

FINRISKI 2002 undersökningen

ANVISNINGAR

Besvara frågorna genom att kryssa för rutan vid det alternativ som passar för Er eller genom att skriva Ert svar i det för ändamålet reserverade utrymmet. Läs igenom frågan noggrant innan Ni svarar. Välj endast ett svarsalternativ per fråga, det svarsalternativ som bäst motsvarar Er åsikt. Rita kryssen noggrant inne i rutan.

EXEMPEL 1.

Vilket är Ert civilstånd?

- 1 gift
- 2 sambo
- 3 ogift
- 4 hemskild eller frånskild
- 5 änka eller änkling

Kom ihåg att besvara alla frågor - även ett nekande svar bör markeras antingen genom att kryssa för "nej" alternativet, eller genom att anteckna "0" i svarsutrymmet.

EXEMPEL 2.

Har Ni under det senaste året (12 mån) haft någon av följande sjukdomar, som konstateras eller skötts av läkare?

	nej	ja
	1	2
Ledgångsreumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan sjukdom i lederna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXEMPEL 3.

Hur många koppar kaffe eller te dricker Ni vanligen per dag? (Om Ni inte dricker, anteckna 0.)

kaffe | koppar
(1 kopp = ca. 1 dl)

te | koppar
(1 kopp = ca. 2 dl)

En del frågor har efter alternativen direktivet: "Gå vidare till fråga..." Då kan Ni direkt fortsätta till denna fråga och lämna frågorna däremellan obesvarade.

Om det känns besvärligt att svara på någon av frågorna kan ni fråga om råd och komplettera Era svar på undersökningsplatsen.

Informationen på frågeformulären läses optiskt. Vi ber Er därför att vid ifyllandet följa anvisningarna noggrant och att undvika att göra extra markeringar i frågeformuläret.

Y

Y

SVARSBLANKETT

1. **Kön**
 1 man
 2 kvinna
2. **Vilket är Ert civilstånd?**
 1 gift
 2 sambo
 3 ogift
 4 hemskild eller frånskild
 5 änka eller änklings
3. **Vilken utbildning har Ni? Markera den högsta utbildning Ni har.**
 1 folkskola eller grundskola
 2 mellanskola
 3 yrkesskola eller motsvarande
 4 gymnasium
 5 institutnivå
 6 yrkeshögskola
 7 akademisk slutexamen
4. **Hur många år har Ni sammanlagt gått i skola eller studerat på heltid? Folkskola eller grundskola medräknas.**
 _____ år
5. **Hur många år har Er maka/ make eller sambo gått i skola eller studerat på heltid? Folkskola eller grundskola medräknas.**
 1 _____ år
 2 jag har ingen maka/make eller sambo
6. **Hur många medlemmar hör i detta nu till Ert hushåll?**
 _____ medlemmar
7. **Hur många av medlemmarna i hushållet är**
 under 7 år _____
 7 - 16 år _____
8. **Vilket slags arbete sysslar Ni med under största delen av året?**
 1 jordbruk, boskapsskötsel, skogsarbete, husmor på lantgård
 2 industri-, gruv-, byggnads-, eller annat motsvarande arbete
 3 kontorsarbete, servicearbete, intellektuellt arbete (planerings-, förvaltnings-, lednings-, expert- eller motsvarande uppgifter)
 4 studier eller skolgång
 5 hemmafru, hemmamamma, husmor
 6 pensionär
 7 arbetslös
9. **Vilket yrke har Ni? (Om Ni för tillfället är pensionerad eller arbetslös, anteckna det yrke som Ni senast jobbade med.)**

10. **Vilken är Er nuvarande arbetssituation?**
 1 jag har varit arbetslös mindre än ½ år
 2 jag har varit arbetslös ½ - 1 år
 3 jag har varit arbetslös över 1 år
 4 jag är permitterad
 5 jag har förkortad arbetstid (utan egen önskan)
 6 jag arbetar, men riskerar att bli arbetslös
 7 jag är i normalt arbete (gäller också studerande) och jag har inget överhängande hot om att bli arbetslös
 8 jag är på moderskaps-/ faderskapsledighet eller vårdledighet
 9 jag är pensionerad
11. **Hur stora var Ert hushålls (matlags) totala inkomster senaste år (före beskattningen)?**
 1 mindre än 50 000 mk (mindre än 8 400 €)
 2 50 001-100 000 mk (8 401 – 16 820 €)
 3 100 001-150 000 mk (16 821 – 25 230 €)
 4 150 001-200 000 mk (25 231 – 33 640 €)
 5 200 001-250 000 mk (33 641 – 42 050 €)
 6 250 001-300 000 mk (42 051 – 50 460 €)
 7 300 001-350 000 mk (50 461 – 58 870 €)
 8 350 001-400 000 mk (58 871 – 67 280 €)
 9 över 400 000 mk (över 67 280 €)

Vilket yrke hade den huvudsakliga försörjaren i Ert hem under Er tidiga barndom (upp till 7 års ålder)?

- 1 högre tjänsteman (i ledande ställning eller arbetade med planerings-, forsknings- eller undervisningsuppdrag)
- 2 lägre tjänsteman (t.ex. yrken i vårdbranschen, arbetsledare utan högskoleutbildning)
- 3 arbetare
- 4 jordbrukare
- 5 företagare
- 6 husmor, hemmafru

13. Var bodde Ni största delen av Er tidiga barndom (upp till 7-års ålder)?

- 1 i Nylands län
- 2 i Åbo och Björneborgs län
- 3 i landskapet Åland
- 4 i Tavastehus län
- 5 i Kymmene län
- 6 i St. Michels län
- 7 i Norra Karelen län
- 8 i Kuopio län
- 9 i Mellersta Finlands län
- 10 i Vasa län
- 11 i Uleåborgs län
- 12 i Lapplands län
- 13 i avträdd del av Karelen
- 14 i Sverige
- 15 annanstans, var?

14. Vilken är Er mors födelsekommun (eller län, ifall Ni inte vet kommun):

15. Vilken är Er fars födelsekommun (eller län, ifall Ni inte vet kommun):

16. Hur gammal var Er mor då Ni föddes?

- 1 | | år
- 2 jag vet inte

17. Hur gammal var Er far då Ni föddes?

- 1 | | år
- 2 jag vet inte

18. Var och hur föddes Ni?

- 1 nedrevägsförlossning på sjukhus/förlossningsanstalt
- 2 nedrevägsförlossning hemma eller på annan plats utanför sjukhuset
- 3 född genom kejsarsnitt på sjukhus
- 4 jag vet inte

HÄLSOTILLSTÅND**19. Hur många gånger har Ni under det senaste året (12 mån) besökt en läkarmottagning? Tandläkarbesök räknas inte med.**

(Anteckna 0, om Ni inte har besökt.)

 | | gånger**20. Hur många gånger under det senaste året (12 mån) har Ni besökt en hälsovårdares, en blodtrycksvårdares eller en företags-hälsovårdares mottagning, eller har en hälsovårdare gjort hembesök hos Er?**

(Anteckna 0, om inte.)

 | | gånger**21. Erhåller Ni arbetsoförmögenhetspension på grund av någon sjukdom eller kroppsskada?**

- 1 nej
- 2 ja, delpension
- 3 ja, tidsbegränsad pension
- 4 ja, bestående pension

22. Har Ni drabbats av hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) som konstaterats av läkare?

- 1 nej
- 2 ja, vilket år senast?

år | | | | **23. Har Ni drabbats av hjärnslag, hjärnblödning, eller förträngning i hjärnans blodkärl, som konstaterats av läkare?**

- 1 nej
- 2 ja, vilket år senast?

år | | | |

24. **Har Ni någonsin genomgått en bypass operation av kransartärerna (hjärtat)?**

1 nej

2 ja, vilket år senast:

år

25. **Har Ni någonsin genomgått en ballongdilatering av kransartärerna (hjärtat)?**

1 nej

2 ja, vilket år senast:

år

26. **Har Ni under det senaste året (12 mån) haft någon av följande sjukdomar, som konstateras eller skötts av läkare?**

	nej	ja
	1	2
Högt blodtryck, blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hjärtinsufficiens, hjärtsvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

Smärtor i bröstet vid ansträngning (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

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

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

Emfysem, bronkit, kronisk lungkatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Gallsten, gallblåseinflammation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Annan sjukdom i lederna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

Slitage i ryggen, annan ryggsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Långvarig urinvägsinfektion, njurinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

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

Annan psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

27. **Har Ni under det senaste året (12 mån) drabbats av någon av följande olycksfall, som föranlett läkarvård?**

	nej	ja
	1	2
Trafiolycka där motorfordon varit inblandat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annan trafikolycka (t.ex. med cykel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Arbetsolycka (dock inte under resa till eller från arbetet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Olycksfall i hemmet (inne i hemmet eller på gårdsplanen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Idrottsolycka (under motions- eller tävlingsidrott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

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

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

28. **Hur många hela dagar var Ni frånvarande från arbetet eller lät bli att sköta Era vanliga sysslor på grund av sjukdom under det senaste året (12 mån)?** (Om inte alls, anteckna 0.)

dagar

29. **Hur många hela dagar har Ni tillbringat i sjukhusvård under det senaste året (12 mån)?** (Om inte alls, anteckna 0.)

dagar

30. **När har Ni senast varit på hälsokontroll eller läkarundersökning, som inte föranletts av sjukdomssymptom eller sjukdom** (t.ex. lagstadgad arbetsplatskontroll, körkortsundersökning, kontroll på rådgivningsbyrå)?

1 under den senaste halvåret

2 för ½ år - 1 år sedan

3 för 1 år - 5 år sedan

4 för över 5 år sedan

5 aldrig

31. **Har kolesterolhalten i Ert blod någonsin undersökts? När skedde detta senast?**
- 1 under det senaste halvåret
 - 2 för ½ år - 1 år sedan
 - 3 för 1 år - 5 år sedan
 - 4 för över 5 år sedan
 - 5 aldrig (gå vidare till fråga 35)
 - 6 jag vet inte (gå vidare till fråga 35)
32. **Har Ni någonsin konstaterats ha hög eller förhöjd kolesterolhalt i blodet?**
- 1 nej
 - 2 ja
33. **Om kolesterolhalten i Ert blod har undersökts, fick Ni i samband med undersökningen dietråd för att sänka blodets kolesterolnivå?**
- 1 nej
 - 2 ja
34. **Använder Ni för närvarande av läkare ordinerad medicin för att sänka blodets kolesterolhalt?**
- 1 nej
 - 2 ja, namnet på medicinen:

35. **Har Ert blodtryck någonsin mätts? När skedde detta senast?**
- 1 under det senaste halvåret
 - 2 för ½ år - 1 år sedan
 - 3 för 1 år - 5 år sedan
 - 4 för över 5 år sedan
 - 5 aldrig (gå vidare till fråga 41)
36. **Hur många gånger har Ert blodtryck mätts under det senaste året (12 mån)?**
(Om inte alls, anteckna 0.)
- _____ gånger
37. **Har Ni någonsin konstaterats ha högt eller förhöjt blodtryck?**
- 1 nej (gå vidare till fråga 41)
 - 2 ja
38. **Har Ni någonsin använt blodtrycksmediciner?**
- 1 nej (gå vidare till fråga 41)
 - 2 ja
39. **När intog Ni senast blodtrycksmedicin?**
- 1 i dag eller i går
 - 2 för 2 - 7 dagar sedan
 - 3 för 1 vecka - ½ år sedan
 - 4 för ½ år - 1 år sedan
 - 5 för 1 år - 5 år sedan
 - 6 för över 5 år sedan
40. **Om Ni använder blodtrycksmedicin för närvarande, vilken eller vilka mediciner använder Ni?**
- _____
- _____
- _____
41. **Har Ert blodsockervärde någon gång undersökts? När senast?**
- 1 under det senaste halvåret
 - 2 för ½ år - 1 år sedan
 - 3 för 1 år - 5 år sedan
 - 4 för över 5 år sedan
 - 5 aldrig
 - 6 jag vet inte
42. **Har en läkare någon gång konstaterat sockersjuka (diabetes) eller latent sockersjuka (glukosintolerans) hos Er?**
- 1 nej (gå vidare till fråga 45)
 - 2 latent sockersjuka
 - 3 sockersjuka
43. **Ordinerade Ni i samband med att sjukdomen konstaterades någon av följande behandlingar mot sockersjukan (=diabetes)?**
- 1 dietbehandling (kostföreskrifter)
 - 2 tabletter
 - 3 insulinbehandling
 - 4 inget av dessa

44. Vilka av läkare föreskrivna mediciner använder Ni för närvarande på grund av sockersjuka (=diabetes)?

- 1 inga
 2 insulin
 3 tabletter
 4 både insulin och tabletter

Namnet på tabletterna:

45. Har läkare någon gång konstaterat astma hos Er?

- 1 nej
 2 ja

46. Har Er far haft

	nej 1	ja 2
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) <u>före 60-års ålder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) <u>efter 60-års ålder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnslag (stroke) <u>före 75-års ålder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Har Er mor haft

	nej 1	ja 2
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) <u>före 60-års ålder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) <u>efter 60-års ålder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnslag (stroke) <u>före 75-års ålder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Hur många syskon har Ni?

Om Ni inte har syskon, anteckna 0 och gå vidare till fråga 49.

Har hos åtminstone ett av Era syskon konstaterats

	nej 1	ja 2
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) <u>före 60-års ålder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) <u>efter 60-års ålder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnslag (stroke) <u>före 75-års ålder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Vad anser Ni om Ert nuvarande hälsotillstånd? Är det

- 1 mycket gott
 2 ganska gott
 3 medelmåttligt
 4 ganska dåligt
 5 mycket dåligt

50. Har Ni haft följande symptom eller besvär under den senaste månaden (30 dagar)

	nej 1	ja 2
Reumatiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i lederna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärtor i ryggen, värk i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svullnad i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åderbråck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Återkommande magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårigheter att gå eller haltande på grund av knäskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårigheter att gå eller haltande på grund av höftskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Är det vanligt att Ni lider av slemmiga upphostningar när Ni vaknar om vintermorgnarna?
1 nej
2 ja
52. Är det vanligt att ni lider av slemmiga upphostningar om dagarna eller nätterna vintertid?
1 nej
2 ja
53. Lider Ni av dylika upphostningar de flesta dagar och nätter under åtminstone 3 månaders tid varje år?
1 nej
2 ja
54. Har Ni någonsin i samband med andningen hört vinande, pipande eller väsande ljud under de senaste 12 månaderna?
1 nej (gå vidare till fråga 57)
2 ja
55. Hade Ni andnöd i samband med att Ni hade väsande andning?
1 nej
2 ja
56. Har Ni i samband med andningen hört vinande, pipande eller väsande ljud också när Ni inte har haft influensa eller infektion i luftvägarna?
1 nej
2 ja
57. Har Ni någon gång under de senaste 12 månaderna vaknat till pga att Ni känner att Ni har tungt att andas?
1 nej
2 ja
58. Har Ni under de senaste 12 månaderna någon gång vaknat till ett anfall av andnöd?
1 nej
2 ja
59. Har Ni under de senaste 12 månaderna någon gång vaknat till ett hostanfall?
1 nej
2 ja
60. Har Ni under de senaste 12 månaderna haft ett astma-anfall?
1 nej
2 ja
61. Använder Ni för tillfället mediciner, såsom spray, inhalationspulver eller tabletter, för behandling av astma?
1 nej
2 ja, produkternas namn och produktionsform (t.ex. tablett, spray):

62. Har Ni någonsin haft hösnuva eller andra allergiska nässymptom?
1 nej
2 ja, under de senaste 12 månaderna
3 ja, senast för över ett år sedan
63. Har Ni någonsin haft allergiska ögonbesvär?
1 nej
2 ja, under de senaste 12 månaderna
3 ja, senast för över ett år sedan
64. Har Ni någonsin haft kliande utslag, som har kallats för antingen mjölkskorv, utslag i hudveckan eller atopiskt eksem?
1 nej
2 ja, under de senaste 12 månaderna
3 ja, senast för över ett år sedan
65. Klarar Ni i allmänhet av följande prestationer?
- | | Nej | Ja, men med svårighet | Ja, utan svårighet |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Tvätta Er utan hjälp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Klä på Er utan hjälp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå upp för trappor utan hjälp (från en våning till följande utan att vila) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promenera ca. en halv kilometer utan att vila | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Springa ca. hundra meter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Springa över en halv kilometer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

66. **När har Ni använt följande läkemedel senast?** Svara på varje rad genom att kryssa för alternativet som gäller Er.

	Under den senaste veckan	För 1-4 veckor sedan	För 1-12 månader sedan	För över ett år sedan	Aldrig
	1	2	3	4	5
Värkmedicin mot huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värkmedicin mot led- eller muskelvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värkmedicin mot övrig värk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnmediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugnande mediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkemedel mot depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkemedel mot astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkemedel mot hörsnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acetylsalicylsyra (bl.a. Aspirin, Disperin, Primaspan) för förebyggande av hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodförtunnande läkemedel (Marevan eller Trombol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. **Har Ni känt Er spänd, stressad eller utsatt för hård press under den senaste månaden?**

- 1 ja, min livssituation är nästan outhärdlig
- 2 ja, betydligt mer än människor i allmänhet
- 3 ja, till en viss grad, men inte mer än människor i allmänhet
- 4 inte alls

68. **Har Ni under de senaste 12 månaderna haft minst en två veckors period, då Ni största delen av tiden har varit nedstämd eller deprimerad?**

- 1 nej
- 2 ja

69. **Har Ni under de senaste 12 månaderna haft minst en två veckors period, då Ni under största delen av tiden har förlorat intresset för flera saker, såsom fritidsintressen, arbete eller övriga saker som Ni i allmänhet trivs med?**

- 1 nej
- 2 ja

70. **Nedan ber vi Er besvara några personliga frågor.** Tänk på den senaste månaden. **Ange hur ofta det som frågas har varit i Era tankar eller symptomet som nämns besvärat Er.**

	Ofta	Ibland	Inte alls
	1	2	3
Har Ni förhöjd puls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner Ni Er förvirrad, då Ni måste utföra ett arbete snabbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darrar Era händer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner Ni Er spänd och nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plågas Ni av skrämmande tankar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner Ni Er utmattad och överansträngd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besväras Ni av oregelbunden puls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lider Ni av svindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Ni mardrömmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner Ni Er deprimerad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besväras Ni av sömnlöshet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lider Ni av huvudvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besväras Ni av svettiga handflator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. **Har Ni någonsin lidit av tandvärk?
Om Ni har, när hade Ni senast tandvärk?**

- 1 under det senaste halvåret
- 2 för ½ år - 1 år sedan
- 3 för 1 år - 5 år sedan
- 4 för över 5 år sedan
- 5 aldrig

72. **När har Ni senast besökt tandläkare?**

- 1 under det senaste halvåret
- 2 för ½ år - 1 år sedan
- 3 för 1 år - 5 år sedan
- 4 för över 5 år sedan
- 5 aldrig

MOTION

73. **Hur fysiskt ansträngande är Ert arbete?**

Vi har indelat arbetets fysiska belastning i 4 grupper. Om Ni inte arbetar, kryssa för 1.

- 1 Mitt arbete är huvudsakligen sittande arbete och jag rör mig inte mycket under arbetstiden (t.ex. en urmakars, radio-mekanikers, industrisömmerskas arbete, kontorsarbete vid skrivbord).
- 2 Jag rör mig rätt mycket i mitt arbete, men jag behöver inte lyfta och bära tunga föremål (t.ex. en arbetsledares eller butikspedits arbete, lätt industriarbete, kontorsarbete som kräver att man rör på sig).
- 3 Jag är i mitt arbete tvungen att gå och lyfta eller ofta gå uppför trappor eller backar (t.ex. en snickares eller boskapsskötares arbete, maskinverstads- eller liknande tyngre industriarbete).
- 4 Mitt arbete är tungt kroppsarbete, i vilket jag är tvungen att lyfta och bära tunga föremål, gräva, skyffla eller hacka osv (t.ex. skogsarbete, tungt jordbruksarbete, tungt byggnads- och industriarbete).

74. **Hur mycket rör Ni på Er och anstränger Er fysiskt på fritiden?** Om det varierar mycket beroende på årstiden, anteckna det alternativ, som bäst beskriver situationen i medeltal.
- 1 På fritiden läser jag, ser på TV och utför sysslor, i vilka jag inte rör på mig mycket och som inte är så fysiskt ansträngande.
 - 2 På fritiden promenerar jag, cyklar eller rör på mig på något annat sätt minst 4 timmar i veckan. Hit räknas promenad, fiske och jakt, lätt trädgårdsarbete mm. men inte arbetsresor.
 - 3 Jag utövar på fritiden motion, såsom konditionslöpning, skidning, motionsgymnastik, simning, bollspel eller utför ansträngande trädgårdsarbete eller annat motsvarande minst 3 timmar i veckan.
 - 4 Jag tränar på fritiden i tävlingssyfte regelbundet flere gånger i veckan löpning, orientering, skidning, simning, bollspel eller någon annan ansträngande idrott.
75. **Hur många minuter går, cyklar eller rör Ni på er på andra fysiskt ansträngande sätt under arbetsresan?**
(Obs! Här avses den sammanlagda tiden för resan till och från arbetet.)
- 1 jag arbetar inte, eller färdas hela vägen till arbetet med motorfordon
 - 2 mindre än 15 min. per dag
 - 3 15 - 29 min. per dag
 - 4 30 - 44 min. per dag
 - 5 45 - 59 min. per dag
 - 6 över 1 timme per dag
76. **Hur ofta motionerar Ni på fritiden minst 20 - 30 min. så att Ni åtminstone blir lindrigt andfådd och svettas?**
- 1 varje dag
 - 2 2 - 3 ggr i veckan
 - 3 en gång i veckan
 - 4 2 - 3 ggr i månaden
 - 5 några gånger per år eller mindre
 - 6 jag kan på grund av kroppsskada eller sjukdom inte motionera (gå vidare till fråga 79)
77. **Hur många gånger i veckan motionerar Ni vanligen på fritiden så att Ni åtminstone blir lindrigt andfådd och svettas?**
(Om inte alls, anteckna 0.)
- | | | | | ggr i veckan
78. **Hur länge motionerar Ni vanligen per gång?**
- 0 jag motionerar inte på fritiden
 - 1 under 15 minuter
 - 2 15 - 29 minuter
 - 3 30 - 59 minuter
 - 4 en timme eller längre
79. **Hur många minuter i medeltal per dag går, cyklar eller rör Ni på Er på annat sätt (gårds- och trädgårdsarbete, reparationsarbeten, städning) under fritiden?** Räkna inte med den tid som Ni är aktiva på arbetet, arbetsresor (fråga 75) eller den tid av fritiden som Ni utövar motionsidrott (frågorna 76-78).
- 1 mindre än 15 min. per dag
 - 2 15-29 min. per dag
 - 3 30-44 min. per dag
 - 4 45-59 min. per dag
 - 5 över 1 timme per dag
80. **Hurdan anser Ni Er fysiska kondition vara för tillfället?**
- 1 mycket bra
 - 2 ganska bra
 - 3 tillfredställande
 - 4 ganska dålig
 - 5 mycket dålig

K RÖKNING

81. **Har Ni någonsin under**

Ert liv rökt?

- 1 nej (gå vidare till fråga 95)
2 ja (fortsätt med fråga 82)

82. **Har Ni rökt minst 100 gånger under Ert liv (cigaretter, cigarrer och/eller pipa)?**

- 1 nej (gå vidare till fråga 95)
2 ja

83. **Har Ni någonsin rökt regelbundet (=nästan varje dag i minst ett års tid)? Hur många år sammanlagt?**

- 1 jag har aldrig rökt regelbundet
2 jag har rökt regelbundet i sammanlagt

år

84. **Vid vilken ålder började Ni röka?**

års ålder

85. **Röker Ni nuförtiden (cigaretter, cigarrer eller pipa)?**

- 1 ja, regelbundet
2 oregelbundet
3 inte alls

86. **Hur många dagar i veckan röker Ni vanligen?**

- 1 7 dagar i veckan
2 5 - 6 dagar i veckan
3 2 - 4 dagar i veckan
4 en dag i veckan
5 mindre än en gång i veckan
6 jag röker inte

87. **När rökte Ni senast?** Om Ni röker fortgående, anteckna alternativ 1.

- 1 igår eller idag
2 för 2 dagar - 1 månad sedan
3 för 1 månad - ½ år sedan (gå vidare till fråga 93)
4 för ½ år - 1 år sedan (gå vidare till fråga 93)
5 för 1 år - 5 år sedan (gå vidare till fråga 95)
6 för 6-10 år sedan (gå vidare till fråga 95)
7 för över 10 år sedan (gå vidare till fråga 95)

88. **Hur mycket röker Ni eller rökte Ni innan Ni slutade i medeltal per dag?**

Besvara varje punkt. (Om inte alls, anteckna 0.)

fabriksframställda st
cigaretter per dag

egenhändigt rullade st
cigaretter per dag

pipa st
per dag

cigarrer st
per dag

89. **Vad anser Ni om Era nuvarande rökvanor? Tycker Ni att Ni röker**

- 1 alldeles för mycket
2 en aning för mycket
3 måttligt
4 jag röker inte nuförtiden

90. **Skulle Ni vilja sluta röka?**

- 1 nej
2 ja
3 svårt att säga
4 jag röker inte nuförtiden

91. **Om Ni skulle försöka sluta röka, tror Ni att Ni skulle lyckas?**

- 1 nej
2 ja
3 svårt att säga
4 jag röker inte nuförtiden

92. **Har Ni någonsin på allvar försökt sluta röka?**

Om Ni har, när senast?

- 1 aldrig
 2 för över 1 år sedan
 3 för ½ år - 1 år sedan
 4 för 1 mån - ½ år sedan
 5 under den senaste månaden

93. **Har Ni av läkare uppmanats att sluta röka under det senaste året?**

- 1 nej
 2 en gång
 3 mer än gång

94. **Har en hälsovårdare eller en företagshälsovårdare under det senaste året uppmanat Er att sluta röka?**

- 1 nej
 2 en gång
 3 mer än en gång

95. **Har Ni under det senaste året (12 månader) använt nikotinersättningsmedel (tuggummi, plåster, piller osv.)?**

- 1 nej, jag har inte använt
 2 ja, som stöd då jag försökte sluta röka
 3 ja, av annan orsak

96. **Använder Ni nuförtiden snus?**

- 1 ja, dagligen
 2 sporadiskt
 3 nej, inte alls

97. **Hur många timmar per dag befinner Ni er inomhus på ett ställe där Ni är tvungen att inandas tobaksrök förorsakad av någon annan? (Om inte alls, anteckna 0.)**

på Er arbetsplats timmar

hemma timmar

i andra utrymmen timmar

KOST

98. **Hur många måltider eller mellanmål äter Ni vanligen under en vardag (det sammanlagda antalet måltider /mellanmål)?**

- 1 1-2 måltider/ mellanmål
 2 3-4 måltider/ mellanmål
 3 5-6 måltider/ mellanmål
 4 7 eller flere måltider/ mellanmål

99. **Var äter Ni vanligen på vardagar Er huvudsakliga måltid (varm måltid/ bröd-salladsmåltid)? (Kryssa för endast ett alternativ.)**

a) vid lunchtid

- 1 jag äter ingen lunch
 2 jag äter matsäck på arbetsplatsen
 3 hemma
 4 på restaurang, bar, snabbmatställe
 5 i arbetsplatsens matsal eller annan matsal
 6 någon annanstans

b) vid middagstid

- 1 jag äter ingen middag
 2 jag äter matsäck på arbetsplatsen
 3 hemma
 4 på restaurang, bar, snabbmatställe
 5 i arbetsplatsens matsal eller annan matsal
 6 någon annanstans

100. **Följer Ni någon specialdiet?**

	nej	ja
	1	2
laktosfri diet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gluteinfri diet (jag undviker inhemska sädeslag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
födoämnesallergi, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

diabetikers diet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kolesterolnedsättande diet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avmagringsdiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetarisk diet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan diet, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V

101. **Hur ofta använder Ni följande livsmedel?** Tänk på det senaste året (12 månader). Svara på varje rad.

Kryssa för det alternativ, som motsvarar Er konsumtionstäthet.

	Mer sällan än en gång i månaden eller inte alls 1	En eller två gångar i månaden 2	En gång i veckan 3	Ett par gångar i veckan 4	Nästan varje dag 5	En gång per dag eller oftare 6
<u>SPANNMÅLSPRODUKTER:</u>						
råg- eller knäckebröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jäst-, graham- eller blandbröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
franskbröd, polakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sött kaffebröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
piroger eller pastejer (t.ex. Karelsk pirog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gröt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mysli, flingor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
makaroner, pasta eller ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>MJÖLKPRODUKTER:</u>						
fil eller yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ost med lägre fetthalt (fett-% <20, t.ex. Polar-15, grynost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
övrig ost (t.ex. Edam, Emmental, Aura, Brie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
glass, pudding, bär-/ fruktkvarg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>GRÖNSAKER:</u>						
kokt potatis/ potatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stekt eller fransk potatis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetariska rätter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kokta grönsaker eller baljväxter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
färska grönsaker, rotfrukter, sallad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salladsdressing eller olja med grönsakerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>FRUKT, BÄR:</u>						
frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
färska eller djupfrysta bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frukt- eller bärjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V

	Mer sällan än en gång i månaden eller inte alls	En eller två gångar i månaden	En gång i veckan	Ett par gångar i veckan	Nästan varje dag	En gång per dag eller oftare	L
<u>FISK, KÖTT:</u>	1	2	3	4	5	6	
fisk, fiskrätter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kycklingrätter, kalkon, hönsrätter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
köttätter (t.ex. köttsås, köttfärsås)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
korvrätter, knackkorv, länkorv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
korvpålägg (t.ex. medwurst, gotler-korv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
köttpålägg (t.ex. skinka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kokt ägg, stekt ägg, omelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>PIZZA, HAMBURGARE MM.</u>							
pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hamburgare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
salta snacks (t.ex. potatis chips, popcorn, salta nötter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>SÖTSAKER:</u>							
choklad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
karameller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sockrade drycker (t.ex. sockrad saft, kola- och andra läskedrycker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
läskedrycker med låg kalorihalt (t.ex. Funlight, Pepsi Max, Light-Cola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>ÖVRIGT:</u>							
färska örter eller kryddväxter (t.ex. dill, basilika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
frön (t.ex. linfrö)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sojaprodukter (t.ex. sojaböner, Femisoija, tofu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
funktionella eller med näringsämnen kompletterade livsmedel (t.ex. Gefilus, Rela, Benecol, Becel pro.activ, Linobene, multivitamindrucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
färdigmat från butiken (t.ex. köttbullar, pizza, mikrougnsmat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
snabbmat från hamburgerrestauranger eller kiosker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

102. **Hur ofta äter Ni vanligen olika sorts fisk och mat tillagad av dessa?** Tänk på det senaste året (12 månader). Svara på varje rad. Kryssa för det alternativ som motsvarar Er konsumtionstäthet.
- | | Mer sällan än en gång i månaden eller inte alls | En eller två gånger i månaden | En gång i veckan | Ett par gånger i veckan | Nästan varje dag | En gång per dag eller oftare |
|---------------------|---|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Regnbågsforell, lax | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strömming | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan fisk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
103. **Hurdant fett använder Ni vanligen på brödet?** (Kryssa för endast ett alternativ.)
- inget fett alls
 - matfett som innehåller 35-60 % fett (t.ex. Keiju, Kevytlevi, Kevyt maukas, Lättä, Soft, Flora med mindre fett, Becel35)
 - matfett som innehåller 70-80 % fett (t.ex. Becel, Flora, Soila)
 - smör-olja-blandning, matfettblandning (t.ex. Voimariini, Enilett)
 - smör
 - växtsterolmargarin (Becel pro.activ, Benecol)
104. **Hurdant fett används vanligen hemma hos Er vid matlagning?** (Kryssa för endast ett alternativ.)
- växtolja
 - matfett som innehåller 60 % fett (t.ex. Flora med mindre fett, Keiju, Kultarypsi)
 - matfett som innehåller 70-80 % fett (t.ex. Becel, Flora, Keiju)
 - hushållsmargarin (t.ex. Milda, Sunnuntai)
 - smör-olja-blandning, matfettblandning (t.ex. Voimariini, Enilett)
 - smör
 - växtsterolmargarin (Becel pro.activ, Benecol)
 - inget fett alls
105. **Hur ofta saltar Ni maten vid matbordet?**
- aldrig
 - vanligen om maten inte är tillräckligt saltig
 - så gott som alltid
106. **Vad använder Ni vanligen för salt hemma?**
- vanligt jodhaltigt salt (t.ex. Jozo, Junior, Meira)
 - havssalt
 - mineralsalt (t.ex. Pansalt, Seltin)
 - kryddsalt/ örtsalt
 - inget salt alls
107. **Då Ni äter utanför hemmet, är maten i jämförelse med den hemmalagade maten**
- saltigare
 - lika saltig
 - mindre saltig
108. **Är färdigmat (industriköksmat, djupfryst mat) i jämförelse med den hemmalagade maten**
- saltigare
 - lika saltig
 - mindre saltig

109. **Hur många koppar kaffe eller te dricker Ni vanligen per dag?** (Om Ni inte dricker, anteckna 0.)

kaffe | koppar
(1 kopp = ca. 1 dl)

te | koppar
(1 kopp = ca. 2 dl)

110. **Hurdant kaffe dricker Ni vanligen** (kryssa för endast ett alternativ)?

- 1 filterkaffe
2 ofiltrerat pannkockt kaffe
3 vanligt pulverkaffe
4 annat kaffe (t.ex. espresso, cappuccino)
0 jag dricker inte kaffe

111. **Hur många glas mjölk eller surmjölk (1 glas = 2 dl) dricker Ni vanligen per dag?** (Om inte alls, anteckna 0.)

mjölk | glas

surmjölk | glas

112. **Om Ni dricker mjölk, dricker Ni vanligen** (kryssa för endast ett alternativ)

- 1 vanlig komjölk
2 helmjölk (tidigare konsumtionsmjölk)
3 lättmjölk
4 ettans mjölk
5 fettfri mjölk
0 jag dricker inte mjölk

113. **Vilket av följande alternativ beskriver bäst vad Ni äter?**

- 1 jag anser att jag äter hälsosamt
2 jag anser att jag äter rätt hälsosamt
3 det jag äter, anser jag att är varken särskilt hälsosamt eller ohälsosamt
4 jag anser att jag äter rätt ohälsosamt
5 jag anser att jag äter ohälsosamt

114. **Har Ni använt vitamin-, mineral- eller andra näringsämnespreparat under de senaste 6 månaderna?**

- 1 nej
2 ja, anteckna preparatets/preparatens namn på det för ändamålet reserverade raderna på samma sätt som på exempelraden. Markera även användningsdos och användningstäthet.

Preparatets namn	Dos	Användningstäthet				
		1-2 ggr per månad	En gång i veckan	2-3 ggr i veckan	Nästan varje dag	Dagligen
		1	2	3	4	5
_____	_____	<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"/>	<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"/>
EXEMPEL	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIKT

115. **Anser Ni Er vara**
- 1 för mager
 - 2 något för mager
 - 3 lämplig vikt
 - 4 något för överviktig
 - 5 för fet
116. **Hur skiljer sig Er nuvarande vikt från Er vikt för ett år sedan?**
- 1 gått upp, cirka kg
 - 2 förblivit oförändrad
 - 3 minskat, cirka kg
117. **Vad har varit Er lägsta vikt i vuxen ålder (över 20-åring)?**
- kg
118. **Hur mycket har Ni vägt som mest (för kvinnor med undantag av graviditet och amningstid)?**
- kg
119. **Har Ni någonsin försökt banta på allvar? Ifall Ni har, hur många gånger?**
- 1 jag har aldrig försökt banta (gå vidare till fråga 123)
 - 2 1-2 gånger
 - 3 3-5 gånger
 - 4 6 gånger eller fler
120. **Vilket har varit Ert bästa bantningsresultat**
- 1 under 2 kg
 - 2 2-5 kg
 - 3 6-10 kg
 - 4 över 10 kg
121. **Hur många gånger under de senaste 10 åren har Ni bantat minst 5 kg?**
- 1 inte en enda gång (gå vidare till fråga 123)
 - 2 gånger
122. **Hur många gånger har alla kilon Ni bantat kommit tillbaka?**
- 1 inte en enda gång
 - 2 gånger

ÖVRIGA FRÅGOR

123. **Ange den enligt Er åsikt viktigaste orsaken till att den finländska vuxna befolkningens sjuklighet är så hög. (Kryssa för endast ett alternativ.)**
- 1 felaktig kost
 - 2 stress, svåra levnadsförhållanden, tungt arbete
 - 3 rökning
 - 4 brist på motion
 - 5 brist på spårämnen, vitaminer, osv. (jordmånen, födan)
 - 6 övervikt
 - 7 arvsanlag
 - 8 alkohol
 - 9 bristfällig hälsovårdsservice
 - 0 gifter och föroreningar i miljön, födan osv.
124. **Anser Ni Ert äktenskap eller samboförhållande vara**
- 1 mycket lyckligt
 - 2 ganska lyckligt
 - 3 svårt att säga
 - 4 ganska olyckligt
 - 5 mycket olyckligt
 - 0 jag är inte gift eller samboende
125. **Hur många gånger har Ni varit gift eller samboende, Ert nuvarande förhållande medberäknat?**
- gånger
126. **Hur ofta besväras Ni av att Ni måste anstränga Er till det yttersta för att klara av Ert nuvarande arbete eller Er arbetsmängd?**
- 1 nästan hela tiden
 - 2 ganska ofta
 - 3 ibland
 - 4 sällan
 - 5 aldrig
 - 0 jag arbetar inte
127. **Har Ni svårigheter att komma överens med Er maka/ make eller sambo?**
- 1 nästan hela tiden
 - 2 ganska ofta
 - 3 ibland
 - 4 sällan
 - 5 aldrig
 - 0 jag har ingen maka/ make eller sambo

128. **Hur ofta besväras Ni av att det alltid är bråttom på Ert arbete?**

- 1 nästan hela tiden
 2 ganska ofta
 3 ibland
 4 sällan
 5 aldrig
 0 jag arbetar inte

129. **Har barnen (egna) förorsakat Er speciella svårigheter?**

- 1 nästan hela tiden
 2 ganska ofta
 3 ibland
 4 sällan
 5 aldrig
 0 jag har inga barn

130. **Hur ofta irriteras Ni av att Ert arbete verkar störa familjelivet?**

- 1 nästan hela tiden
 2 ganska ofta
 3 ibland
 4 sällan
 5 aldrig
 0 jag har ingen familj eller jag arbetar inte

131. **Hur nöjd är Ni med Er ekonomiska situation?**

- 1 mycket nöjd
 2 nöjd
 3 ganska nöjd
 4 missnöjd
 5 mycket missnöjd

132. **Hur nöjd är Ni med det Ni åstadkommit i livet?**

- 1 mycket nöjd
 2 nöjd
 3 ganska nöjd
 4 missnöjd
 5 mycket missnöjd

133. **Hur nöjd är Ni med Ert familjeliv**

- 1 mycket nöjd
 2 nöjd
 3 ganska nöjd
 4 missnöjd
 5 mycket missnöjd
 0 jag har ingen familj

134. **Är Er ekonomiska situation nu bättre eller sämre än den varit tidigare?**

- 1 mycket bättre
 2 en aning bättre
 3 ungefär lika
 4 en aning sämre
 5 mycket sämre

135. **Bedöm Era möjligheter att få hjälp av Era närmaste, när Ni är i behov av hjälp eller stöd. Ni kan markera ett eller flere svarsalternativ på varje fråga.**

	Make/ make eller partner	Annan nära anhörig	Nära vän	Nära arbets- kamrat	Nära granne	Annan nära människa	Ingen
	1	2	3	4	5	6	7
Vems hjälp kan Ni verkligen lita på om Ni känner att Ni är ansträngd och behöver slappna av?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vem kan Ni verkligen lita på att bryr sig om Er, oberoende av vad som händer Er?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vem kan Ni verkligen lita på att får Er att känna Er bättre då ni känner Er nere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av vem får Ni praktisk hjälp då Ni behöver det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A

136. Hur väl tycker Ni att följande påståenden stämmer? Jag tycker att

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
	1	2	3	4
De flesta människor är redo att ljuga för egen vinning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De flesta människor är ärliga och hederliga främst för att de är rädda att bli fast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De flesta människor är redo att använda ohederliga metoder för att uppnå förmåner om hederliga metoder inte räcker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag funderar ofta på vilka verkliga orsaker kunde ligga bakom som får andra människor att göra nåt gott för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen bryr sig speciellt mycket om hur det går för andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är bäst att inte lita på någon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De flesta människor skaffar sig vänner för att dessa sannolikt kan vara till nytta för dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De flesta människor vill egentligen inte besvära sig med att hjälpa andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

137. Hur bra stämmer följande påståenden in på Er? Kryssa på varje rad för det alternativ som bäst motsvarar Er åsikt.

Hur säker är Ni på att

	Mycket osäker	Ganska osäker	Ganska säker	Mycket säker
	1	2	3	4
... man med sunda levnadsvanor kan förebygga att sådana allvarliga sjukdomar som hjärtsjukdomar, cancer eller sockersjuka uppkommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... om människan redan har blivit sjuk hjälper det inte längre att ändra levnadsvanorna till mera hälsosamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ni själv kan påverka de flesta faktorer som ökar eller minskar Er egen risk att insjukna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ni kan ta hälsoaspekter i beaktande då ni planerar Ert liv och gör beslut gällande det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ni orkar följa de beslut Ni har gjort om att börja ett nytt hälsosammare liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ni orkar följa hälsosamma levnadsvanor trots att övriga människor i Er närhet inte bryr sig om dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ni klarar att motstå frestelser då Ni vet att de är skadliga för Er hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ni orkar bry Er om ifall någonting är skadligt för hälsan eller inte, fast Ni skulle ha bråttom, vara trött eller under hård press	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ni klarar av att ta hälsoaspekterna i beaktande, även om det skulle vara obekvämt eller Ni pga det skulle vara tvingad att avstå från andra för Er viktiga saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ni klarar av att låta bli att röka, trots att andra i Ert sällskap röker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ni klarar av att gå på hälsokontroller regelbundet, trots att det skulle orsaka Er besvär eller åtgärderna skulle vara otrevliga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A

138. **Hur uppfattar Ni Er egen risk att insjukna i en hjärt- eller blodkärslsjukdom under Ert liv?**

- 1 mycket stor
 2 stor
 3 medelmåttlig
 4 liten
 5 mycket liten
 0 jag har en hjärt- eller blodkärslsjukdom

139. **Hur uppfattar Ni Er egen risk att insjukna i cancer under Ert liv?**

- 1 mycket stor
 2 stor
 3 medelmåttlig
 4 liten
 5 mycket liten
 0 jag har eller har haft cancer

140. **Hur uppfattar Ni Er egen risk att insjukna i sockersjuka, dvs. diabetes, under Ert liv?**

- 1 mycket stor
 2 stor
 3 medelmåttlig
 4 liten
 5 mycket liten
 0 jag har sockersjuka

I det följande återges ett antal påståenden, som människor har olika åsikter om. Ange Er egen ståndpunkt genom att kryssa för rutan vid det alternativ som bäst motsvarar just Er personliga åsikt eller situation.

141. **Hjärtsjukdomar kan förebyggas med sunda levnadsvanor.**

- 1 jag instämmer helt
 2 jag instämmer till stor del
 3 svårt att säga
 4 jag instämmer inte helt
 5 jag instämmer inte alls

142. **En ändring av kostvanorna lönar sig inte mera i medelåldern.**

- 1 jag instämmer helt
 2 jag instämmer till stor del
 3 svårt att säga
 4 jag instämmer inte helt
 5 jag instämmer inte alls

ALKOHOLKONSUMTION

143. **Konsumerar Ni nuförtiden ens tillfälligt alkoholdrycker (t.ex. öl, vin eller starksprit)?**

- 1 ja, minst en gång i månaden
 2 ja, mer sällan än en gång i månaden
 3 nej, ja slutade dricka alkohol helt och hållet för _____ år sedan
 4 jag har aldrig druckit alkohol (Ni kan sluta svara i och med den här frågan)

144. **Har Ni under det gångna året (12 månader) konsumerat alkoholdrycker (öl, vin, starksprit)?**

- 1 ja
 2 nej (Ni kan sluta svara i och med den här frågan)

145. **Hur många glas (normala restaurangportion) eller flaskor har Ni druckit under den senaste veckan (7 dagar) (om Ni inte har druckit alls anteckna 0):**

Mellanöl (klass III) eller medelstark cider
 (säljs i matbutiker,
 alkoholhalt 2,9- 4,7%)

_____ flaskor (1/3 liter)

A-öl (klass IV, alkoholhalt över 4,7%)

_____ flaskor (1/3 liter)

Stark cider eller long drink

(säljs enbart i ALKO, alkoholhalt över 4,7%)

_____ flaskor (1/3 liter)

Starksprit eller annan stark alkohol

_____ restaurangportion (ca. 4 cl)

Rödvin

_____ glas
 (1 glas = ca. 12. cl)

Annat vin

_____ glas
 (1 glas = ca. 12. cl)

146. Hur ofta drack Ni följande alkoholmängder per dag under de senaste 12 månaderna?

Anvisning: Börja svara på den översta svarsraden. Markera ett kryss (x) på raden på det ställe som passar "Hur ofta" alternativet bäst. Fortsätt sedan radvis nedåt på samma sätt. Kom ihåg att kryssa för endast en ruta på varje rad.

1 dos	=	en flasta (1/3 liter) mellanöl eller ett glas (12 cl) svagt vin eller ett glas (8 cl) starkt vin eller ett glas (4 cl) starksprit eller annan stark alkoholdryck	
En flaska (0,33 l) A-öl, Gin Long Drink eller stark cider			= 1,25 doser
En stor flaska (0,5 l) mellanöl			= 1,5 doser
En stor flaska (0,5 l) A-öl			= 2 doser
En flaska (0,75 l) vin			= 7 doser
En flaska (0,75 l) starkt vin			= 10 doser
En flaska (0,5 l) stark alkoholdryck (t.ex. Koskenkorva)			= 12 doser

Doser per dag	Aldrig	En gång per månad eller mer sällan	2-3 ggr per månad	Ca. en gång i veckan	2-3 ggr i veckan	4-5 ggr i veckan	6-7 ggr i veckan
	1	2	3	4	5	6	7
15 eller fler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

147. Hur många gånger har Ni under de senaste 12 månaderna druckit så mycket öl, vin eller starka alkoholdrycker, att Ni känt Er berusad?

- 1 ett par gånger i veckan eller oftare
- 2 ungefär en gång i veckan
- 3 ett par gånger i månaden
- 4 ungefär en gång i månaden
- 5 ungefär varannan månad
- 6 fyra - fem gånger om året
- 7 två - tre gånger om året
- 8 en gång om året
- 9 inte en enda gång

TACK FÖR ERA SVAR!

TAG MED SVARSBLANKETTEN TILL HÄLSOGRANSKNINGEN.

FÖLJANDE FRÅGOR IFYLLS VID UNDERSÖKNINGSTILLFÄLLET

1. **Ankomsttid** kl. || : || datum ||||| 2002
2. **Subsampel**
- | | nej
1 | ja
2 | Har besökt/fått instruktioner/blanketten återlämnad
3 |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Utsatt för tobaksrök
i omgivningen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Motion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Utsatt för kyla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Kvinnor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
3. **Längd** |||| , cm (noggrannhet 1 mm)
4. **Vikt** |||| , kg (noggrannhet 100 g)
5. **Blodtrycksmätare:** |||||
6. **Fett mängd**
- 1 2,5 g / brödskiva
- 2 5 g / brödskiva
- 3 10 g / brödskiva
- 4 15 g / brödskiva
- 0 inget fett alls
7. **Antal brödskivor:** |||| dygn
8. **Blodtryck**
- 1 ||| / ||| mmHg
- 2 ||| / ||| mmHg
- 3 ||| / ||| mmHg
9. **Överarmens omkrets:** |||| , cm (noggrannhet ½ cm)
10. **Puls:** ||| / 30 s
11. **Höftens omkrets:** |||| , cm (noggrannhet ½ cm)
- Midjans omkrets :** |||| , cm (noggrannhet ½ cm)

W

12. **Fasta:** timmar

13. **Användning av acetosalicylsyra och värkmedicin**

- 1 nej
2 ja, acetosalicylsyra
3 ja, annan värkmedicin

14. **Akut infektion**

- 1 nej
2 ja, luftvägs-
infektion
3 ja, annan, vilken?

15. **Blodprov taget**

- 1 nej
2 ja, fullständigt kl. :
3 ja, delvis provrör kl. :

16. **Alopecia klassificering**

- 1 2 3 4 5 6 7

17. **Om betydande håravfall, markera tidpunkten när håravfallet var rikligast**

- 1 <25 års ålder
2 25-34 års ålder
3 35-44 års ålder
4 45 års ålder eller äldre

18. **Förekommer betydande håravfallet i släkten**

	nej	ja
	1	2
far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bröder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
systrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
söner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
döttrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. **Samtycke**

	nej	ja
	1	2
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. **Avgångstid** kl :

21. **Anmärkningar**

- 1 längden enligt egen uppskattning
2 vikten enligt egen uppskattning
3 oregelbunden ojämna rytm (flimmer)
4 blodtrycket mätt från vänstra armen
5 som diastoliskt värde markerat Korotkoffs IV fas
6 annat, vad: _____

Havaintotunnus

Lomaketarra L1

W