

DELTAGARFORMULÄR

ID nr ID

1. Vilket är Ditt civilstånd?

- Ogift (1)
- Gift eller sammanboende (2)
- Änkling/Änka (3)
- Frånskild/separerat (4)
- Omgift/på nytt sammanboende (5)

Ifylles ej



J 102

2. Vilken är den högsta utbildning Du har avslutat?

- Folkskola (1)
- Yrkesskola, fackskola (2)
- Realskola, folkhögskola (3)
- Gymnasium (4)
- Universitet, högskola (5)

J 103

3. Är Du för närvarande?

- I fullt arbete (1)
- Förtidspensionär (2)
- Folkpensionär (3)
- Deltidspensionär/deltidssjukskriven (4)
- Helt sjukskriven (5)
- Arbetslös (6)
- Annat (7)

J 104

4. Vad är Ditt yrke resp. yrkestitel?

Försök att vara så specifik som möjligt och vid behov beskriv arbetet.

Yrke:.....

Yrkestitel:.....

SEI-kod

J 105

Pensionär och
Förtidspens. = 00

5. Är Du egen företagare?

- Nej (0)
- Ja, utan anställda (1)
- Ja, med anställda (2)

J 106

6. I vilket land är Du född?

- Sverige (1)
- Finland (2)
- Annat nordiskt land (3)
- Annat europeiskt land utom Norden (4)
- Land utanför Europa (5)

J 107

Har Du under de senaste **tre månaderna** besvärats av något eller några av nedanstående tillstånd (markera med ett kryss Ditt ja eller nej - är Du tveksam, försök ändå besvara frågan).

| Tillstånd | Nej (0) | Ja (1) | Har sökt läkare (2) | Ifylles ej ↓ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 7. Yrsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. <input type="checkbox"/> J 108 |
| 8. Ögonbesvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. <input type="checkbox"/> J 109 |
| 9. Hörselnedsättning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> J 110 |
| 10. Huvudvärk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. <input type="checkbox"/> J 111 |
| 11. Känt Dig allmänt trött | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. <input type="checkbox"/> J 112 |
| 12. Sömnbesvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. <input type="checkbox"/> J 113 |
| 13. Nervösa besvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. <input type="checkbox"/> J 114 |
| 14. Svetteningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. <input type="checkbox"/> J 115 |
| 15. Andfåddhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. <input type="checkbox"/> J 116 |
| 16. Ont i bröstet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. <input type="checkbox"/> J 117 |
| 17. Hosta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. <input type="checkbox"/> J 118 |
| 18. Känt Dig lättirriterad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. <input type="checkbox"/> J 119 |
| 19. Känt Dig överansträngd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. <input type="checkbox"/> J 120 |
| 20. Haft svårt att koncentrera Dig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. <input type="checkbox"/> J 121 |
| 21. Känt Dig rastlös | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. <input type="checkbox"/> J 122 |
| 22. Haft perioder då Du känt Dig nere och dystert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. <input type="checkbox"/> J 123 |
| 23. Haft lätt för att gråta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. <input type="checkbox"/> J 124 |
| 24. Haft svårt att slappna av | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. <input type="checkbox"/> J 125 |
| 25. Ont i magen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. <input type="checkbox"/> J 126 |
| 26. Illamående | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. <input type="checkbox"/> J 127 |
| 27. Diarré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. <input type="checkbox"/> J 128 |
| 28. Förstoppning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. <input type="checkbox"/> J 129 |

| Tillstånd | Nej (0) | Ja (1) | Har sökt läkare (2) | Ifylles ej ↓ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 29. Dålig aptit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. <input type="checkbox"/> J 130 |
| 30. Avmagring | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. <input type="checkbox"/> J 131 |
| 31. Övervikt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. <input type="checkbox"/> J 132 |
| 32. Frusenhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. <input type="checkbox"/> J 133 |
| 33. Besvär med att kasta vatten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. <input type="checkbox"/> J 134 |
| 34. Ledbesvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. <input type="checkbox"/> J 135 |
| 35. Ont i ryggen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. <input type="checkbox"/> J 136 |
| 36. Ont i benen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. <input type="checkbox"/> J 137 |
| 37. Blir Du andfådd: 1 vid gång i uppförslut eller vid snabb promenad på slät mark? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja 2 vid gång på slät mark tillsammans med jämnårig? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja 3 på slät mark även om jag går i min egen takt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja 4 vid tvättning, av- och påklädning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | | | KOR 1-4=nej; 0 1=ja; 1 1-2=ja; 2 1-3=ja; 3 1-4=ja; 4 4 <input type="checkbox"/> J 138 |
| 38. Har Du någon gång <u>känt</u> Dig "utbränd" eller "gått in i väggen"? <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/> Ja, tidigare men inte de senaste 12 månaderna (1) <input type="checkbox"/> Ja, någon period under de senaste 12 månaderna (2) <input type="checkbox"/> Ja, flera perioder under de senaste 12 månaderna (3) <input type="checkbox"/> Ja, konstant de senaste 12 månaderna (4) | | | | <input type="checkbox"/> J 139 |
| 39. Har Du någon varit <u>sjukskriven</u> för att Du känt Dig "utbränd" eller "gått in i väggen"? <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/> Ja, tidigare men inte de senaste 12 månaderna (1) <input type="checkbox"/> Ja, någon period under de senaste 12 månaderna (2) <input type="checkbox"/> Ja, flera perioder under de senaste 12 månaderna (3) <input type="checkbox"/> Ja, konstant de senaste 12 månaderna (4) | | | | <input type="checkbox"/> J 140 |

40. Har Du någonsin snusat?

 Nej (0) Ja (1)

Ifylles ej

 J 141

41. Snusar Du dagligen?

 Nej (0) Ja (1) J 14242. Har Du tidigare snusat men slutat
för minst en månad sedan? Nej (0) Ja (1) J 143

43. Hur många dosor snus använder Du per månad? Antal _____

 J 144
Snusar ej = 00

44. Hur många koppar kaffe dricker Du i genomsnitt per dag? Antal _____

 J 145

45. Vilken sorts kaffe dricker Du vanligen?

- Dricker inte kaffe (0)
 Bryggt kaffe (1)
 Kokkaffe (2)
 Nescafé eller pulverkaffe (3)
 Kaffe med olika metoder (4)

 J 146

46. Har Du haft problem med alkohol?

 Nej (0) Ja (1) J 147

47. Har Du problem med alkohol?

 Nej (0) Ja (1) J 148

48. Vilka är Dina arbetstider? (Kryssa för i endast en ruta)

- Är ej i förvärvsarbete (0)
 Arbetar enbart dagar (1)
 Arbetar enbart kvällar (2)
 Arbetar enbart nätter (3)
 Arbetar både dagar och kvällar (4)
 Arbetar både dagar och nätter (5)

 J 14949. Hur ofta oroas Du över att Du måste anstränga Dig mycket
hårt för att klara av Dina nuvarande arbetsuppgifter?

- Är ej i förvärvsarbete (0)
 Nästan jämt 5)
 Ofta (4)
 Ibland (3)
 Sällan (2)
 Aldrig (1)

 J 150

50. Hur ofta oroas Du över att det så ofta är så "stressigt" på Ditt arbete?

- Är ej i förvärvsarbete (0)
- Nästan jämt (5)
- Ofta (4)
- Ibland (3)
- Sällan (2)
- Aldrig (1)

Ifylles ej

 J 151

51. Under en jäktig dag undrar jag över hur jag skall hinna med allting.

- Aldrig (1)
- Sällan (2)
- Ibland (3)
- Ofta (4)
- Nästan jämt (5)

 J 152

52. Hur ofta den senaste månaden har Du haft svårt att somna?

- Inte alls (0)
- 1-3 kvällar/nätter (1)
- 4-7 kvällar/nätter (2)
- 8-14 kvällar/nätter (3)
- 15-21 kvällar/nätter (4)
- 22-31 kvällar/nätter (5)

 J 153

53. Hur ofta den senaste månaden har Du vaknat på morgonen efter att ha sovit normalt länge, men ändå känt Dig trött och ej utvilad?

- Inte alls (0)
- 1-3 morgnar (1)
- 4-7 morgnar (2)
- 8-14 morgnar (3)
- 15-21 morgnar (4)
- 22-31 morgnar (5)

 J 154

54. Hur många timmar brukar Du normalt sova per natt?

- 5 timmar eller mindre (1)
- 6 timmar (2)
- 7 timmar (3)
- 8 timmar (4)
- 9 timmar (5)
- 10 timmar eller mer (6)

 J 155

55. Jag är ofta bra mycket mer irriterad än folk är medvetna om.

- Stämmer (2)
 Stämmer inte (1)

Ifylles ej



J 156

56. Jag känner mig ofta som en krutdurk färdig att explodera.

- Stämmer (2)
 Stämmer inte (1)

J 157

57. Jag brukar känna mig lugn och samlad.

- För det mesta (1)
 Ganska ofta (2)
 Ibland (3)
 Nästan aldrig (4)

J 158

58. Om man sköter sig, kan man undvika att bli sjuk. Vad tycker Du?

6 5 4 3 2 1

Det håller jag
inte alls med
om

(Ringa in det som stämmer
med Din uppfattning)

Det håller jag
helt med om

J 159

59. Har någon av Dina närmaste varit allvarligt sjuk eller drabbats av allvarlig olyckshändelse?

- Nej (0)
 Ja, både det senaste året och tidigare (3)
 Ja, senaste året (2)
 Ja, tidigare (1)

J 160

60. Har Du haft allvarliga ekonomiska problem?

- Nej (0)
 Ja, både det senaste året och tidigare (3)
 Ja, senaste året (2)
 Ja, tidigare (1)

J 161

Sätt ett kryss i den ruta som stämmer med hur ofta Du känner på det sättet som beskrivs i nedanstående påståenden.

| | Sällan eller Aldrig | Ibland | Ofta | Alltid eller För det mesta | |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| 61. Jag får gråtatacker eller känner som om jag skulle vilja gråta. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1-4 J 162 |
| 62. Jag blir trött utan anledning. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1-4 J 163 |
| 63. Jag har lätt att göra de saker jag brukar göra. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4-1 J 164 |
| 64. Jag känner mig rastlös och har svårt att sitta still. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1-4 J 165 |
| 65. Jag ser ljust på framtiden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4-1 J 166 |
| 66. Jag har fullt upp att göra. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4-1 J 167 |
| 67. Det känns som om det vore bättre för omgivningen att jag vore död. .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1-4 J 168 |

Sätt ett kryss i den ruta som stämmer med hur ofta Du gjort nedanstående aktiviteter under de senaste 12 månaderna

| | Nej (0) | Enstaka gånger (1) | Ofta/ regelbundet (2) | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 68. Haft bjudning i hemmet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> J 169 |
| 69. Motionsidrott (fotboll, handboll, gymnastik etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> J 170 |
| 70. Besökt dansställe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> J 171 |
| 71. Besökt släkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> J 172 |
| 72. Besökt vänner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> J 173 |
| 73. Besökt fackföreningsmöte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> J 174 |
| 74. Besökt annat föreningsmöte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> J 175 |
| 75. Studiecirklar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> J 176 |

Ifylles ej



På nedanstående skalor är det meningen att Du skall försöka uppskatta och markera hur tillfredställd Du är med Din situation i olika avseenden nu.

Varje skala har sju steg (ringar). Markera för varje fråga med ett kryss i lämplig ring hur Du upplever Din

76. **Arbetssituationen**

Alldeles utmärkt,
kunde inte vara bättre (1)

*Denna ruta ifylles ej
av dem som
är pensionerade*

Mycket dålig (7)

77. **Hem- och familjesituationen**

Alldeles utmärkt,
kunde inte vara bättre (1)

Mycket dålig (7)

Ifylles ej



Arbete
76. J 177

Hem
77. J 178

78. **Ekonomi**

Alldeles utmärkt,
kunde inte vara bättre (1)

Mycket dålig (7)

79. **Hälsan (välbefinnandet)**

Alldeles utmärkt,
kunde inte vara bättre (1)

Mycket dålig (7)

Ekon
78. J 179

Hälsa
79. J 180

80. **Minnet**

Alldeles utmärkt,
kunde inte vara bättre (1)

Mycket dåligt (7)

81. **Energin**

Alldeles utmärkt,
kunde inte vara bättre (1)

Mycket dålig (7)

Ifylles ej



Minne
80. J 181

Energi
81. J 182

82. **Självförtroendet**

Alldeles utmärkt,
kunde inte vara bättre (1)

Mycket dåligt (7)

83. **Sömnen**

Alldeles utmärkt,
kunde inte vara bättre (1)

Mycket dålig (7)

Självförtr.
82. J 183

Sömn
83. J 184

84. **Förmågan att göra minst
två olika saker samtidigt**

Alldeles utmärkt,
kunde inte vara bättre (1)

Mycket dålig (7)

85. **Förmågan att klara av stress
i olika situationer**

(1)

Mycket dålig (7)

Simult.
84. J 185

Stress
85. J 186