

Plats för etikett

VÄRLDSHÄLSOORGANISATIONENS KAMPANJ MOT HJÄRT-/KÄRLSJUKDOMAR

FRÅGEFORMULÄR DEL 1

1 Vilket är Ditt civilstånd?
(Markera med X i lämplig ruta)

Ogift
 Änka/änkling
 Omgift/på nytt
 sammanboende

Gift/sammanboende
 Frånskild/separerad

2 Vilken är den längsta utbildning som Du genomgått efter den obligatoriska skolan?
(Markera med X i lämplig ruta)

1 Folkskola
2 9-årig grundskola
3 Folkhögskola motsvarande grundskolekompetens
4 Realskola

5 Flickskola
6 Folkhögskola motsvarande gymnasiekompetens
7 Gymnasieskola
8 Akademisk utbildning

3 Hur många år har Du gått i skola eller ägnat Dig åt studier på heltid?
(Ange antal år)

år

4 Röker Du cigaretter för närvarande?
(Markera med X i lämplig ruta)

Ja, regelbundet
 Då och då (mindre än en cigarett per dag)

Nej --> Gå till fråga 7

5 Ungefär hur många cigaretter röker Du om dagen i genomsnitt?
(Ange antal cigaretter)

st

6 Hur gammal var Du när Du började röka cigaretter? Ålder?
(Ange ålder i år)

år

7 Har Du någonsin rökt cigaretter tidigare?
(Markera med X i lämplig ruta)

Ja, regelbundet
 Då och då (mindre än en cigarett per dag)

Nej, aldrig

8 Hur många cigaretter per dag har Du rökt som mest under ett år?
(Ange antal cigaretter)

st

9 Hur gammal var Du när Du började röka cigaretter? Ålder?
(Ange ålder i år)

år

10 Om Du slutat röka cigaretter, vilket år slutade Du?
(Ange årtal)

11 Om Du slutat under det senaste året, när slutade Du?
(Markera med X i lämplig ruta)

- För mindre än 1 månad sedan
 För 1-6 månader sedan
 6-12 månader sedan

12 Röker Du cigarrer/cigarrcigaretter?
(Markera med X i lämplig ruta)

Ja Nej --> Gå till fråga 14

13 Hur många cigarrer/cigarrcigaretter röker Du per vecka?
(Ange antal)

st

14 Röker Du pipa?
(Markera med X i lämplig ruta)

Ja Nej --> Gå till fråga 16

15 Hur många gram tobak röker Du per vecka?
(1 paket piptobak väger 50 gram. Ange antal gram)

gram

16 Har Du någonsin använt snus?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nej |
| <input type="checkbox"/> | Ja, brukade göra det tidigare, men inte nu |
| <input type="checkbox"/> | Ja, snusar mindre än 2 dosor per vecka |
| <input type="checkbox"/> | Ja, snusar 2-4 dosor per vecka |
| <input type="checkbox"/> | Ja, snusar mer än 4 men mindre än 7 dosor per vecka |
| <input type="checkbox"/> | Ja, snusar 7 dosor eller fler per vecka |

17 Har Du vid något tillfälle av läkare eller annan sjukvårdspersonal fått besked om att Du har högt blodtryck?

(Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

18 Har Du under de senaste två veckorna tagit läkemedel för förhöjt blodtryck?

(Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

19 Har Du diabetes (sockersjuka)?

(Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej --> Gå till fråga 21 |
|-----------------------------|---|

20 Om Du svarat "Ja" på fråga 19, behandlas Du med?

(Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="checkbox"/> Tabletter |
| <input type="checkbox"/> Enbart diet | |

21 Hur ofta motionerar Du?

(Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aldrig | <input type="checkbox"/> 2-3 gånger per vecka |
| <input type="checkbox"/> 1-2 gånger per månad | <input type="checkbox"/> 4 eller fler gånger per vecka |
| <input type="checkbox"/> 1 gång per vecka | |

FRÅGOR OM BESVÄR FRÅN BRÖSTET

- 22 Får Du smärtor - stickningar - ont i bröstet när Du går uppför backar eller trappor, eller när Du går fort på plan mark?
(Markera med X i lämplig ruta)

Ja
 Nej

- 23 Får Du smärtor - stickningar - ont i bröstet när Du går i vanlig takt på plan mark?
(Markera med X i lämplig ruta)

Ja
 Nej --> Gå till fråga 27

Fråga 24, 25 och 26 behöver endast besvaras av dem som svarat "Ja" på fråga 22 eller 23.

- 24 Om Du får smärtor eller obehag i bröstet i samband med att Du rör Dig, brukar Du då?
(Markera med X i lämplig ruta)

Stanna
 Sakta ner farten
 Fortsätta i samma takt

- 25 Om Du stannar eller saktar ner, försvinner smärtorna då?
(Markera med X i lämplig ruta)

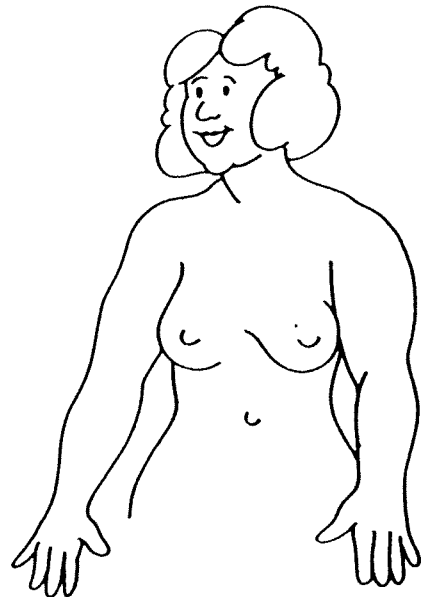
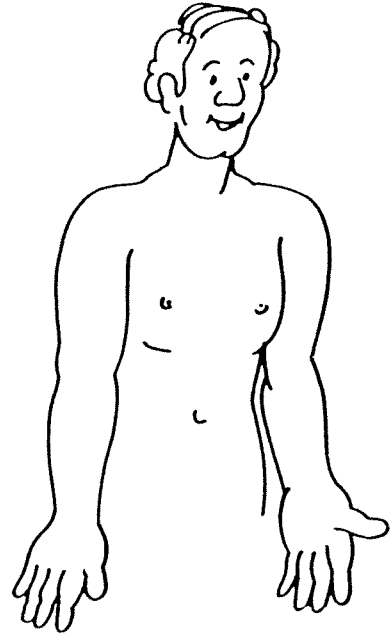
Ja
 Nej

- 26 Om de försvinner, hur snart försvinner de?
(Markera med X i lämplig ruta)

Efter mindre än 10 minuter
 Efter mer än 10 minuter

VAR BRUKAR DU KÄNNA DESSA SMÄRTOR ELLER OBEHAG?

Markera i figurerna nedan om det känns ut i armarna eller upp i halsen - markera även det! (Markera med X)



GLÖM INTE ATT KRYSSA I FIGUREN HÄR INTILL!

- 27 Har Du någon gång haft svår smärta i bröstet som varat i en halvtimme eller mer?
(Markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

- 28 Har Du legat på sjukhus för säker hjärtinfarkt (propp i hjärtat)?
(Markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej --> Gå till fråga 31

- 29 Om Du svarat "Ja" på fråga 28, vilket år var det?
(Ange årtal)

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

- 30 Om Du svarat "Ja" på fråga 28, vilket sjukhus låg Du på?
(Ange sjukhusets namn)

- 31 Brukar Du få smärtor i vadorna, när Du går i uppförsbackar, trappor, eller på plan mark?
(Markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

- 32 Blir Du andfådd av att gå två trappor upp eller motsvarande i samma takt som jämnåriga?
(Markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

KOST OCH MATVANOR

- 33 Hur många smörgåsar brukar Du äta per dag?
(Ange endast ett alternativ, markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	7-9 st
<input type="checkbox"/>	1-3 st	<input type="checkbox"/>	10 st eller fler
<input type="checkbox"/>	4-6 st		

- 34 Ibland när man äter på restaurang får man matfettet i portionsförpackningar. Hur stor del av ett sådant paket å 10 gram motsvarar den mängd som Du brukar använda på en brödskiva?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	Inget	<input type="checkbox"/>	Ungefär 2/3 av paketet
<input type="checkbox"/>	Högst 1/3 av paketet	<input type="checkbox"/>	Hela paketet
<input type="checkbox"/>	Ungefär 1/2 paketet	<input type="checkbox"/>	Mer är ett paket

- 35 Hur ofta äter Du stekt mat?
(Ange endast ett alternativ, markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	Aldrig	<input type="checkbox"/>	1 gång per dag
<input type="checkbox"/>	Någon gång per vecka	<input type="checkbox"/>	2 eller fler gånger per dag

- 36 Brukar Du skära bort fett på sidfläsk, kotletter, skinka och dylikt?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	Alltid	<input type="checkbox"/>	Sällan
<input type="checkbox"/>	Ofta	<input type="checkbox"/>	Aldrig
<input type="checkbox"/>	Ibland		

- 37 Brukar Du medvetet undvika sk fet mat genom att t ex inte använda grädder i matlagningen, låta bli att ta av stekskyn eller välja ett magert smörgåspålägg?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	Alltid	<input type="checkbox"/>	Sällan
<input type="checkbox"/>	Ofta	<input type="checkbox"/>	Aldrig
<input type="checkbox"/>	Ibland		

- 38 Saltar Du vid kokning av grönsaker, potatis m m?
(Markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

39 Använder Du extrasaltat matfett?
(Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Nej |

40 Hur många koppar kaffe dricker Du vanligtvis per dag?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Dricker ej kaffe | <input type="checkbox"/> | 5-8 koppar |
| <input type="checkbox"/> | Mindre än 1 kopp | <input type="checkbox"/> | 9 koppar eller mer |
| <input type="checkbox"/> | 1-4 koppar | | |

41 Hur tillagar Du vanligtvis kaffet?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Kokar |
| <input type="checkbox"/> | Brygger |
| <input type="checkbox"/> | Annat (t ex snabbkaffe) |

42 Vilket av följande alternativ på morgonmål överensstämmer bäst
med Ditt eget?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Kaffe eller te | <input type="checkbox"/> | Gröt och smörgås |
| <input type="checkbox"/> | Kaffe/te och smörgås | <input type="checkbox"/> | Välling |
| <input type="checkbox"/> | Kaffe/te och vetebröd eller skorpar | <input type="checkbox"/> | Jag äter inget alls |
| <input type="checkbox"/> | Fil, flingor och smörgås | | |

43 Var äter Du vanligtvis Din lunch?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hemma | <input type="checkbox"/> | På en restaurang eller bar |
| <input type="checkbox"/> | På arbetets lunchservering | <input type="checkbox"/> | Korv-/hamburgerkiosk/gatukök |
| <input type="checkbox"/> | På arbetet - matlåda | <input type="checkbox"/> | Jag äter inte lunch alls |

44 Var äter Du vanligtvis Din middag?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hemma | <input type="checkbox"/> | Någon annanstans som ej angetts här |
| <input type="checkbox"/> | På en restaurang eller bar | <input type="checkbox"/> | Jag äter inte middag alls |
| <input type="checkbox"/> | Korv-/hamburgerkiosk/gatukök | | |

45 Hur lång tid av en måltidsrast brukar Du ägna åt själva ätandet?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- Mindre än 10 minuter
- 10-20 minuter
- Mer än 20 minuter

46 Har Du av hälsoskäl ändrat Din kost under det senaste året?
(Flera alternativ kan anges. Markera med X i lämplig ruta)

- Nej
- Ja, minskat mängden fett
- Ja, övergått till mera fleromättat fett
- Ja, ökat användningen av fiberrika produkter (t ex bröd och rotsaker)
- Ja, minskat mängden socker
- Ja, minskat mängden salt

47 Har Du Dina egna tänder kvar eller har Du tandprotes i överkäken?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- Enbart egna tänder
- Enga tänder + tandprotes
- Enbart tandprotes

48 Har Du Dina egna tänder kvar eller har Du tandprotes i underkäken?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- Enbart egna tänder
- Enga tänder + tandprotes
- Enbart tandprotes

49 Undviker Du någon typ av mat på grund av oförmåga att tugga den?
(Markera med X i lämplig ruta)

- Ja
- Nej

50 HUR OFTA ÄTER DU NÅGOT FRÅN NEDANSTÅENDE GRUPPER AV LIVSMEDEL?

Om Du t ex dricker juice till frukost varje dag, sätt X i rutan för "1 gång per dag". Om Du t ex äter jordgubbar varje dag under juli månad, men bara någon gång för övrigt under året, sätt X i rutan "Någon gång per år".

Ange endast ett svarsalternativ på varje rad.
(Markera tydligt med X i lämplig ruta)

Frekvens Födo- ämnen	Aldrig	Någon gång per år	1-3 ggr per månad	1 gång per vecka	2-3 ggr per vecka	4-6 ggr per vecka	1 gång per dag	2-3 ggr per dag	4 ggr per dag eller mer
01 Bregott på smörgås									
02 Smör på smörgås									
03 Lättmargarin på smörgås (ex Lätta)									
04 Margarin på smörgås									
05 Smör till matlagning									
06 Margarin till matlagning									
07 Olja till matlagning									
08 Salladsdressing med olja till råkost									
09 Hårdost									
10 Mjukost									
11 Messmör									
12 Fil, yoghurt, kefir									
13 Lättfil, lätt-yoghurt									
14 Grädde, crème fraiche, gräddfil									

Ange endast ett svarsalternativ på varje rad.
 (Markera tydligt med X i lämplig ruta)

Frekvens Födo- ämnen	Aldrig	Någon gång per år	1-3 ggr per månad	1 gång per vecka	2-3 ggr per vecka	4-6 ggr per vecka	1 gång per dag	2-3 ggr per dag	4 ggr per dag eller mer
15 Hårt bröd (ex Husmans)									
16 Grovt mjukt fullkornsbröd									
17 Vitt matbröd, limpa									
18 Ljusugnsbröd, tunnbröd, vete-knäcke									
19 Kokt eller bakad potatis									
20 Stekt potatis									
21 Pommes frites									
22 Potatismos									
23 Rotfrukter morötter m fl									
24 Vitkål									
25 Tomat, gruka									
26 Sallad, isbergssallad, salladskål									
27 Spenat, grönkål									
28 Äpplen, päron persikor, plommon									
29 Apelsin, mandarin, grapefrukt									
30 Banan									
31 Bär (färska eller djupfrysta									
32 Gröt av havre									
33 Gröt av graham, råg eller korn									
34 Flingor, müsli, bryta									

Ange endast ett svarsalternativ på varje rad.
 (Markera tydligt med X i lämplig ruta)

Frekvens Födo- ämnen	Aldrig	Någon gång per år	1-3 ggr per månad	1 gång per vecka	2-3 ggr per vecka	4-6 ggr per vecka	1 gång per dag	2-3 ggr per dag	4 ggr per dag eller mer
35 Pannkakor, fläskpannkaka, våfflor									
36 Ris									
37 Spagetti, makaroner									
38 Bruna bönor, ärtsoppa									
39 Buljong + bröd, = "blöta"									
40 Palt, kropp- kakor									
41 Helt kött (ex stek)									
42 Grytor med kött									
43 Bacon, sid- fläsk, "sylte- fläsk"									
44 Köttfärsrätter									
45 Korv (som mat- rätt)									
46 Kött som pålägg									
47 Korv som pålägg									
48 Leverpastej									
49 Blodmat									
50 Lever, njure									
51 Hamburgare									
52 Kyckling, höns									
53 Ägg, äggrätter, omeletter									
54 Mager fisk (ex gädda, abborre, torsk m fl)									
55 Fet fisk (ex lax, röding, strömming, sik m fl)									

Ange endast ett svarsalternativ på varje rad.
(Markera tydligt med X i lämplig ruta)

Frekvens Födo- ämnen	Aldrig	Någon gång per år	1-3 ggr per månad	1 gång per vecka	2-3 ggr per vecka	4-6 ggr per vecka	1 gång per dag	2-3 ggr per dag	4 ggr per dag eller mer
56 Skaldjur, räkor, musslor									
57 Salt fisk (salt strömmning, salt sill m fl)									
58 Rökt fisk, rökt kött									
59 Chips, popcorn, salta nötter, ostkrokar m m									
60 Bullar, kex, kakor, bakelser									
61 Glass									
62 Saft- och nyponsoppa, kräm m fl									
63 Marmelad, sylt									
64 Socker, socker- bitar, honung till kaffe/te									
65 Ketchup									
66 Sötsaker (hals- tabl, choklad- kakor, lösgodis m fl									
67 Saft, nektar									
68 Läskedrycker, Coca-Cola m m									
69 Juice									
70 Kaffe									
71 Te									

Ange endast ett svarsalternativ på varje rad.
 (Markera tydligt med X i lämplig ruta)

Frekvens Födo- ämnen	Aldrig	Någon gång per år	1-3 ggr per månad	1 gång per vecka	2-3 ggr per vecka	4-6 ggr per vecka	1 gång per dag	2-3 ggr per dag	4 ggr per dag eller mer
72 Lättmjölk									
73 Mjölk 1 %									
74 Standardmjölk 3 %									
75 Hemmjölk									
76 Lättöl									
77 Folköl									
78 Starköl									
79 Vin									
80 Sprit									
81 Vatten									
82 Mineralvatten (ex Vichyvatten, Ramlösa m m									

HÄLSOPROBLEM OCH HÄLSOATTITYDER

Besvara följande frågor genom att kryssa för det svarsalternativ som överens stämmer med Din personliga situation/uppfattning.

- 51 Hur tycker Du att Ditt hälsotillstånd har varit under det senaste året?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/>	Mycket gott	<input type="checkbox"/>	Tämligen dåligt
<input type="checkbox"/>	Ganska gott	<input type="checkbox"/>	Dåligt
<input type="checkbox"/>	Någorlunda		

- 52 Har Du haft något av följande sjukdomstillstånd?
(Markera med X i lämplig ruta)

Kärlkramp i bröstet	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Kärlkramp i benen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Slaganfall (hjärnblödning eller propp i hjärnan)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Elakartad tumörsjukdom (cancer)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Magsår eller magkatarr	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Gallsten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

- 53 Har Du under de senaste fjorton dagarna använt någon/några av följande tabletter eller mediciner?
(Markera med X i lämplig ruta)

Vitaminer (tablettform eller flytande form, tonika)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Järnmedicin	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Medel mot förstoppning	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Selén	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

- 54 Har Du under de senaste fjorton dagarna använt någon/några av följande tabletter eller mediciner?
(Markera med X i lämplig ruta)

Smärtstillande medel (t ex Magnecyl, Albyl, Bamyli, Dispril eller liknande)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Hjärtmedicin (Lanacrist, Nitroglycerin mm)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Blodtrycksmedicin	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Lugnande medel eller sömnmedel (t ex Sobril, Valium, Librium etc)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
P-piller (gäller kvinnor under 50 år)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Ingen medicin alls	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Annan av läkare ordinerad medicin Ange vilken?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

55 Har Du under det senaste året deltagit i någon föreningsaktivitet, frivillig organisation etc tillsammans med andra (t ex sport, studiecirkel, teatergrupp, sångkör, politisk förening m m)?
(Markera med X i lämplig ruta)

- Ja
 Nej --> Gå till fråga 57

56 Hur ofta ägnar Du dig åt föreningsverksamhet, klubbverksamhet, studiecirkel etc tillsammans med andra?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- 1-2 gånger per år
 1-2 gånger per månad
 1-2 gånger per vecka
- Varje dag
 Vet ej

57 Vilka personer sammanbor Du med (flera alternativ kan vara aktuella)
(Flera alternativ kan vara aktuella. Markera med X i lämplig ruta)

- Vuxen (make, maka, sambo)
 Barn, ange antal
 Syskon, ange antal
 Mor
 Far
 Både far och mor
 Annan
 Bor helt ensam

58 Var bor du?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- I större tätort - Umeå, Skellefteå, Luleå, Boden, Piteå, Kiruna - orter med mer än 15 000 invånare
 I annan tätort med mer än 1 000 invånare
 I ort med mindre än 1 000 invånare

59 Var är Du född?
(Markera med X i lämplig ruta)

- I Sverige
 I Finland
 I annat land

ARBETE

60 Vilket yrke har Du? Ange Ditt huvudsakliga yrke så noggrant som möjligt. Om Du inte förvärvsarbetar, ange i så fall vad Du brukar göra om dagarna.

61 Vilket är Ditt huvudsakliga arbete just nu?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Fast anställning, anställning tills vidare | <input type="checkbox"/> | Arbetslös |
| <input type="checkbox"/> | Tillfällig anställning, vikariat, beredskapsarbete | <input type="checkbox"/> | Annat arbete |
| <input type="checkbox"/> | Arbetar i hemmet | <input type="checkbox"/> | Studerande |

62 Om Du inte har avlönat arbete (t ex hemarbete eller studier) är Du nöjd med Ditt arbete eller skulle Du vilja göra något annat? (Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jag är nöjd |
| <input type="checkbox"/> | Jag skulle vilja göra något annat |

63 Hur många timmar förvärvsarbetar Du i normala fall per vecka? (Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jag förvärvsarbetar inte | <input type="checkbox"/> | 15-35 timmar |
| <input type="checkbox"/> | Mindre än 15 timmar | <input type="checkbox"/> | Mer än 35 timmar |

64 Vad har Du för arbetstider i normala fall?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Fast arbetstid (t ex 7-16 eller 8-15) | <input type="checkbox"/> | Varierande arbetstider (ibland dagar, ibland kvällar, ibland helger) |
| <input type="checkbox"/> | Skiftarbete (t ex 2-skift, 3-skift, 5-skift) | <input type="checkbox"/> | Jag förvärvsarbetar inte |

65 Tror Du att Det finns risk att Du blir arbetslös?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, inom den närmaste tiden | <input type="checkbox"/> | Nej |
| <input type="checkbox"/> | Ja, på längre sikt | <input type="checkbox"/> | Jag är arbetslös just nu |

66 Antag att Du har ett arbete och blir uppsagd. Hur stora chanser tror Du att Du har att få ett nytt arbete inom en månad?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Mycket stora | <input type="checkbox"/> | Små |
| <input type="checkbox"/> | Ganska stora | <input type="checkbox"/> | Inga chanser |

67 Har du varit arbetslös någon gång?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, tidigare | <input type="checkbox"/> | Nej, aldrig --> Gå till fråga 69 |
| <input type="checkbox"/> | Ja, någon gång under de senaste 12 månaderna | | |

68 Om Du varit arbetslös, hur länge har Du sammanlagt varit det?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mindre än 3 månader |
| <input type="checkbox"/> | 3-12 månader |
| <input type="checkbox"/> | Mer än ett år |

69 Är Du just nu sjukskriven, har förtidspension, sjukpension eller sjukbidrag?
(Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nej |
| <input type="checkbox"/> | Ja, sjukskriven sedan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dagar tillbaka |
| <input type="checkbox"/> | Ja, halvt sjukskriven mer än 30 dagar |
| <input type="checkbox"/> | Ja, helt sjukskriven mer än 30 dagar |
| <input type="checkbox"/> | Ja, har förtidspension/sjukpension/sjukbidrag sedan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> år tillbaka |
| <input type="checkbox"/> | Ja, halv eller 2/3 sjukpension eller sjukbidrag |
| <input type="checkbox"/> | Ja, hel sjukpension eller sjukbidrag |
| <input type="checkbox"/> | Pension av annat skäl än sjukdom |

70 Har Du tidigare varit sjukskriven mer än 3 månader i en följd?
(Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, en gång | <input type="checkbox"/> | Nej, aldrig --> Gå till fråga 72 |
| <input type="checkbox"/> | Ja, flera gånger | | |

71 Om Du svarat "Ja" på föregående fråga, ange orsaken till detta:

72 Har Du tvingats flytta någon gång?
(Markera med X i lämplig ruta)

Ja, tidigare

Ja, senaste 12 månaderna

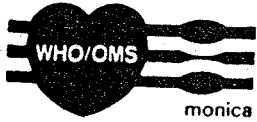
Nej, aldrig

73 Om Du svarat "Ja" på fråga 72, vilken var anledningen
till flyttningen?
(Markera med X i lämplig ruta)

Familjeskäl

Arbetsmarknadsskäl

Annat skäl



Plats för etikett

VÄRLDSHÄLSOORGANISATIONENS KAMPANJ MOT HJÄRT-/KÄRLSJUKDOMAR

FRÅGEFORMULÄR DEL 2

SOCIALT STÖD

De följande frågorna handlar om Dina personliga förhållanden och om människorna i Din omgivning. Frågorna handlar både om människor som står Dig mycket nära, om vänner och om bekanta. Vissa frågor kan kanske kännas främmande men försök att besvara dem ändå! Det är mycket viktigt för oss att formuläret blir fullständigt ifyllt.

Du kanske tycker att vissa frågor är väldigt lika, läs dem då noggrant och försök att besvara dem, en efter en, så uppriktigt Du kan.

Svaren kommer naturligtvis att behandlas konfidentiellt. Vi är inte intresserade av just Dina svar, det är alla deltagarnas svar tillsammans som är viktiga.

- 74 Hur många människor känner Du och har kontakt med, som har samma intressen som Du?

Det gäller kontakter både i arbetet och på fritiden.

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Ingen
1-2 personer
3-5 personer

6-10 personer
11-15 personer
Mer än 15 personer

- 75 Hur många människor, som Du känner, träffar Du eller samtalar Du med under en vanlig vecka?

Räkna inte med människor som Du träffar tillfälligtvis och som Du knappast kommer att återse, t ex kunder i en affär.

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Ingen
1-2 personer
3-5 personer

6-10 personer
11-15 personer
Mer än 15 personer

- 76 Är det ungefär lagom många människor Du träffar i Ditt dagliga liv? Skulle Du vilja träffa fler eller färre människor?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Färre
Lagom många
Fler

- 77 Hur många vänner har Du som kan komma hem till Dig när som helst och känna sig hemma? De skulle inte bry sig om, om det var ostädad eller om Du höll på att äta. Nära släktingar skall inte räknas med! (Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Ingen
1-2 personer
3-5 personer

6-10 personer
11-15 personer
Mer än 15 personer

78 Hur många finns det, i Din familj och bland Dina vänner, som Du kan tala öppet med utan att behöva tänka Dig för?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ingen | <input type="checkbox"/> | 6-10 personer |
| <input type="checkbox"/> | 1-2 personer | <input type="checkbox"/> | 11-15 personer |
| <input type="checkbox"/> | 3-5 personer | <input type="checkbox"/> | Mer än 15 personer |

79 Finns det någon särskild person som Du känner att Du verkligen kan få stöd av?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nej |
| <input type="checkbox"/> | Ja, men jag behöver inte det |
| <input type="checkbox"/> | Ja |

80 Finns det någon särskild person som känner sig stå väldigt nära Dig?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Nej |
| <input type="checkbox"/> | Är inte säker |
| <input type="checkbox"/> | Ja |

81 Har Du någon särskild person som Du kan dela Dina känslor med när Du känner Dig lycklig? Någon som själv skulle känna sig lycklig bara för att Du är det?
(Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Nej |
| <input type="checkbox"/> | Ja |

82 Har Du någon Du kan dela Dina innersta känslor med och anförtro Dig åt?
(Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Nej |
| <input type="checkbox"/> | Ja |

83 Händer det att någon håller om Dig till tröst eller stöd?
(Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Nej |
| <input type="checkbox"/> | Ja |

84 Tror Du att de där hemma eller några andra verkligen uppskattar vad Du gör för dem?
(Markera med X i lämplig ruta)

- Ja
 Inte tillräckligt
 Inte alls

85 Finns det människor i Din omgivning som Du lätt kan be om saker, t ex människor som Du känner så väl att Du kan låna verktyg eller köksgrejor?
(Markera med X i lämplig ruta)

- Nej
 Ja

86 Bortsett från dem där hemma, finns det någon som Du kan vända Dig till om Du är i svårigheter? Någon som Du lätt kan träffa och som Du litar på och kan få verklig hjälp av när Du har det besvärligt?
(Markera med X i lämplig ruta)

- Nej
 Ja

87 Har någon eller några personer, som betyder eller har betytt mycket för Dig, flyttat så att Du inte längre kan umgås med honom/henne eller dem?
(Markera med X i lämplig ruta)

- Ja
 Nej --> Gå till fråga 89

88 Om Du svarat "Ja" på fråga 87, vilken var anledning till flyttningen?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- Familjeskäl
 Arbetsmarknadsskäl
 Annat skäl
 Vet ej

ARBETE - FÖRVÄRVSARBETE OCH HEMARBETE

Med arbete avses Din huvudsakliga sysselsättning.

- 89 Är Ditt arbete fysiskt (kroppsligt) tungt?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)
- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, ofta | <input type="checkbox"/> | Nej, sällan |
| <input type="checkbox"/> | Ja, ibland | <input type="checkbox"/> | Nej, så gott som aldrig |
- 90 Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)
- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, ofta | <input type="checkbox"/> | Nej, sällan |
| <input type="checkbox"/> | Ja, ibland | <input type="checkbox"/> | Nej, så gott som aldrig |
- 91 Är Ditt arbete psykiskt påfrestande?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)
- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, ofta | <input type="checkbox"/> | Nej, sällan |
| <input type="checkbox"/> | Ja, ibland | <input type="checkbox"/> | Nej, så gott som aldrig |
- 92 Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)
- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, ofta | <input type="checkbox"/> | Nej, sällan |
| <input type="checkbox"/> | Ja, ibland | <input type="checkbox"/> | Nej, så gott som aldrig |
- 93 Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)
- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, ofta | <input type="checkbox"/> | Nej, sällan |
| <input type="checkbox"/> | Ja, ibland | <input type="checkbox"/> | Nej, så gott som aldrig |
- 94 Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)
- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, ofta | <input type="checkbox"/> | Nej, sällan |
| <input type="checkbox"/> | Ja, ibland | <input type="checkbox"/> | Nej, så gott som aldrig |
- 95 Kräver Ditt arbete skicklighet?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)
- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, ofta | <input type="checkbox"/> | Nej, sällan |
| <input type="checkbox"/> | Ja, ibland | <input type="checkbox"/> | Nej, så gott som aldrig |

96 Kräver Ditt arbete påhittighet?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Ja, ofta
Ja, ibland

Nej, sällan
Nej, så gott som aldrig

97 Innebär Ditt arbete att man gör samma sak om och om igen?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Ja, ofta
Ja, ibland

Nej, sällan
Nej, så gott som aldrig

98 Har Du frihet att bestämma hur Ditt arbete skall utföras?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Ja, ofta
Ja, ibland

Nej, sällan
Nej, så gott som aldrig

99 Har Du frihet att bestämma vad som skall utföras i Ditt arbete?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Ja, ofta
Ja, ibland

Nej, sällan
Nej, så gott som aldrig

KUNSKAPSFRÅGOR

100 Innehåller socker vitaminer?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Ja, rätt mycket
En del

Inte alls
Vet ej

101 Är kolesterol?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Ett hormon
En mineral

Ett blodfett
Vet ej

102 Ur åderförkalkningssynpunkt är "vanlig" mjölk (3 % fett) jämfört med lättmjölk (0,5 % fett) - för friska, vuxna individer?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Mer hälsosam
Lika hälsosam

Mindre hälsosam
Vet ej

103 Vanligt bordssalt består av?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Natriumklorid
Kaliumklorid

Magnesiumklorid
Vet ej

104 Vilken av följande ämnen ökar blodtrycket?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

Natrium
Kalium

Magnesium
Vet ej

105 Varifrån får svenskarna det mesta av sitt saltintag?

(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

De saltar på vid matbordet
Från saltad fisk
Salttillsats vid framställning av maten
Vet ej

106 Om en medelålders man får intensiva smärtor i bröstet som räcker mer än en halvtimme bör denne?
(Ange endast ett alternativ. Markera med X i lämplig ruta)

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ta en smärtstillande medicin |
| <input type="checkbox"/> | Ta det lugnare i framtiden |
| <input type="checkbox"/> | Beställa tid hos doktorn |
| <input type="checkbox"/> | Omedelbart söka läkare eller sjukhus |
| <input type="checkbox"/> | Vet ej |