

FRÅGEFORMULÄR

60-åringarnas hjärt/kärlhälsa

- en undersökning av 1937 och 1938 års män och kvinnor i Stockholms län

Börja med att fylla i namn och personuppgifter:

Namn

Personnummer

Adress

.....

Tel hem

Tel arbete

Här följer en rad frågor om Din bakgrund, hemmiljö, arbetssituation, Dina släktingars hälsa, levnadsvanor, personlighet mm. Dessa faktorer tror man påverkar vår risk att drabbas av hjärt/kärlsjukdom. Svara så uppriktigt och noga Du kan. Dina svar behandlas konfidentiellt, men vi behöver Ditt namn och personnummer samt adress och telefon för att vid behov kunna komplettera uppgifterna samt för att kunna meddela Dig svaren på Dina prover. En läkare bedömer Dina provsvar och c:a 1 - 1 1/2 månad efter undersökningen får Du ett brev hem.

Frågorna i frågeformuläret besvaras genom att Du kryssar i lämplig ruta eller själv skriver ett svar på de tomma prickade raderna. Formulären kommer att avläsas maskinellt. Därför är det viktigt att **texta tydligt** med stora bokstäver samt att kryssa mitt i rutan, som exemplet nedan visar.

kryssa mitt i rutan



kryssa **inte** så här



Fråga gärna personalen om något är oklart. Om Du fyller i frågeformuläret hemma och behöver fråga om något går det bra att ringa till vår bokningscentral på telefon 728 62 20 vardagar mellan kl 9.00 - 12.00.

Tack på förhand!

BAKGRUND

Var är Du född?

I Sverige

Stad
 Landsbygd

Ange kommun och församling.....

Annat land

Stad
 Landsbygd

Vilket land?.....

Om Du är född i annat land än Sverige, hur många år har Du bott i Sverige?.....år

Talar Du svenska? Ja Nej

Vilken var anledningen till att Du flyttade till Sverige?.....

.....
.....



UTBILDNING OCH YRKE

Vilken eller vilka skolutbildningar har Du?

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Folkskola | <input type="checkbox"/> |
| Grundskola/enhetsskola | <input type="checkbox"/> |
| Realskola | <input type="checkbox"/> |
| Flickskola | <input type="checkbox"/> |
| Fackskola | <input type="checkbox"/> |
| Yrkesskola | <input type="checkbox"/> |
| Gymnasieskola, praktiska linjer | <input type="checkbox"/> |
| Gymnasieskola, teoretiska linjer | <input type="checkbox"/> |
| Universitet eller högskola | <input type="checkbox"/> |
| Annat | <input type="checkbox"/> |
| Vad? | |

Vilket är Ditt nuvarande yrke?.....

Är Du egen företagare eller anställd?.....

Om Du är egen företagare, hur många anställda har Du?.....

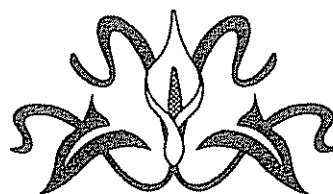
Vad har Du för arbetsuppgifter?.....

Hur länge har Du haft nuvarande arbete?.....

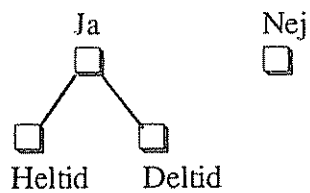


Vilka anställningar har Du haft tidigare under minst 1 år?

Företag/arbetsgivare	Yrke	Arbetsuppgifter	Från år - till år
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			



Arbetar Du för närvarande?

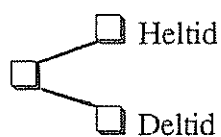


Om Du svarat nej eller deltid,
kryssa i vilket alternativ
som gäller

arbetslös

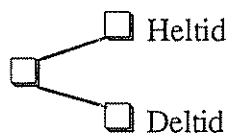
Sedan när?.....

sjukskriven



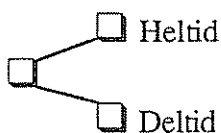
Sedan när?.....

sjukbidrag
eller
sjukpensionerad



Sedan när?.....

förtidspensionerad



Sedan när?.....

Orsak till förtidspensionering? sjukdom

brist på arbete

arbetslös

Sedan när?.....

CIVILSTÅND OCH BOENDE

	Ja	Nej
Är Du gift eller sammanboende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Du svarat nej: Har Du tidigare varit gift eller sammanboende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är Du änka eller änklings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur många barn har Du?st	
Vilka år föddes barnen?st	

	Ja	Nej
Har Du barnbarn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur många barnbarn har Du?st	

Hur bor Du? I lägenhet

- Hyresrätt
- Bostadsrätt

I villa/radhus

- Bostadsrätt
- Eget boende

Annat boende? Ange vad.....

Hur många personer bor tillsammans med Dig?.....st

OM DINA BIOLOGISKA SLÄKTINGAR

Lever Din far? Ja Nej Vet ej

Om ja, hur gammal är han?år

Om nej, hur gammal var han när han dog? år

Vad dog han av?

Kryssa för om Din far har eller hade något eller några hälsoproblem! Ange också på raden till höger om rutan hur gammal han var när han blev sjuk.

Hjärtinfarkt år

Kärlkramp i hjärtat år

Sockersjuka år

Högt blodtryck år

Höga blodfetter år

Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan) år

Annat? Vad? år

Nej, min far är/var i stort sett frisk

Vet ej

Lever Din mor? Ja Nej Vet ej

Om ja, hur gammal är hon?år

Om nej, hur gammal var hon när hon dog?år

Vad dog hon av?

Kryssa för om Din mor har eller hade något eller några hälsoproblem! Ange också på raden till höger om rutan hur gammal hon var när hon blev sjuk.

- | | | |
|---|--------------------------|----------|
| Hjärtinfarkt | <input type="checkbox"/> | år |
| Kärlkramp i hjärtat | <input type="checkbox"/> | år |
| Sockersjuka | <input type="checkbox"/> | år |
| Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> | år |
| Höga blodfetter | <input type="checkbox"/> | år |
| Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan) | <input type="checkbox"/> | år |
| Annat? Vad? | <input type="checkbox"/> | år |
| Nej, min mor är/var i stort sett frisk | <input type="checkbox"/> | |
| Vet ej | <input type="checkbox"/> | |

Var kommer Dina föräldrar ifrån? Ange födelseort.

Mor.....

Far.....

Vilket yrke hade Dina föräldrar?.....

Mor.....

Far.....



Ja Nej Vet ej

Har Du några syskon?

Om ja, hur många syskon har Du? st

Vilka år är Dina syskon födda?

*Kryssa för om något eller några av Dina syskon har något eller några hälsoproblem!
 Ange i så fall också hur många syskon som drabbats och hur gamla de var när de blev sjuka.*

		Antal syskon som drabbats	Vid åldern
Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>år
Kärlkramp i hjärtat	<input type="checkbox"/>år
Sockersjuka	<input type="checkbox"/>år
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>år
Höga blodfetter	<input type="checkbox"/>år
Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	<input type="checkbox"/>år
Annat? Vad?	<input type="checkbox"/>år
Vet ej	<input type="checkbox"/>		

Ja Nej

Har något eller några av Dina syskon avlidit före 60 års ålder?

Om ja, ange kön, ålder och orsak.....

.....

.....

.....

.....

.....

DINA SJUKDOMAR

Har Du tidigare varit helt frisk? Ja Nej

Kryssa för om Du har eller har haft något/några av dessa hälsoproblem! Ange också på raden till höger om rutan vid vilken ålder Du blev sjuk.

Hjärtinfarkt år
Kärlkramp i hjärtat år
Hjärtsvikt år
Kärlkramp i benen år
Sockersjuka år

Om Du har sockersjuka, ange även nedan om Du har några komplikationer till sockersjuka

Nedsatt syn
Kroniska sår
Njurproblem
Amputation
Högt blodtryck år
Höga blodfetter år
Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan) år
Annan blodpropp (i ben eller lunga) år
Annat? Vad? år

Om Du svarat ja på frågan "annat", ange nedan vilken sjukdom och vid vilken ålder Du drabbats

.....

.....

Har Du varit sjukhusvårdad?

Ja

Nej

Om ja, ange när och för vad.....

.....

.....

.....

.....

Går Du på regelbundna kontroller hos någon läkare?

Ja

Nej

Om Du svarat ja, ange vilken läkare och var han/hon finns.....

.....

.....

MEDICINER

Tar Du några mediciner *regelbundet*?

Ja

Nej

Om Du svarat ja, ange vilken eller vilka mediciner

.....

.....

.....

.....

OBS! Glöm ej vitaminer och hormoner!

FÖR KVINNOR

Vid vilken ålder startade Dina menstruationer? år

Vid vilken ålder slutade Dina menstruationer? år

Hur många gånger har Du varit gravid? Antal ggr.

Hur många barn har Du fött? Antal.....

Har Du genomgått någon gynekologisk operation?

.....
.....
.....
.....

Om Du tar några hormonpreparat (östrogener) i tablettform, i plåster eller sprutor ange det ovan under rubriken MEDICINER.

OM DIN VIKT

Vad vägde Du vid 20 års ålder? kg

Bli Du lätt bukfet? Ja Nej

Anser Du själv att Du är överviktig? Ja Nej

OM FYSISK AKTIVITET

Fysisk aktivitet på Ditt arbete. Om Du slutat arbeta, svara vad som gällde när Du arbetade.

Hur stor del av arbetsdagen har Du stillasittande arbete?

Avser hur mycket Du rör Dig i Ditt arbete. Stillasittande kan även innebära stilla stående.

- Sitter nästan hela dagen
- Stillasittande ungefär halva dagen
- Stillasittande mindre än halva dagen
- Sitter inte alls

Hur fysiskt ansträngande är Ditt arbete?

- Mycket lätt
- Lätt
- Ansträngande
- Mycket ansträngande



Fysisk aktivitet på fritiden

Hur mycket har Du rört Dig och ansträngt Dig kroppsligen på fritiden under det senaste året?

Om Din aktivitet varierar mellan t ex sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt.

OBS! Kryssa endast i ett alternativ.

Stillasittande fritid

Du ägnar Dig mestadels åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.

Lätt motion på fritiden

Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. I detta inräknas också gång eller cykling till och från arbetet, söndagspromenader, ordinärt trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.

Måttlig, regelbunden motion på fritiden

Du motionerar regelbundet 1-2 gånger per vecka, minst 30 minuter per gång med löpning, simning, tennis, badminton eller annan aktivitet som gör att Du svettas.

Regelbunden motion och träning

Du ägnar Dig åt löpning, simning, tennis, badminton, motiongymnastik eller liknande vid 3 eller fler tillfällen per vecka. Varje tillfälle varar minst 30 minuter per gång och Du blir svettig.

Tidigare motionerade jag mera

 mindre

 lika mycket

Om Du ändrat Ditt motionerande, ange varför?.....

.....

TOBAKSBRUK

Röker Du? Ja Nej

Om Du svarat ja, hur mycket?cigaretter/dag
piptobak?.....g/vecka

Hur många år har Du rökt?år

Har Du tidigare rökt?

Ja Nej

Om Du svarat ja, när slutade Du röka? årtal

I hur många år rökte Du? år

I snitt hur många cigaretter/dag rökte Du? st/dag

Snusar Du?

Ja Nej

Hur många år har Du snusat?år

Om Du svarat ja, hur mycket?dosor/vecka

Har Du tidigare snusat?

Ja Nej

Om Du svarat ja, när slutade Du snusa?årtal

Hur många år snusade Du?år

I snitt hur mycket snusade Du?dosor/vecka

Utsätts eller har Du utsatts för **passiv rökning**, dvs vistats i rökiga lokaler på Din arbetstid eller levt tillsammans med någon som rökt inomhus?

Ja Nej

Om Du svarat ja, under hur många år har Du blivit utsatt för passiv rökning?..... år

MATVANOR OCH DRYCKESVANOR

Besvara frågorna om mat och dryck utifrån hur Du äter nu.

1. *Äter Du regelbundet, dvs frukost, lunch och middag eller kvällsmål varje dag?*
 - Sällan
 - Ibland
 - För det mesta
 - Alltid

2. *Hur många smörgåsar (bröd, smör eller margarin med ev pålägg) äter Du om dagen?*
 - Inga alls
 - Högst 2 smörgåsar om dagen
 - 3-5 smörgåsar om dagen
 - Minst 6 smörgåsar om dagen

3. *Vad brukar Du breda på brödet?*
 - Smör eller Bregott
 - Lätt- eller bordsmargarin t ex Lätta, Lätt och Lagom, Carlshamn, Flora
 - Nytta
 - Inget matfett alls

4. *Hur mycket smör eller margarin använder Du till en smörgås?*
 - Minst en portionsförpackning (10 g)
 - C:a en halv portionsförpackning
 - Mindre än en halv portionsförpackning
 - Inget alls

5. *Hur mycket ost lägger Du på en smörgås?*
 - 3 ostskivor eller mer
 - 2 ostskivor
 - 1 ostskiva eller mindre
 - Ingen (äter inte ost)

6. *Vilken sorts mjölk, fil och yoghurt väljer Du helst?*

Oftast standardmjölk, vanlig fil och yoghurt

Både lätta och "vanliga" mjölkprodukter

Oftast lättmjölk, lättfil och lättoghurt

Undviker mjölkprodukter

7. *Hur ofta äter Du frukt och bär?*

Flera gånger om dagen

Dagligen

Några gånger i veckan

Sällan

8. *Hur ofta äter Du grönsaker (utom sallad, tomat och gurka) eller rotfrukter?*

Mer än en portion om dagen

Nästan dagligen

Några gånger i veckan eller mera sällan

Aldrig

9. *Hur ofta äter Du mager fisk (t ex torsk, spätta)?*

3 gånger i veckan eller oftare

1-2 gånger i veckan

Sällan

10. *Hur ofta äter Du fet fisk (t ex lax, strömming, makrill)?*

3 gånger i veckan eller oftare

1-2 gånger i veckan

Sällan

11. *Hur ofta äter Du korv, stekfläsk eller bacon till huvudrätt?*

Ett par gånger i veckan

En gång i veckan

Ett par gånger i månaden

Nästan aldrig

12. *Brukas Du skära bort synligt fett från kött?*
- Ja
- Nej
- Ibland
13. *Hur ofta äter Du stekt potatis, pommes frites eller potatisgratäng?*
- Ett par gånger i veckan
- En gång i veckan
- Ett par gånger i månaden
- Nästan aldrig
14. *Hur många ägg äter Du? (även ägg till matlagning och bakning)*
- 1 ägg om dagen eller mera
- 4-6 ägg i veckan
- 2-3 ägg i veckan
- 1 ägg i veckan eller mindre
15. *Vilket matfett brukar Du använda till stekning, såser m m?*
- Smör, Bregott
- Stekmargarin t ex Milda, Hushållseve
- Flytande margarin eller olja
- Inget alls
16. *Hur ofta använder Du grädde eller creme fraiche (även i såser o dyl)?*
- Ett par gånger i veckan eller oftare
- C:a 1 gång i veckan
- Ett par gånger i månaden eller mera sällan
17. *Hur ofta äter Du chips, choklad, wienerbröd, tårter, dessertostar o dyl?*
- Ett par gånger i veckan eller oftare
- C:a 1 gång i veckan
- Ett par gånger i månaden
- Nästan aldrig

18. *Hur mycket lättöl brukar Du dricka?*

- 1 burk/flaska om dagen eller mera
- 4-6 burkar/flaskor i veckan
- 2-3 burkar/flaskor i veckan
- 1 burk/flaska i veckan eller mindre
- Inget alls

19. *Hur mycket folköl brukar Du dricka?*

- 1 burk/flaska om dagen eller mera
- 4-6 burkar/flaskor i veckan
- 2-3 burkar/flaskor i veckan
- 1 burk/flaska i veckan eller mindre
- Inget alls

20. *Hur mycket starköl brukar Du dricka?*

- 1 burk/flaska om dagen eller mera
- 4-6 burkar/flaskor i veckan
- 2-3 burkar/flaskor i veckan
- 1 burk/flaska i veckan eller mindre
- Inget alls

21. *Hur mycket vin brukar Du dricka?*

- 4 flaskor i veckan eller mera
- 2-3 flaskor i veckan
- 1/2-1 flaska i veckan
- Upp till 1/2 flaska vin i veckan
- Något enstaka glas vin i månaden
- Inget alls

22. *Hur mycket starksprit brukar Du dricka?*

- 1 flaska (75 cl) eller mera i vecka
- 35-75 cl i veckan
- 15-35 cl i veckan
- 1-15 cl i veckan
- Inget alls

23. *Har Ditt intag av alkohol förändrats?*

Har alltid druckit ungefär lika mycket

Har minskat mitt intag

Har ökat mitt intag

Ja

Nej

23. *Har Du någon gång under livet ändrat Dina matvanor?*

Om Du svarat ja, ange nedan på vilket sätt Du ändrat Dina matvanor och varför

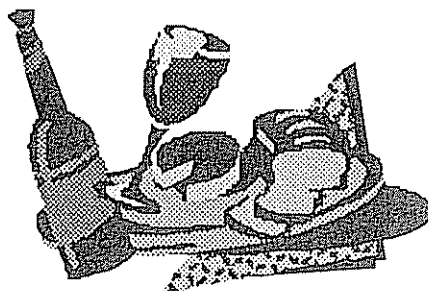
.....

.....

.....

.....

.....



BESVÄR

Har Du under **DE SENASTE TRE MÅNADERNA** besvärats av något eller några av nedanstående tillstånd.

	Ja	Nej
1. Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ögonbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Känt Dig allmänt trött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sömnbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nervösa besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Svettningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andfåddhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ont i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Känt Dig lättirriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Känt Dig överansträngd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Haft svårt att koncentrera Dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Känt Dig rastlös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haft perioder då Du känt Dig nere och dyster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haft lätt att gråta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haft svårt att slappna av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Avmagring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Övervikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Frusenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ledbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ont i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ont i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Besvär med att kasta vatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYMPTOM FRÅN HJÄRTA OCH KÄRL

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <i>Har Du någon gång haft smärta eller obehag i bröstet i vila?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Får Du ont i bröstet när Du går i en uppförsbacke?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Vad gör Du om Du får ont i bröstet?</i> | | |
| Stannar | <input type="checkbox"/> | |
| Saktar ner | <input type="checkbox"/> | |
| Fortsätter i samma tempo | <input type="checkbox"/> | |
| | Ja | Nej |
| <i>Försvinner smärtan om Du står stilla?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Är smärtan borta inom 10 minuter?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Har Du någon gång haft ont i bröstet nattetid?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Får Du ont eller kramp i vaderna när Du går snabbt eller i en uppförsbacke?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Försvinner smärtan om Du står stilla?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALLMÄNT HÄLSOTILLSTÅND

Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

Hur tycker Du Ditt allmänna hälsotillstånd är jämfört med andra i Din egen ålder?

- Mycket bra
- Något bättre
- Varken bättre eller sämre
- Något sämre
- Mycket sämre

LIVSKVALITET

I nedanstående rutor är det meningen att Du ska försöka uppskatta och markera hur tillfredsställd Du är med Din situation i olika avseenden. Rutorna går från "mycket dåligt" som är sämsta tänkbara situation, till "alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre". Ange hur Du upplever Din situation i olika avseenden genom att sätta ett kryss i en ruta någonstans utefter skalan.

	Mycket dåligt							Alldeles utmärkt Kunde inte vara bättre						
1. Hem och familjesituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arbetsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ekonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Minne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kondition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tålamod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Självförtroende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Känner Du Dig betydelsefull och uppskattad utanför hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Känner Du Dig betydelsefull och uppskattad i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mycket dåligt							Alldeles utmärkt Kunde inte vara bättre						



PERSONLIGHET OCH STRESS

Fundera över följande påståenden som gäller Din personlighet och sätt ett kryss i en av de tre rutorna.

		Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte alls
1.	Jag talar långsamt och eftertänksamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Jag kommer aldrig för sent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Jag visar mina känslor utåt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Jag blir lätt arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Jag kommer på mig själv att skynda även när jag har gott om tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Jag vet ofta bättre än de som bestämmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Jag har svårt att få tiden att räcka till	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Jag försöker göra flera saker samtidigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Jag vill få saker gjorda snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Jag blir otålig om jag måste vänta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Folk säger ofta till mig att varva ner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FAMILJESITUATION

Tag ställning till följande påståenden som rör Din familj!

	Ja	Nej
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EKONOMI

Tag ställning till följande påståenden som rör Din ekonomi , sätt ett kryss i den ruta som passar bäst.

	Instämmer helt och hållet	Instämmer delvis	Varken instämmer eller tar avstånd	Tar delvis avstånd	Tar helt och hållet avstånd
1. Jag har en ordnad och trygg ekonomi som gör att jag inte behöver oroa mig för om pengarna ska räcka till	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag har svårigheter att få min ekonomi att gå ihop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Det händer ofta att jag oroar mig för min ekonomiska situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag har under den senaste tiden haft svårigheter att betala räkningar i tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag har inga svårigheter att få min ekonomi att gå ihop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Det händer ofta att jag måste avstå från saker och ting som jag tycker är viktiga pga att jag inte har haft tillräckligt med pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Det händer ofta att jag grubblar över hur det skall gå med min ekonomi de närmaste åren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Under den senaste tiden har jag inte haft några som helst svårigheter med att betala räkningar i tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | I stort sett varje dag | Några gånger i veckan | Högst en gång | Mer sällan i veckan | Aldrig |
| 9. Hur ofta grubblar Du över hur det skall gå med Din ekonomi de närmaste åren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Aldrig | Mycket sällan | Ganska sällan | Ganska ofta | Mycket ofta |
| 10. Hur ofta händer det att Du har svårigheter att betala räkningar i tid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja utan svårighet | Ja men med svårighet | Nej | | |
| 11. Om Du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där Du måste på en vecka skaffa fram 10.000 kr, skulle Du kunna klara detta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Ja flera gånger | Ja någon enstaka gång | Ja en gång | Nej | |
| 12. Har det under det senaste året hänt att Du måste avstå från läkarbesök eller tandläkarbesök pga att Du inte haft råd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

DIN SYN PÅ DIG SJÄLV I FÖRHÅLLANDE TILL ANDRA

Några påståenden om Din syn på Dig själv i förhållande till andra. Kryssa i det svarsalternativ som passar bäst!

- | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Instämmer helt och hållet | Instämmer delvis | Varken instämmer eller tar avstånd | Tar delvis avstånd | Tar helt och hållet avstånd |
| 1. Det händer ofta att jag känner mig stolt inför andra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Det händer ofta att andra inte behandlar mig med respekt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Det händer ofta att andra behandlar mig som en viktig person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Det händer ofta att andra inte visar mig sin uppskattning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Det händer ofta att andra ser upp till mig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Instämmer helt och hållet	Instämmer delvis	Varken instämmer eller tar avstånd	Tar delvis avstånd	Tar helt och hållet avstånd
6. Det händer ofta att andra visar att jag ej är en duglig person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Det händer ofta att andra tar kontakt med mig för att höra hur jag har det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Det händer ofta att jag känner mig otrygg tillsammans med andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Det händer ofta att andra visar mig sin uppskattning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Det händer ofta att jag känner mig mindervärdig inför andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Det händer ofta att andra behandlar mig med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Det händer ofta att andra visar att de inte tycker om mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Det händer sällan att jag känner mig otrygg tillsammans med andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Det händer ofta att andra ignorerar vad jag tycker och tänker i frågor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Det händer ofta att andra visar att jag är en duglig person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Det händer ofta att andra behandlar mig som en mindre viktig person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Det händer ofta att andra visar att de tycker om mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Det händer sällan att andra tar kontakt med mig för att höra hur jag har det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Det händer ofta att andra är intresserade av vad jag tycker och tänker i olika frågor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Det händer ofta att andra ser ner på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBETSPLATSFÖRHÅLLANDEN

Tag ställning till följande påståenden som rör Din arbetssituation och arbetsplats.
Hoppa över frågorna om Du inte arbetar.

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Det är en god sammanhållning på min arbetsplats. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mina arbetskamrater ställer upp för mig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. På mitt arbete har man förståelse för att jag kan ha en dålig dag. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jag kommer bra överens med mina arbetskamrater. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jag trivs bra på min arbetsplats. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Arbetstakten i mitt arbete bestäms av:

- | | Nej | I liten grad | I någon mån | I hög grad |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ett löpande band | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. maskiner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. arbetskamrater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. kunder, klienter eller andra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. närmaste chef | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. mig själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. något annat, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

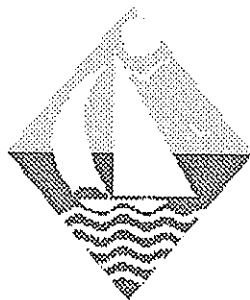
vad?

Frågor om ansvar, beslut och konflikter.

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, aldrig
1. Har Du i Ditt arbete ansvar för andra människors liv och säkerhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har Du i Ditt arbete ansvar för stora materiella värden där det finns risk också för materiella skador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Innebär Ditt arbete att Du har att fatta svåra och självständiga beslut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Är Du indragen i någon form av konflikt eller bråk på Din arbetsplats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Är Du utsatt för våld eller hot om våld i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

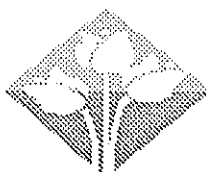
Hur är Din ställning på arbetet?

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, aldrig
1. Bestämmer själv mitt arbetstempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bestämmer själv förläggningen av mina raster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bestämmer själv förläggningen av min semester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deltar i tillsättandet av min närmaste chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Deltar i valet av arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Deltar i utformningen av min fysiska miljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Frågor om krav i Ditt arbete:

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, aldrig
1. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kräver Ditt arbete en stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Förekommer det motstridiga krav i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kräver Ditt arbete skicklighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kräver Ditt arbete påhittighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Innehåller Ditt arbete att man gör samma saker om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har Du frihet att bestämma hur Ditt arbete ska utföras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har Du frihet att bestämma vad som ska utföras i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Om Dina arbetsuppgifter är svåra har Du då möjlighet att få råd och hjälp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



KONFLIKTLÖSNING

Hur brukar Du oftast reagera om Du blir orättvist behandlad eller råkar i konflikt med A) en arbetsledare/chef, B) en arbetskamrat eller C) en anhörig eller vän

Om Du slutat arbeta, svara så som Du brukade reagera. Ange ett alternativ för chef (arbetsledare) ett för arbetskamrater och ett för anhörig eller vän på varje fråga.

- | | A) Chef | B) Arbetskamrat | C) Anhörig/vän |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Låter saken passera utan att säga något | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast |
| | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland |
| | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan |
| | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig |
| 2. Går därifrån | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast |
| | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland |
| | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan |
| | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig |
| 3. Protesterar direkt | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast |
| | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland |
| | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan |
| | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig |

- | | A) Chef | B) Arbetskamrat | C) Anhörig/vän |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 4. Resonerar med vederbörande direkt | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast |
| | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland |
| | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan |
| | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig |
| 5. Skäller ut vederbörande direkt | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast |
| | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland |
| | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan |
| | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig |
| 6. Talar med vederbörande senare när man har lugnat ner sig | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast |
| | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland |
| | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan |
| | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig |

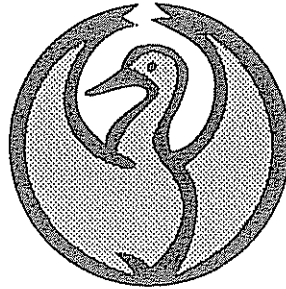
Vad händer sedan?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 7. Mår dåligt (huvudvärk, ont i magen etc) | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast |
| | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland |
| | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan |
| | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig |
| 8. Blir sur och vresig hemma | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast | <input type="checkbox"/> Ja, oftast |
| | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland | <input type="checkbox"/> Ja, ibland |
| | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan | <input type="checkbox"/> Nej, sällan |
| | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> Nej, aldrig |

FRITIDSAKTIVITETER

Markera vilka av nedanstående aktiviteter Du har sysslat med under de senaste 12 månaderna och hur ofta

	Aldrig	Enstaka gånger	Ofta eller regelbundet
1. Utfört reparation i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Utövat några hobbies (frimärken, slöjd, foto, musik mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Studier i hemmet (t ex språk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Skönlitteratur (läst minst en bok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haft bjudning i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Klippt gräsmatta, häck mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Målning, snickerier mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Skötsel av båt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Skötsel av bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Motionsidrott (fotboll, handboll, gymnastik, ute eller inne m m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cykelturer, skidor, skridskor, jakt eller fiske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Svampplockning, bärplockning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Använt motionscykel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Biobesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Teater/konsert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Idrottsevenemang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Besökt restaurang eller dansställe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Museum, mässor, utställningar mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Deltagit i gudstjänst eller församlingsverksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Spelat kort, bingo eller andra spel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Träffat släkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Träffat vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Rest utomlands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Rest i Sverige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PERSONLIGA FÖRHÅLLANDEN

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ingen | 1-2 | 3-5 | 6-10 | 11-15 | Mer än 15 |
| 1. Hur många vänner har Du som kan komma hem till Dig när som helst och känna sig hemma? De skulle inte bry sig ifall det var ostädad eller om Du höll på att äta på att äta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Stämmer helt | Stämmer ganska bra | Stämmer inte så bra | Stämmer inte alls | | |
| 2. Det finns människor i min omgivning som jag lätt kan be om saker, t ex låna verktyg eller köksgrejor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Stämmer helt | Stämmer ganska bra | Stämmer inte så bra | Stämmer inte alls | | |
| 3. Ger Du mer stöd till andra än Du får? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Ja, ofta | Ja, ibland | Nej, sällan | Nej, aldrig | | |
| 4. Händer det att Du känner Dig ensam? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Stämmer helt | Stämmer ganska bra | Stämmer inte så bra | Stämmer inte alls | | |
| 5. Är Du rotad och känner en stark samhörighet med Ditt bostadsområde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

ÖVRIGT AV BETYDELSE

Finns det ytterligare något som Du tror har betydelse när det gäller risk att få hjärt- kärlsjukdom?

I så fall vad?.....

.....

.....

.....

Tack för att Du besvarat frågorna. Dina svar som behandlas konfidentiellt hjälper oss att öka kunskaperna om riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid nr
Bakgrund.....	2
Utbildning och yrke.....	3
Civilstånd och boende.....	6
Om Dina släktingar.....	7
Dina sjukdomar.....	10
Mediciner.....	11
För kvinnor.....	12
Om Din vikt.....	12
Om fysisk aktivitet.....	13
Tobaksbruk.....	15
Matvanor och dryckesvanor.....	16
Besvär.....	21
Symtom från hjärta och kärl.....	22
Allmänt hälsotillstånd.....	22
Livskvalitet.....	23
Personlighet och stress.....	24
Familjesituation.....	24
Ekonomi.....	25
Din syn på Dig själv i förhållande till andra.....	26
Arbetsplatsförhållanden.....	28
Konfliktlösning.....	31
Fritidsaktiviteter.....	33
Personliga förhållanden.....	34
Övrigt av betydelse.....	35