



# Studie om hälsa hos män

- Använd en svart eller blå kulspetspenna.
- Om Du vill ändra Ditt svar fyll den felaktigt ikryssade rutan helt och kryssa därefter i rätt ruta.
- Fyll gärna i enkäten tillsammans med någon.

Personnummer 1 9 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## DIN HÄLSA

### 1. Hur mår Du i allmänhet nuförtiden?

|                       | Mycket God               | God                      | Sådär                    | Dåligt dålig             | Mycket                   |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hur är Din hälsa?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hur är Ditt minne?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hur är Din kondition? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hur är Din matlust?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hur är Ditt humör?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hur är Din energi?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 2. Har Du eller har Du haft något av följande tillstånd?

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck     | <input type="checkbox"/> Allergi                   | <input type="checkbox"/> Migrän                   | <input type="checkbox"/> Njursten                            |
| <input type="checkbox"/> Högt kolesterol    | <input type="checkbox"/> Astma                     | <input type="checkbox"/> Värk i leder             | <input type="checkbox"/> Gallsten                            |
| <input type="checkbox"/> Kärilkramp         | <input type="checkbox"/> KOL (kronisk lungsjukdom) | <input type="checkbox"/> Ledgångsreumatism        | <input type="checkbox"/> Magkatarr                           |
| <input type="checkbox"/> Fönstertittarsjuka | <input type="checkbox"/> Kronisk bronkit           | <input type="checkbox"/> Parkinsons sjukdom       | <input type="checkbox"/> Ulcerös kolit                       |
| <input type="checkbox"/> Hjärtsvikt         | <input type="checkbox"/> Hösnuva                   | <input type="checkbox"/> MS (multipel skleros)    | <input type="checkbox"/> IBS / kolon irritabile              |
| <input type="checkbox"/> Yrsel              | <input type="checkbox"/> Pollenallergi             | <input type="checkbox"/> Psoriasis                | <input type="checkbox"/> Crohns sjukdom                      |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus           | <input type="checkbox"/> Impotens                  | <input type="checkbox"/> Eksem                    | <input type="checkbox"/> Depression                          |
| <input type="checkbox"/> Benskörhet         | <input type="checkbox"/> Hemorrojder               | <input type="checkbox"/> Böjveckseksem (som barn) | <input type="checkbox"/> Grön starr (glaukom) (ej grå starr) |

### 3. Har Du diabetes?

- Nej       Ja, den upptäcktes vid \_\_\_\_\_ års ålder och som behandling har jag nu
- Insulin  
 Tabletter  
 Kostråd

### 4. Du som **inte** äter blodtrycksmedicin, har Ditt blodtryck kontrollerats under de **senaste tre åren**?

- Nej       Ja, mitt blodtryck har kontrollerats och
- Det var för lågt       Det var normalt  
 Det var lindrigt förhöjt       Det var ordentligt förhöjt

### 5. Vad har Du för kroppsmått? Ange endast hela tal

Längd \_\_\_\_\_ cm      Vikt \_\_\_\_\_ kg      Midja \_\_\_\_\_ cm      Höft \_\_\_\_\_ cm

### 6. Hur många läkarbesök har Du varit på de **senaste 12 månaderna**? \_\_\_\_\_ gånger

### 7. Hur är Din livssyn vanligtvis?      Mycket positiv      Positiv      Negativ      Mycket negativ

## TANDHÄLSA

### 8. Har Du...

- kvar alla Dina tänder (utöver visdomständer)?       Nej       Ja
- dragit ut / tappat tänder (utöver visdomständer) i vuxen ålder?       Nej       Ja      \_\_\_\_\_ st
- hel- eller delatandprotes (räkna inte med fast brygga eller implantat)?       Nej       Ja
- märkt att det blöder i tandköttet då Du borstar tänderna?       Nej       Ja
- drabbats av parodontit / tandlossning?       Nej       Ja
- problem med muntorrhet?       Nej       Ja
- problem med att tugga?       Nej       Ja

## VÄRK OCH SMÄRTA

9. Har Du vid förvärvsarbete eller sysslor i hemmet, under de **senaste 12 månaderna**, haft ont i...

ryggen  Nej  Ja      skuldrorna  Nej  Ja      nacken  Nej  Ja

10. Har Du i mer än **3 månader under de senaste 12 månaderna** haft ont i...

knäet / knäna  Nej  Ja      höften  Nej  Ja

11. Har Du någon gång gått igenom någon av följande operationer

menisk  Nej  Ja      konstgjord led i knäet  Nej  Ja  
ledbandsskada i knäet  Nej  Ja      konstgjord led i höften  Nej  Ja

## MEDICINER

12. Har Du **regelbundet** eller **periodvis** använt några av följande mediciner?

Kortison i tablettform eller inhalation  Nej  Ja → totalt under \_\_\_\_\_ år

Magnecyl, Bamy, Treo,  Nej  Ja, \_\_\_\_\_ tabletter/vecka under  mindre än 10år  10-20år  mer än 20år  
Aspirin, Albyl, Trombyl

Alvedon, Panodil, Reliv,  Nej  Ja, \_\_\_\_\_ tabletter/vecka under  mindre än 10år  10-20år  mer än 20år  
Citodon

Ipren, Diklofenak,  Nej  Ja, \_\_\_\_\_ tabletter/vecka under  mindre än 10år  10-20år  mer än 20år  
Voltaren, Ibumetin, Naproxen

13. Har Du använt antibiotika under de **senaste 10 åren**?

Nej

Ja →  mindre än 1 kur/år  1 kur/år  2-3 kurer/år  mer än 3 kurer/år

## SYN, HÖRSEL OCH BALANS

14. Är Du opererad för grå starr?  Nej  Ja → När jag var \_\_\_\_\_ år

15. Använder Du glasögon?  Nej  Ja → I vilken ålder började Du med glasögon?

före 30  30-40  40-50  50-60  60-70  70-80  efter 80

16. Använder Du hörapparat?  Nej  Ja → I vilken ålder började Du med hörapparat?

före 30  30-40  40-50  50-60  60-70  70-80  efter 80

17. Har Du bra smaksinne?  Ja  Nej → I vilken ålder försämrades Ditt smaksinne?

före 30  30-40  40-50  50-60  60-70  70-80  efter 80

18. Har Du bra balans?  Ja  Nej → I vilken ålder försämrades Din balans?

före 30  30-40  40-50  50-60  60-70  70-80  efter 80

19. Har Du fallit / ramlat någon gång under de **senaste 12 månaderna**?  Nej  Ja, \_\_\_\_\_ gånger.

## SÖMNVANOR

20. Hur lång sömn behöver Du **per dygn**? \_\_\_\_\_ timmar      Hur länge sover Du **per natt** i genomsnitt? \_\_\_\_\_ timmar

21. Hur dags brukar Du somna? kl. \_\_\_\_\_      Hur dags brukar Du vakna? kl. \_\_\_\_\_

Brukar Du **regelbundet** ta en tupplur?  Nej  Ja → från kl. \_\_\_\_\_ till kl. \_\_\_\_\_ på dagen

22. Hur tycker Du att Du sover på det hela taget?

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

23. Har Du haft känningar av följande besvär de **senaste tre månaderna**?

|   | Aldrig                   | Sällan                   | Ofta                     | För det mesta            | Alltid                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svårigheter att somna                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Upprepade uppvaknanden med svårigheter att somna om | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| För tidigt uppvaknande                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Störd / orolig sömn                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sömnapné / andningsuppehåll                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Snarkat så att det stör                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. Har Du haft arbetstider som medfört att Du arbetat natt åtminstone några gånger i månaden?

Nej       Ja, det har jag gjort under \_\_\_\_\_ år.

## TOALETTVANOR

25. Frågorna avser hur vattenkastningen varit under den **senaste månaden**.

|  | Aldrig                   | Mindre än var 5:e gång   | Mindre än varannan gång  | Ungefär hälften av gångerna | Mer än hälften av gångerna | Nästan alltid            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Hur ofta har Du haft en känsla av att ej kunna tömma urinblåsan?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hur ofta har Du tvingats kasta vatten inom två timmar efter föregående toalettbesök? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hur ofta kommer urinen i flera portioner vid vattenkastning?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hur ofta har Du svårt att hålla Dig när Du blir kissnödig?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hur ofta har Du svag urinstråle?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hur ofta måste Du trycka på för att få fram urinen?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

26. Hur ofta behöver Du vanligtvis kasta vatten på natten?

27. Har Du haft urinvägsinfektion / urinstämma?

|  | Aldrig                   | 1 gång                   | 2 ggr                    | 3 ggr                    | 4 ggr                    | 5+                       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. Hur ofta behöver Du vanligtvis kasta vatten på natten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Har Du haft urinvägsinfektion / urinstämma?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  

|   | Mycket bra               | Bra                      | Acceptabelt              | Varken bra eller dåligt  | Mycket dåligt            | Ganska dåligt            | Fruktansvärt             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28. Om Du var tvungen att leva med vattenkastningen som den är i dag, hur skulle det kännas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. Har Du tarmtömning **varje dag**?  Ja  Nej, det dröjer \_\_\_\_\_ dag(ar) mellan gångerna

30. Har Du tarmtömning **flera gånger per dag**?  Ja  Nej

31. Hur ofta upplever Du svårigheter att tömma tarmen?

Aldrig  mindre än 1 ggr/vecka  1-6 ggr/vecka  Alltid

32. Har Du / har Du haft avföringsläckage?

Nej  Ja, har haft det tidigare  Ja, har det nu

## DIN FAMILJS HÄLSA

33. Har någon av Dina föräldrar eller syskon haft:

|                      | Nej                      | Ja, mor                  | Ja, far                  | Ja, syskon               | Vet ej                   |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prostatacancer       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bröstcancer          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tjocktarmscancer     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan cancer         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ledgångsreumatism    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psoriasis            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Högt blodtryck       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjärtinfarkt före 60 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34. Hur gamla blev Dina föräldrar?

Mor blev \_\_\_\_\_ år gammal  Mor lever fortfarande  Far blev \_\_\_\_\_ år gammal  Far lever fortfarande

## STRESS

35. Med stress menar vi att man känner sig spänd, retlig, nervös, ångestfylld eller har svårigheter med sömnen på grund av förhållanden i arbetet eller i privatlivet ( tex. känslor av sorg eller maktlöshet)

|   | I privatlivet            | På arbetet               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Jag har aldrig upplevt stress                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag har upplevt någon stressperiod                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag har upplevt någon stressperiod senaste 5 åren       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag har upplevt flera stressperioder senaste 5 åren     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag har upplevt ständig stress senaste året             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag har upplevt ständig stress de senaste 5 åren        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag har haft många längre perioder av stress i mitt liv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. Hur ofta känner Du stark ilska?

\_\_\_\_\_ gånger per dag  \_\_\_\_\_ gånger per vecka  sällan  aldrig

## HUR STÅR DET TILL?

37. Hur har Du mått den **senaste veckan**?

Alltid/  
nästan  
hela tiden

Ofta/  
ganska  
ofta

Ibland /  
ganska  
sällan

Aldrig/  
nästan  
aldrig

Jag har känt att jag kan klara av allvarliga problem eller större förändringar i mitt liv

   

Jag har känt mig lugn och avspänd

   

Jag har känt mig energisk, aktiv eller företagsam

   

När jag har vaknat upp har jag känt mig pigg och utvilad

   

Jag har känt mig lycklig eller nöjd och belåten med mitt personliga liv

   

Jag har känt mig ledsen och nere

   

Jag känner mig tillfreds med min livssituation

   

Jag lever det slags liv jag vill leva

   

Jag har varit pigg på att ta itu med dagens arbete eller fatta nya beslut

   

Jag har känt att livet är fullt av intressanta saker

   

## FAMILJ, VÄNNER OCH BEKANTA

38. Hur många människor, med samma intressen som Du, känner Du och har kontakt med? Både i arbetet och på fritiden.

Ingen  1-2  3-5  6-10  11-15  Mer än 15

39. Hur många människor, som Du känner, träffar Du eller samtalar Du med under en vanlig vecka? Räkna inte dem som Du bara träffar tillfälligt.

Ingen  1-2  3-5  6-10  11-15  Mer än 15

40. Hur många vänner har Du som kan komma hem till Dig när som helst och känna sig som hemma? De skulle inte bry sig om att det var ostädad eller om Du höll på att äta. Räkna inte nära släktingar.

Ingen  1-2  3-5  6-10  11-15  Mer än 15

41. Hur många finns det, i Din familj eller bland Dina vänner, som Du kan tala öppet med?

Ingen  1-2  3-5  6-10  11-15  Mer än 15

42. Hur många människor finns det i Din omgivning som Du lätt kan be om saker? Människor som Du känner så väl att Du kan låna verktyg eller köks saker av?

Ingen  1-2  3-5  6-10  11-15  Mer än 15

43. Bortsett från dem där hemma, hur många finns det som Du kan vända Dig till om Du kommer i svårigheter? Någon som Du lätt kan träffa och som Du litar på och kan få verklig hjälp av när Du har det besvärligt?

Ingen  1-2  3-5  6-10  11-15  Mer än 15

## ÖVRIGA FRÅGOR

44. Vilken är Din nuvarande sysselsättning?

Heltidsarbete  Deltidsarbete  Arbetar ej  Sjukpensionär  Pensionär

45. Hur bor Du nu?

Hemma  Servicehus  Sjukhem  Särskilt äldreboende

Vi är \_\_\_\_\_ personer i hushållet. Jag bor ensam sedan \_\_\_\_\_ år tillbaka.

46. Har Du husdjur (t ex hund eller katt) hemma?  Ja  Nej

47. Är Du aktiv i någon förening?  Ja  Nej

Har Du haft hjälp av någon med att fylla i enkäten?  Nej  Ja

Kan vi ringa till Dig om vi skulle behöva fråga om något ytterligare? Ange i så fall telefonnummer.

Telefon dagtid

Telefon kvällstid

Jag har läst bifogat informationsbrev och vill fortsätta att delta i studien.

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

**Stort tack för Din medverkan!**