  
Försök att svara med så precisa yrken som möjligt t. ex. inte "sjöman" utan hellre:  
"maskinist", "steward", "styrman" osv.

1. Är Ni yrkesverksam för närvarande?

- Ja → I vilket yrke? (Svara så exakt som möjligt.)

Yrke: \_\_\_\_\_

- Nej → Vilket år slutade Ni att yrkesarbeta? År 19.....

Har Ni haft förtidspension p.g.a. sjukdom (s.k. sjukpension)?

- Ja  
 Nej

2. I vilket yrke har Ni huvudsakligen varit sysselsatt under Ert yrkesverksamma liv?  
(Svara så exakt som möjligt.)

Yrke: \_\_\_\_\_

3. Om Ni är eller varit gift: vilket har Er make/makas huvudsakliga yrke varit?  
(Svara så exakt som möjligt.)

Yrke: \_\_\_\_\_



4. *Om Ni huvudsakligen varit lantbrukare eller hemmafru (man) med en make (maka) som huvudsakligen varit lantbrukare:*

**Hur stora var ägorna?**

- Mindre än 20 hektar åker  
 Mellan 20 och 100 hektar åker  
 Mer än 100 hektar åker
- Mindre än 100 hektar skog  
 Mellan 100 och 400 hektar skog  
 Mer än 400 hektar skog

5. **Hur pass stressigt tycker Ni att Ert arbetsliv har varit i det stora hela?**

- Mycket stressigt  
 Ganska stressigt  
 Inte särskilt stressigt  
 Inte stressigt alls

6. **Har Ni något handikapp eller sjukdom som Ni anser "hänger ihop" med Ert tidigare förvärvsarbete?**

Handikapp      Nej      Ja  
       → Vad: \_\_\_\_\_

Sjukdom             → Vad: \_\_\_\_\_

V. Nedan följer en lista på olika sjukdomar. Vi är intresserade av om Ni har eller har haft någon av sjukdomarna. Om Ni har eller har haft någon av sjukdomarna är vi också intresserade av när Ni fick sjukdomen och om Ni fortfarande har problem med den.

1. Ange ett svar för varje sjukdom även om det är nekande. Ett exempel finns i rutan nedan.

*Exempel:*

Har Ni eller har Ni haft:	Vilket år fick Ni sjukdomen		Hur mycket försvårar sjukdomen Ert dagliga liv?			
	Nej	Ja	Inte alls	Litet	Mycket	
Polio .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grön starr (Glaukom) .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	→ År 19.75	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå starr (Katarakt).....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledgångsreumatism .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har Ni eller har Ni haft:	Vilket år fick Ni sjukdomen		Hur mycket försvårar sjukdomen Ert dagliga liv?			
	Nej	Ja	Inte alls	Litet	Mycket	
Hjärtsvikt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärlkramp i bröstet (angina pectoris) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För högt blodtryck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärlkramp i benen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirkulationsrubbingar i armar, ben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp i benet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnblödning eller blodpropp i hjärnan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emfysem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkit (Luftrörskatarr).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har Ni eller har Ni haft:**Vilket år fick  
Ni sjukdomenHur mycket försvårar sjuk-  
domen Ert dagliga liv?

	Nej	Ja			Inte alls	Litet	Mycket
Struma eller annan körtelsjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magsår .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra mag- tarmsjukdomar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallbesvär.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leversjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gikt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Njursjukdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialys.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinvägsbesvär.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostatibesvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svåra problem i samband med klimakteriet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livmoder- eller äggstocksoperation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer eller leukemi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Hur pass stressigt tycker Ni Ert liv är nuförtiden i det stora hela?**

- Mycket stressigt  
 Ganska stressigt  
 Inte särskilt stressigt  
 Inte stressigt alls

***Fråga nr 3 nedan gäller enbart kvinnor! Män gå till fråga nr 4 på nästa sida.*****3. Hur gammal var NI då Ni hade Er sista menstruation? \_\_\_\_\_ År**

4. Har Ni under de senaste 3 månaderna besvärats av något eller några av nedanstående symtom? (Det finns 30 symtom uppräknade. Var vänlig att markera i nej- eller ja-rutan för var och ett av dem.)

### Under de senaste 3 månaderna

	Nej	Ja
Var Ni lättirriterad? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var Ni nervös? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni koncentrationssvårigheter?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni svårt att slappna av? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var Ni rastlös? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni svårt att kasta vatten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni dålig aptit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var Ni illamående? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni diarré? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni förstoppning? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni ont i magen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni ledbesvär? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni ont i ryggen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni ont i benen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni frusenhet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni svettningar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Ni ofrivilligt gått ner i vikt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni övervikt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni andfåddhet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni ont i bröstet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni hosta? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni yrsel? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni huvudvärk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni nedsatt hörsel? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni nedsatt syn? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni lätt att gråta? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var Ni dystert? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var Ni trött? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade Ni sömnbesvär? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var Ni överansträngd? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har Ni eller har Ni haft:**

Vilket år fick Ni sjukdomen

Hur mycket försvårar sjukdomen Ert dagliga liv?

	Nej	Ja			Inte alls	Litet	Mycket
TBC - Tuberkulos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiska besvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrän.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrsel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinsons sjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.S. - Multipel Skleros ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talsvårigheter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiska besvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Järnbrist (Anemi) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grön starr (Glaukom) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå starr (Katarakt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra ögonbesvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledgångsreumatism .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knäledsbesvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benskörhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höftledsbesvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelsehinder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förlamning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bältros .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sockersjuka (Diabetes).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	År 19.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Här följer en lista på några av våra vanligaste läkemedel. Svara genom att kryssa för ja eller nej beroende på om Ni använt dem under de senaste 3 månaderna.

Nej	Ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hostmedicin eller näsdroppar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salvor eller andra läkemedel för huden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedel mot andningsbesvär (t.ex. Bricanyl, Theo Dur)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedel mot allergier
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laxermedel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medel mot hemorrojder
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Järnmedicin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitaminer eller annan stärkande medicin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärtstillande medel köpt utan recept
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärtstillande medel köpt med recept
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedel mot reumatoid artrit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedel mot ledbesvär (t.ex. Naprosyn, Brufen, Voltaren)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blodtryckssänkande medicin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vätskedrivande medicin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjärtmedicin - t.ex. Digitalis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitroglycerin - mot kärlkramp
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antikoagulans - mot blodpropp t.ex. Heparin eller Waran
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedel för att förbättra cirkulationen i armar och ben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulininjektioner mot diabetes (sockersjuka)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabletter mot diabetes (sockersjuka)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedel mot magsår - receptbelagt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedel mot magkatarr - icke receptbelagt (t.ex. Novalucol, Link)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedel mot epilepsi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroideamedicin (mot struma)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortisontabletter eller injektioner
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotika, sulfa eller penicillin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervlugnande läkemedel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedel mot psykisk sjukdom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sömntabletter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormoner, manliga eller kvinnliga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S.k. naturläkemedel (örtmedicin)

Om Ni för närvarande tar någon/några mediciner, ange då namnet på dem \_\_\_\_\_

---

**6. Hur bedömer Ni Ert allmänna hälsotillstånd?**

- Gott  
 Medelmåttigt  
 Dåligt

**7. Hur bedömer Ni er hälsa jämfört med för tre år sedan?**

- Bättre  
 Ungefär likadan  
 Sämre

**8. Hur bedömer Ni ert allmänna hälsotillstånd jämfört med andra i Er egen ålder?**

- Bättre  
 Ungefär likadant  
 Sämre

**9. Anser Ni att Ert hälsotillstånd hindrar Er från att göra saker Ni vill?**

- Inte alls  
 Delvis  
 Till en stor del

**10. Vilket av nedanstående alternativ stämmer bäst med vad Ni menar med att vara frisk?**

- En allmän känsla av att må väl.  
 Frånvaro av allmänna eller särskilda symtom.  
 Att kunna klara av vanliga aktiviteter.  
 Annat, vad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Hur ställer Ni Er till dessa påståenden? (Var vänlig att kryssa för något av de 5 alternativen för varje påstående).

	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Stämmer varken/ eller	Stämmer inte så bra	Stämmer inte alls
Hur snart jag tillfrisknar efter sjukdom beror på hur jag sköter mig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om det är meningen att jag skall bli sjuk så blir jag det oavsett vad jag gör själv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelbundna läkarbesök är för mig det bästa sättet att undvika sjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det mesta som påverkar min hälsa sker av en slump .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så fort jag känner mig dålig bör jag kontakta sjukvården .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan själv bestämma över mitt hälsotillstånd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina närmaste betyder mycket för om jag blir sjuk eller håller mig frisk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir jag sjuk så är det mitt eget fel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur snart jag återhämtar mig efter en sjukdom är till stor del fråga om tur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är sjukvården och dess personal, som råder över min hälsa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att jag är så frisk som jag är beror mest på tur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitt hälsotillstånd påverkas mest av vad jag gör själv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag sköter mig kan jag undvika sjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Återhämtar jag mig efter en sjukdom så beror det vanligtvis på att de andra (sjukvården, mina närmaste gett en god vård....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det spelar ingen roll vad jag själv gör, jag kommer troligtvis ändå att bli sjuk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om det är meningen får jag behålla hälsan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag handlar på ett riktigt sätt får jag behålla hälsan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När det gäller min hälsa, så har jag bara att rätta mig efter doktorn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**12. Tycker Ni (på det hela taget) att Ni har ett bra eller dåligt minne?**

- Bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Dåligt

**13. Tycker Ni att Ni har några problem med minnet som försvårar det dagliga livet?**

- Nej, inte alls
- Nej, knappast
- Svårt att direkt ta ställning till
- Ja, i viss utsträckning
- Ja, i hög grad

**14. Tycker Ni att minnet har förändrats under de senaste tre åren?**

- Blivit bättre
- Blivit något bättre
- Varken bättre eller sämre/ungefär som förut
- Blivit något sämre
- Blivit sämre

## VI.

1. Nu skulle vi vilja fråga Er en del om Era dagliga sysslor, alltså sådant alla måste göra dagligen. Vi skulle vilja veta om Ni kan utföra dessa saker utan problem, om Ni har vissa problem med dem, om Ni behöver hjälp eller inte alls kan utföra dem.

Var vänlig att kryssa för något av de 3 svarsalternativen för varje rad.

	Ja, utan problem	Ja, med vissa problem	Nej, kan inte alls/behöver hjälp
Kan Ni:			
- äta? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klä av och på Er? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sköta Ert yttre, t. ex. kamma Er och (för män) raka Er? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ta hand om tvätten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gå? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gå uppför och nerför trappor? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- komma i och ur sängen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- komma i och ur badkaret? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- duscha och bada? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ställa Er upp om Ni suttit på en vanlig stol utan armstöd? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sträcka Er över axelhöjd? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- böja Er och plocka upp något från golvet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hantera små saker med fingrarna, t. ex. skriva? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- använda telefonen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ta Er till platser som är utom gångavstånd? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ta hand om Era pengar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ta Er medicin? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- handla mat? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- laga Era måltider? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sköta Ert hushållsarbete? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sköta underhållsarbetet i hemmet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Får Ni någon hjälp eller tillsyn av hemtjänst eller annan vårdpersonal?**

- Ja, dagligen
- Ja, flera gånger i veckan
- Ja, ungefär en gång i veckan
- Ja, men mera sällan än en gång i veckan
- Nej

**3. Får Ni någon hjälp eller tillsyn av någon hushållsmedlem, släkting, vän, granne?**

- Ja, dagligen
- Ja, flera gånger i veckan
- Ja, ungefär en gång i veckan
- Ja, men mera sällan än en gång i veckan
- Nej

**4. Hur många dagar under de senaste 6 månaderna har Ni varit så dålig att det hindrat Er från att sköta Era dagliga sysslor?**

- Ingen
- En vecka eller mindre
- Mellan en vecka och en månad
- 1 - 3 månader
- 4 - 6 månader

**5. Hur många av dessa dagar under de senaste 6 månaderna har Ni legat på sjukhus, sjukhem, konvalescenthem eller vilohem?**

- Ingen
- En vecka eller mindre
- Mellan en vecka och en månad
- 1 - 3 månader
- 4 - 6 månader

**6. Hur många gånger har Ni besökt läkare under de senaste 6 månaderna?**

Ingen gång

Antal gånger: \_\_\_\_\_

**7. Hur många gånger har Ni haft kontakt med distriktssköterskan under de senaste 6 månaderna?**

Ingen gång

Antal gånger: \_\_\_\_\_

**8. Anser Ni att Ni behöver medicinsk vård eller behandling utöver vad Ni får för närvarande?**

Nej

Ja

## VII.

1. Nedan följer en uppräknig av företeelser som ibland nämnts som viktiga för att hålla sig frisk till kropp och själ. Hur tycker Ni att detta stämmer? (Var vänlig att sätta ett kryss på varje rad för det alternativ som Ni tycker passar bäst).

	Inte alls viktigt	Rätt viktigt	Mycket viktigt
Att motionera regelbundet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att ta vitaminer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att ha en trosuppfattning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att ha nära vänner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att undvika stress .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att ha goda matvanor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att tänka positivt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att undvika bakterier (renlighet).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att undvika rökning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att undvika alkohol .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att använda säkerhetsbälte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att gå på regelbundna läkarkontroller.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att ta sina mediciner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. I vilken utsträckning deltar Ni under Er fritid i följande aktiviteter:

	Dagligen	Någon el några ggr per vecka	Någon el några ggr per mån	Mer sällan än 1 gång i månaden	Aldrig
Motionsidrott t.ex i form av gymnastik, löpning, golf, tennis eller annat liknande.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promenader (minst en halv timme lång) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föreningsmöten eller liknande.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyrkliga aktiviteter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studiecirklar eller kurser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läser böcker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Löser korsord, spelar schack eller liknande .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Hur ofta gör Ni följande saker:

	Dagligen	Någon el några ggr per vecka	Någon el några ggr per mån	Mer sällan än 1 gång i månaden	Aldrig
Handlar och går ärenden, t.ex. till banken, apoteket etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lätt hushållsarbete, t.ex. diskar, lagar mat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyngre hushållsarbete, t.ex. städar, piskar mattor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trädgårdsarbete, klipper gräsmattan (sommartid) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skottar snö (vintertid).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VIII. Följande frågor handlar om mat-, rök- och dryckesvanor.

#### 1. Undviker Ni med tanke på Er hälsa några särskilda livsmedel?

(Var vänlig att markera Nej eller Ja för varje livsmedel.)

Nej Ja

 

Kött i allmänhet

 

Kött med mycket fett

 

Hårt stekt kött

 

Rökt mat

 

Korv

 

Grädde/smör

 

Kakor och wienerbröd

 

Salt/salta matvaror

 

Socker

 

Mat med mycket färgämne

 

Kaffe

 

Mellanmål

 

Mjolkprodukter

Annat, vad \_\_\_\_\_

#### 2. Äter Ni med tanke på Er hälsa några särskilda livsmedel?

(Var vänlig att markera Nej eller Ja för varje livsmedel.)

Nej Ja

 

Råa grönsaker och frukt

 

Yoghurt, fil och andra surmjölksprodukter

 

Växt- eller dietmargarin

 

Grovt bröd

 

Kosttillskott, t. ex. vitaminer, mineraler, fiberprodukter

 

Hälsokost, biodynamiskt odlade grönsaker

 

Biodynamiskt mjöl

Annat, vad \_\_\_\_\_

3. Hur lång är Ni? c:a \_\_\_\_\_ cm

4. Hur mycket väger Ni? c:a \_\_\_\_\_ kg

**5. Har Ni någonsin rökt?**

- Nej, inte ens provat
- Ja, men bara provat
- Ja, då och då (t.ex. vid fester)
- Ja, har rökt regelbundet men slutat → När? 19.....
- Ja, jag röker regelbundet

**6. Hur många år sammanlagt har Ni rökt? (Svara så exakt som möjligt. Om Ni aldrig rökt eller bara provat: skriv 0.)**

\_\_\_\_\_ år

**7. Har Ni någonsin snusat?**

- Nej, inte ens provat
- Ja, men bara provat
- Ja, då och då
- Ja, har snusat regelbundet men slutat → När? 19.....
- Ja, jag snusar regelbundet

**8. Hur många år sammanlagt har Ni snusat? (Svara så exakt som möjligt. Om Ni aldrig snusat eller bara provat: skriv 0.)**

\_\_\_\_\_ år

**9. Hur mycket tobak brukade/brukar Ni konsumera?  
(Ange mängden som exakt som möjligt.)**

- Har varken rökt eller snusat

\_\_\_\_\_ cigaretter/dag

\_\_\_\_\_ cigarrer/dag

\_\_\_\_\_ cigarrcigaretter/dag

\_\_\_\_\_ gram piptobak/vecka

\_\_\_\_\_ dosor snus/vecka



**10. Hur skulle Ni beskriva Er tobakskonsumtion under den största delen av den tid Ni rökt eller snusat?**

- Har varken rökt eller snusat
- Rökt/snusat litet
- Rökt/snusat måttligt
- Rökt/snusat mycket

**11. Hur ofta brukar Ni vanligen dricka öl (ej lättöl)?**

- Aldrig
- En gång om året eller mindre
- Två till sex gånger om året
- En gång i månaden
- Två gånger i månaden
- En gång i veckan
- Två gånger i veckan
- Varannan dag
- Varje dag

**12. Hur mycket öl (ej lättöl) dricker Ni ungefär vid varje tillfälle?**

- Dricker inte öl
- Ett glas eller mindre
- En flaska (33 cl)
- 2 flaskor
- 3 flaskor (två 45 cl burkar)
- 4 flaskor
- 5 flaskor
- 6 flaskor eller mer, nämligen: \_\_\_\_\_ flaskor (Ange antal flaskor)

**13. Hur ofta brukar Ni vanligen dricka lättvin (t.ex. rött eller vitt vin)?**

- Aldrig
- En gång om året eller mindre
- Två till sex gånger om året
- En gång i månaden
- Två gånger i månaden
- En gång i veckan
- Två gånger i veckan
- Varannan dag
- Varje dag

**14. Hur mycket lättvin dricker Ni ungefär vid varje tillfälle?**

- Dricker inte vin
- 10 cl (1 vinglas)
- 20 cl
- 37 cl (1 halvflaska)
- 60 cl
- 75 cl (1 helflaska)
- Mer än 1 helflaska, nämligen \_\_\_\_\_ flaskor (Ange antal flaskor)

**15. Hur ofta brukar Ni vanligen dricka starksprit? (Med starksprit avser vi brännvin, gin, konjak, whisky, likör, punsch etc. Även starksprit som ingår i t.ex. drink eller grogg.)**

- Aldrig
- En gång om året eller mindre
- Två till sex gånger om året
- En gång i månaden
- Två gånger i månaden
- En gång i veckan
- Två gånger i veckan
- Varannan dag
- Varje dag

**16. Hur mycket starksprit brukar Ni ungefär dricka vid varje tillfälle?**

- Dricker inte starksprit
- 4 cl (ungefär en liten snaps eller motsvarande)
- 6 cl (en stor snaps eller motsvarande)
- 8 cl
- 12 cl
- 18 cl
- 37 cl (1 halvflaska)
- 60 cl
- 75 cl (1 helflaska)
- mer än 1 helflaska, nämligen \_\_\_\_\_ flaskor (ange antal flaskor)

**IX. Nedan följer en del frågor om Era kontakter med släkt och vänner.**

**1. Bor Ni ensam eller hur många finns det i hushållet inräknat Er själv?**

Ensam

Annat antal \_\_\_\_\_

**2. Har Ni barn i livet?**

Nej

Ja → Antal barn \_\_\_\_\_

**3. Om Ni har barn: Hur ofta brukar Ni träffa eller ha telefonkontakt med Ert/Era barn? (Var vänlig och markera med ett kryss hur ofta Ni träffar Ert/Era barn och med ett kryss hur ofta Ni har telefonkontakt.)**

	Träffar	Telefonkontakt
Dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varje vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varje månad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varje år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer sällan/nästan aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hur ofta brukar Ni träffa eller ha telefonkontakt med Ert mest jämnåriga syskon. D.v.s. om Ni är kvinna Er mest jämnåriga bror och om Ni är man Er mest jämnåriga syster. (Var vänlig markera med ett kryss hur ofta Ni träffar Ert mest jämnåriga syskon och med ett kryss hur ofta Ni har telefonkontakt).

	Träffar	Telefonkontakt
Dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varje vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varje månad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varje år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer sällan/aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hur ofta brukar Ni träffa eller ha telefonkontakt med andra vänner och bekanta? (Var vänlig att markera med ett kryss hur ofta Ni träffar vänner och bekanta och med ett kryss hur ofta Ni har telefonkontakt.)

	Träffar	Telefonkontakt
Dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varje vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varje månad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varje år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer sällan/nästan aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Händer det att Ni besväras av ensamhetskänslor?**

- Nästan alltid
- Ofta
- Sällan
- Nästan aldrig

**7. Har Ni bekanta Ni kan prata med?**

- Nej inte alls
- Nej knappast
- Ja i viss mån
- Ja i hög grad

**8. Känner Ni Er som en del i en bekantskapskrets?**

- Nej inte alls
- Nej knappast
- Ja i viss mån
- Ja i hög grad

**9. Saknar Ni sällskap?**

- Nej inte alls
- Nej knappast
- Ja i viss mån
- Ja i hög grad

**10. Känner Ni Er övergiven?**

- Nej inte alls
- Nej knappast
- Ja i viss mån
- Ja i hög grad

## X. Slutligen följer några frågor om hur Ni känner Er för tillfället.

### 1. Hur ofta under den senaste veckan kände Ni Er på följande sätt?

(Var vänlig kryssa för något av de 4 alternativen vid varje påstående.)

<b>Under senaste veckan:</b>	<b>Aldrig/ nästan aldrig</b>	<b>Ganska sällan</b>	<b>Ganska ofta</b>	<b>Alltid/ nästan alltid</b>
- oroade jag mig för saker och ting som jag inte brukar oroas för .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag inte för att äta; jag hade dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag mig nere trots stöd från familj och vänner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag att jag var lika mycket värd som andra människor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hade jag svårt för att koncentrera mig på vad jag höll på med .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag mig deprimerad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag att allt jag gjorde var tungt och besvärligt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag tillförsikt inför framtiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tyckte jag att mitt liv hade varit misslyckat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag mig rädd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sov jag oroligt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag mig lycklig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pratade jag mindre än vanligt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag mig ensam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- var människor ovänliga .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- trivdes jag med tillvaron .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- grät jag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kände jag mig ledsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- upplevde jag att folk tyckte illa om mig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kunde jag inte "komma igång" .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hur ställer Ni Er till dessa påståenden? (Var vänlig att kryssa för något av de 5 alternativen för varje påstående.

	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Stämmer varken/ eller	Stämmer inte så bra	Stämmer inte alls
Mycket som händer folk beror delvis på otur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duktiga människor som inte blivit "ledare" har inte tagit vara på sina möjligheter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folk som är illa omtyckta begriper inte hur man umgås med andra .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När jag gör upp planer är jag nästan säker på att jag kan utföra dem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att mina önskningar gått i uppfyllelse beror inte enbart på tur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För att bli chef gäller det att ha turen att vara på rätt plats vid rätt tidpunkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De flesta inser inte i vilken utsträckning deras liv styrs av tillfälligheter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är svårt att veta om en människa verkligen tycker om en .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De flesta motgångar beror på okunnighet, lättja eller dumhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det känns ofta som om jag inte kan påverka vad som händer mig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folk blir ensamma därför att de inte försöker vara vänskapliga .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibland känns det som om jag inte kan styra mitt eget liv tillräckligt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**3. Ibland får man intryck av att män och kvinnor har olika inställning till hälso-  
problem och bekymrar sig på olika sätt. Hur ställer Ni er till nedanstående  
frågor? (Var vänlig att kryssa i något av de tre alternativen för varje fråga.)**

	Män	Lika	Kvinnor
- vem blir snabbast hjälplös p g a hälsoproblem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vem klagar mer på småkrämpor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vem klagar mer vid stora skador.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vem står bäst ut med kronisk smärta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vem håller mest tyst om sina hälsoproblem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vem söker oftast hjälp för sina hälsoproblem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vem tar sina mediciner mest noggrant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vem har i regel flest sjukdomar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vem har i regel svårast sjukdomar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vi kanske behöver ställa några kompletterande frågor.**

Kan vi nå Er per telefon?

Ja → Mitt telefonnummer är (även riktnummer) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nej

Vi är tacksamma att få veta Era synpunkter på undersökningen.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Har Ni fått hjälp med att fylla i enkäten (helt eller delvis)?**

Nej

Ja → Hur?

Hjälp med att kryssa i och skriva svaren.

Hjälp med att svara helt eller delvis på frågorna.

Varför?

Dålig syn

Svårt att skriva (t.ex. ledgångsbesvär)

Annan anledning

Vem hjälpte Er? \_\_\_\_\_

Tel nr (även riktnr) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vi är tacksamma om Ni läser  
igenom enkäten för att se så att Ni  
inte har glömt någon fråga eller  
hoppat över någon sida!

Tack än en gång för Er medverkan!

X

X

75

X

X

X

X

X

62

X

X