

تندرستی

<p>1. تندرستی عمومی شما چگونه است؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیلی خوب</p> <p><input type="checkbox"/> خوب</p> <p><input type="checkbox"/> متوسط</p> <p><input type="checkbox"/> بد</p> <p><input type="checkbox"/> خیلی بد</p>													
<p>2. آیا دارای بیماری مزمن (طولانی مدت)، ناراحتی پس از یک حادثه، نوعی معلولیت یا مشکل طولانی مدت تندرستی هستید؟</p> <p><input type="checkbox"/> نخیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p>آیا این ناراحتی ها باعث کاهش قدرت کار کردن شما می شوند یا شما را از پرداختن به امور روزمره زندگی باز می دارند؟</p> <p><input type="checkbox"/> نه، به هیچ وجه</p> <p><input type="checkbox"/> بله، تا حدی</p> <p><input type="checkbox"/> بله، بسیار زیاد</p>													
<p>3. آیا می توانید بدون مشکل متن عادی یک روزنامه را ببینید و تشخیص دهید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله، بدون عینک</p> <p><input type="checkbox"/> بله، با عینک</p> <p><input type="checkbox"/> نخیر</p>													
<p>4. آیا می توانید بدون مشکل گفتگوی بین چند نفر را بشنوید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله، بدون سمعک</p> <p><input type="checkbox"/> بله، با سمعک</p> <p><input type="checkbox"/> نخیر</p>													
<p>5. آیا می توانید مسافت کوتاهی (حدود ۱۰۰ متر) را بدوید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>به سوال ۷ بروید</p>													
<p>6. آیا بخاطر وضعیت تندرستی تان در انجام یکی از فعالیت های زیر محدودیت دارید؟</p> <p>برای هر سطر یک ضربدر بزنید.</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>بله</td> <td>نخیر</td> </tr> <tr> <td>الف- آیا می توانید بدون مشکل/ ناراحتی از پله بالا بروید؟ مثلاً سوار اتوبوس یا قطار شوید</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ب- آیا می توانید نسبتاً سریع و به مدت کوتاهی (حدود ۵ دقیقه) پیاده راه بروید؟</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ج- آیا برای راه رفتن در بیرون از خانه به وسیله کمکی یا کمک فرد دیگری نیاز دارید؟</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			بله	نخیر	الف- آیا می توانید بدون مشکل/ ناراحتی از پله بالا بروید؟ مثلاً سوار اتوبوس یا قطار شوید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب- آیا می توانید نسبتاً سریع و به مدت کوتاهی (حدود ۵ دقیقه) پیاده راه بروید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج- آیا برای راه رفتن در بیرون از خانه به وسیله کمکی یا کمک فرد دیگری نیاز دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	بله	نخیر											
الف- آیا می توانید بدون مشکل/ ناراحتی از پله بالا بروید؟ مثلاً سوار اتوبوس یا قطار شوید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
ب- آیا می توانید نسبتاً سریع و به مدت کوتاهی (حدود ۵ دقیقه) پیاده راه بروید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
ج- آیا برای راه رفتن در بیرون از خانه به وسیله کمکی یا کمک فرد دیگری نیاز دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>7. قد شما چقدر است؟</p> <p>به سانتیمتر و بصورت عدد کامل (بدون اعشار) بنویسید.</p> <p>سانتیمتر</p> <p><input type="text"/></p>	<p>8. وزن شما چقدر است؟</p> <p>به کیلو و بصورت عدد کامل (بدون اعشار) بنویسید. اگر حامله (باردار) هستید وزن عادی/ معمولی خود را بنویسید.</p> <p>کیلوگرم</p> <p><input type="text"/></p>												
<p>9. آیا دارای یک یا چند بیماری زیر هستید؟</p>													

<p>(ب) آسم؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، ولی ناراحت نمی کند <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحت می کند <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحت می کند</p>	<p>(الف) مرض قند (دیابت)؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، ولی ناراحت نمی کند <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحت می کند <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحت می کند</p>
<p>(د) فشار خون بالا؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، ولی ناراحت نمی کند <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحت می کند <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحت می کند</p>	<p>(ج) آلرژی (حساسیت)؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، ولی ناراحت نمی کند <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحت می کند <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحت می کند</p>
<p>10. آیا دارای یک یا چند ناراحتی یا علامت بیماری زیر هستید؟</p>	
<p>(ب) دردهای شدید و ناگهانی کمر، کمردرد، درد لگن خاصره یا سیاتیک؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>	<p>(الف) درد در کتف ها، گردن یا شانه ها؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>
<p>(د) سردرد یا میگرن؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>	<p>(ج) درد خفیف دائمی یا شدید ناگهانی در دستها، آرنج ها، پاها یا زانوها؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>
<p>(و) خستگی؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>	<p>(ه) ترس، نگرانی یا اضطراب؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>
<p>(ح) آگزما یا ناراحتی پوستی؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>	<p>(ز) ناراحتی های خواب؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>
<p>(ی) عدم توانایی کنترل ادرار (نشت ادرار)؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>	<p>(ط) صدای سوت/ وز وز در گوش (تینیتوس)؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>
<p>(ل) اضافه وزن، چاقی؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>	<p>(ک) ناراحتی های مکرر معده و روده؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، کمی ناراحتی دارم <input type="checkbox"/> بله، شدیداً ناراحتی دارم</p>

خوبی حال روحی

- 11.** آیا در هفته های گذشته توانسته اید بر روی کارهایی که انجام می دهید تمرکز حواس داشته باشید؟
- بهتر از معمول
 طبق معمول
 بدتر از معمول
 خیلی بدتر از معمول
- 12.** آیا در هفته های گذشته از کارهایی که روزها انجام داده اید خوشحال و راضی بوده اید؟
- بیش از معمول
 طبق معمول
 کمتر از معمول
 بسیار کمتر از معمول
- 13.** آیا در هفته های گذشته بعثت نگرانی دچار دشواری خواب بوده اید؟
- به هیچ وجه
 بله ولی نه بیش از حد معمول
 بیش از معمول
 خیلی بیش از حد معمول
- 14.** آیا در هفته های گذشته توانسته اید مشکلات خود را حل و فصل کنید؟
- بهتر از معمول
 طبق معمول
 بدتر از معمول
 خیلی بدتر از معمول
- 15.** آیا احساس می کنید در هفته های گذشته مفید بوده اید؟
- بیش از معمول
 طبق معمول
 کمتر از معمول
 بسیار کمتر از معمول
- 16.** آیا در هفته های گذشته دائماً احساس بدبختی کرده و غمگین بوده اید؟
- به هیچ وجه
 نه بیش از حد معمول
 بیش از معمول
 خیلی بیش از حد معمول
- 17.** آیا در هفته های گذشته توانسته اید برای مسائل و موارد مختلف تصمیم گیری کنید؟
- بهتر از معمول
 طبق معمول
 بدتر از معمول
 خیلی بدتر از معمول
- 18.** آیا در هفته های گذشته اعتقاد و اعتماد نسبت به خودتان را از دست داده اید؟
- به هیچ وجه
 بله ولی نه بیش از حد معمول
 بیش از معمول
 خیلی بیش از حد معمول
- 19.** آیا در هفته های گذشته دائماً خود را تحت فشار عصبی احساس کرده اید؟
- به هیچ وجه
 بله ولی نه بیش از حد معمول
 بیش از معمول
 خیلی بیش از حد معمول
- 20.** آیا در هفته های گذشته احساس کرده اید آدم بی ارزشی هستید؟
- به هیچ وجه
 بله ولی نه بیش از حد معمول
 بیش از معمول
 خیلی بیش از حد معمول
- 21.** آیا در هفته های گذشته احساس کرده اید از عهده حل مشکلات خود بر نمی آید؟
- به هیچ وجه
 بله ولی نه بیش از حد معمول
 بیش از معمول
 خیلی بیش از حد معمول
- 22.** آیا در هفته های گذشته اصلاً کمی احساس خوشبختی کرده اید؟
- بیش از معمول
 طبق معمول
 کمتر از معمول
 بسیار کمتر از معمول

23.

آیا در حال حاضر احساس می کنید تحت فشار عصبی هستید (استرس دارید)؟
منظور از فشار عصبی (استرس) حالتی است که آدم خود را بیقرار، عجول، نگران یا حواس پرت احساس می کند.

- به هیچ وجه
 تا حدی
 تقریباً زیاد
 خیلی زیاد

24.

با زدن ضربدر در یک چهارخانه در هریک از موضوعات زیر وضعیت تندرستی کنونی خود را مشخص کنید.

قدرت تحرک (حرکت و جابجانی):

- من بدون مشکل راه می روم
 من راه می روم ولی تا حدی مشکل دارم
 من زمین گیر هستم

نظافت و بهداشت:

- من برای نظافت و بهداشت روزانه خودم، غذا خوردن و لباس پوشیدن به هیچ کمکی نیاز ندارم
 من برای شستشوی خودم یا لباس پوشیدن تا حدی مشکل دارم
 من نمی توانم خودم را بشویم یا لباس بپوشم

فعالیت های اصلی (مثلاً کار، تحصیل، کارهای خانه، فعالیت های خانوادگی و اوقات فراغت):

- من از عهده انجام فعالیت های اصلی خودم بر می آیم
 من برای انجام فعالیت های اصلی خودم تا حدی مشکل دارم
 من از عهده انجام فعالیت های اصلی خودم بر نمی آیم

دردها/ ناراحتی ها

- من هیچ درد یا ناراحتی ندارم
 من تا حدی درد یا ناراحتی دارم
 من درد یا ناراحتی های شدیدی دارم

نگرانی/ غمگینی:

- من نگران و غمگین نیستم
 من تا حدی نگران و غمگین هستم
 من بسیار شدید نگران و غمگین هستم

25.

آیا شما در ۱۲ ماه گذشته هیچ وقت در وضعیتی قرار گرفته اید که بطور جدی فکر خودکشی به سرتان زده باشد؟

- نخیر
 بله، یک مرتبه
 بله، چندین مرتبه

26.

آیا شما در ۱۲ ماه گذشته هیچ وقت سعی کرده اید خودکشی کنید/ اقدام به خودکشی کرده اید؟

- نخیر
 بله، یک مرتبه
 بله، چندین مرتبه

تماس های شما با خدمات درمانی

27. آیا شما در سه ماه گذشته با مراکز یا افراد زیر مراجعه کرده یا آنها به ملاقات شما آمده اند؟
برای ناراحتی ها یا بیماری خودتان کنار هر سطر یک ضربدر بزنید.

	نخیر	بله، یک مرتبه	بله، چندین مرتبه
الف- دکتر در بیمارستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ب- دکتر در درمانگاه، مطب خصوصی یا دکتر محل کار و امثال آن.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ج- پرستار منطقه ای درمانگاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د- مطب نوجوانان (Ungdomsmottagning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هـ- مددکار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
و- روانشناس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ز- فیزیوتراپ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ح- ناپیراپات، کایروپراکتور، هومئوپات و امثال آن.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ط- در بیمارستان بستری بوده ام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

سلامت دندانها

28. بنظر شما سلامتی دنداهایتان چطور است؟

- خیلی خوب
 تقریباً خوب
 نه خوب نه بد
 تقریباً بد
 خیلی بد

فعالیت و تحرک جسمانی

29. در ۱۲ ماه گذشته در اوقات فراغت خود چقدر تحرک و فعالیت جسمانی داشته اید؟
اگر فعالیت های جسمانی شما در تابستان و زمستان باهم فرق می کنند، سعی کنید میانگین/ حد متوسط را در نظر بگیرید. توجه! فقط یک گزینه را ضربدر بزنید.

- آرام نشستن در اوقات فراغت
یعنی اینکه شما بیشتر اوقات مطالعه می کنید، تلویزیون تماشا می کنید، با کامپیوتر مشغول می شوید، به سینما می روید یا به یک مشغولیت آرام دیگری در اوقات فراغت خود می پردازید
کمتر از ۲ ساعت در هفته پیاده روی یا دوچرخه سواری می کنید یا به شیوه دیگری تحرک جسمی دارید.
- تحرک جسمانی متوسط در اوقات فراغت
شما حداقل ۲ ساعت در هفته اغلب بدون آنکه عرق کنید پیاده روی یا دوچرخه سواری می کنید یا به شیوه دیگری تحرک جسمی دارید. در این قسمت پیاده روی یا دوچرخه سواری بین محل کار و خانه و سایر پیاده روی ها، کارهای باغبانی عادی، ماهیگیری، پینگ پنگ و بولینگ نیز به حساب آورده می شود.
- تحرک جسمانی مرتب و منظم و متوسط در اوقات فراغت
شما بطور مرتب و منظم ۱ تا ۲ مرتبه در هفته هر دفعه به مدت حداقل ۳۰ دقیقه می دوید، شنا می کنید، تنیس یا بدمینتون بازی می کنید یا به شیوه دیگری فعالیت جسمی می کنید که باعث می شود عرق کنید.
- تحرک جسمانی و تمرین بطور مرتب و منظم
شما بطور متوسط حداقل ۳ مرتبه در هفته فعالیت جسمانی و تمرین می کنید، مثلاً می دوید، شنا می کنید، تنیس و بدمینتون بازی می کنید و ژیمناستیک یا مشابه آن تمرین می کنید. هر دفعه تمرین حداقل ۳۰ دقیقه طول می کشد.

30. شما در یک هفته عادی چه مدت به فعالیت جسمی متوسط می پردازید که باعث شود

بدن تان گرم شود؟

مثلاً پیاده روی سریع، کارهای باغبانی، کارهای سنگین خانه، دوچرخه سواری، شنا. اینگونه فعالیت ها ممکن است در مواقع مختلف سال متفاوت باشند، ولی شما سعی کنید یک میانگین را در نظر بگیرید. یک گزینه را انتخاب کنید.

۵ ساعت در هفته یا بیشتر

بیش از ۳ ساعت، ولی کمتر از ۵ ساعت در هفته

بین ۱ تا ۳ ساعت در هفته

حداکثر یک ساعت در هفته

به هیچوجه

عادات غذایی

31. الف) شما چند وقت به چند وقت سبزیجات و سبزیجات غده ای/ ریشه ای می خورید؟

این سوال شامل همه نوع سبزیجات، حبوبات و سبزیجات غده ای/ ریشه ای (بغیر از سیب زمینی) می شود. منظور سبزیجات تازه، یخ زده، کنسروی، پخته، نوشیدنی های سبزیجاتی، سوپ های سبزیجات و امثال آن است. خوردن اینگونه مواد ممکن است در مواقع مختلف سال متفاوت باشند، ولی شما سعی کنید یک میانگین را در نظر بگیرید. یک گزینه را انتخاب کنید.

۳ مرتبه در روز یا بیشتر

۲ مرتبه در روز

۱ مرتبه در روز

۵ تا ۶ مرتبه در هفته

۳ تا ۴ مرتبه در هفته

۱ تا ۲ مرتبه در هفته

چند مرتبه در ماه یا هرگز

ب) شما چند وقت به چند وقت میوه جات، توت و تمشک می خورید؟

این سوال شامل همه نوع میوه جات، توت و تمشک (تازه، یخ زده، کنسروی، آب میوه، کمپوت و امثال آن) می شود. خوردن اینگونه مواد ممکن است در مواقع مختلف سال متفاوت باشند، ولی شما سعی کنید یک میانگین را در نظر بگیرید. یک گزینه را انتخاب کنید.

۳ مرتبه در روز یا بیشتر

۲ مرتبه در روز

۱ مرتبه در روز

۵ تا ۶ مرتبه در هفته

۳ تا ۴ مرتبه در هفته

۱ تا ۲ مرتبه در هفته

چند مرتبه در ماه یا هرگز

سیگار کشیدن، استفاده از نسوار (اسنوس) و سایر مواد

32. آیا هر روز سیگار می کشید؟

بله ← به سوال ۳۵ بروید

نخیر

33. آیا هر از گاهی سیگار می کشید؟

بله

نخیر

34. آیا قبلاً به مدت حداقل ۶ ماه هر روز سیگار کشیده اید؟

بله

نخیر

35. آیا هر روز از نسوار (اسنوس) استفاده می کنید؟

به سوال ۳۷ بروید ←	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نخیر
36. آیا هر از گاهی نِسوار (اسنوس) استفاده می کنید؟	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نخیر	
37. آیا هرگز حبشیش یا "ماری جوانا" کشیده اید؟	
<input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، بیش از ۱۲ ماه قبل <input type="checkbox"/> بله، در ۱۲ ماه گذشته <input type="checkbox"/> بله، در ۳۰ روز گذشته	
38. آیا هرگز مواد مخدر دیگری بغیر از حبشیش یا "ماری جوانا" (مثلاً آمفتامین، کوکائین، هروئین، اِکستاسی یا ال.اس.دی) استفاده کرده اید؟	
<input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، بیش از ۱۲ ماه قبل <input type="checkbox"/> بله، در ۱۲ ماه گذشته <input type="checkbox"/> بله، در ۳۰ روز گذشته	
39. آیا هرگز از داروهائی که به نسخه نیاز دارند بدون آنکه برای شما تجویز شده باشند، استفاده کرده اید؟ منظور این است که آیا چنین داروئی را بدون داشتن نسخه یا مقدار بیشتری نسبت به مقدار تجویز شده توسط دکتر استفاده کرده اید یا نه.	
<input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بله، بیش از ۱۲ ماه قبل <input type="checkbox"/> بله، در ۱۲ ماه گذشته <input type="checkbox"/> بله، در ۳۰ روز گذشته	
عادات قمار و شرط بندی	
40. آیا در ۱۲ ماه گذشته لاتاری خریده یا روی بازی ها شرط بندی کرده اید؟ منظور از قمار و شرط بندی، لاتاری سه قلو، لاتاری بینگو، بازی های کازینویی، شرط بندی مسابقات ورزشی، شرط بندی روی اسب یا مشابه آن و قمار با پول در اینترنت مانند پوکر یا شرط بندی های دیگر است.	
به سوال ۴۵ بروید ←	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نخیر
41. آیا در ۱۲ ماه گذشته بیش از آنچه واقعاً پول برای باخت داشته باشید، قمار و شرط بندی کرده اید؟ می توانید بگویید...	
<input type="checkbox"/> هرگز <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> اغلب <input type="checkbox"/> تقریباً همیشه	

42. آیا در ۱۲ ماه گذشته نیاز داشته اید مبالغ زیادی قمار و شرط بندی کنید تا همان هیجان سابق را احساس کنید؟ می توانید بگویید...

- هرگز
- گاهی اوقات
- اغلب
- تقریباً همیشه

43. آیا در ۱۲ ماه گذشته یک روز دیگر قمار و شرط بندی کرده اید تا پول هایی را که باخته اید دوباره بدست بیاورید؟ می توانید بگویید...

- هرگز
- گاهی اوقات
- اغلب
- تقریباً همیشه

44. آیا در ۱۲ ماه گذشته پول قرض کرده اید یا چیزی را فروخته اید تا بتوانید قمار و شرط بندی کنید؟ می توانید بگویید...

- هرگز
- گاهی اوقات
- اغلب
- تقریباً همیشه

عادات نوشیدن مشروبات الکلی

منظور از مشروبات الکلی، آجری معمولی، آجری متوسط یا قوی، شراب سیب یا گلابی (سیدر)، شراب، شراب قوی و مشروب الکلی قوی مانند ودکا و ویسکی است. به این سوالات با دقت و صداقت هر چه بیشتر پاسخ دهید.

منظور از "لیوان" یکی از موارد زیر است:



45. در ۱۲ ماه گذشته چند وقت به چند وقت مشروب الکلی نوشیده اید؟

- ۴ مرتبه در هفته یا بیشتر
- ۲ تا ۳ مرتبه در هفته
- ۲ تا ۴ مرتبه در هفته
- ۱ مرتبه در ماه یا خیلی بندرت
- نخیل ←

به سوال ۴۸ بروید

46. برای نمونه در یک روز چند "لیوان" (مثال را مشاهده کنید) مشروب الکلی می نوشید؟

- ۱ تا ۲
- ۳ تا ۴
- ۵ تا ۶
- ۷ تا ۹
- ۱۰ یا بیشتر
- نمی دانم

47. چند وقت به چند وقت در یک نوبت شش "لیوان" یا بیشتر می نوشید؟

- هر روز یا تقریباً هر روز
- هر هفته
- هر ماه
- بندرت یکبار در ماه
- هرگز

وضعیت مالی

48. اگر قرار باشد ناگهان در وضعیت غیر قابل پیش بینی قرار بگیرید که لازم باشد در مدت یک هفته ۱۵۰۰۰ کرون تهیه کنید، آیا از عهده اینکار برمی آید؟

بله

نخیر

49. آیا در ۱۲ ماه گذشته اتفاق افتاده که شما برای تأمین مخارج روزمره غذا، اجاره خانه، صورتحساب های خود و غیره مشکل داشته باشید؟

نخیر

بله، یک دفعه

بله، چند دفعه

کار، تحصیل و مشغولیت

50. بالاترین مدرک تحصیلی شما چیست؟

- سیکل اول (ابتدائی/ راهنمائی)، مدرسه همگانی، مدرسه نظام قدیم یا مشابه آن
- دوره ۲ ساله دبیرستانی یا هنرستان فنی و حرفه ای
- دوره ۳ تا ۴ ساله دبیرستانی
- دبیرستان همگانی بزرگسالان یا مشابه آن
- دانشگاه یا مدرسه عالی کمتر از ۳ سال
- دانشگاه یا مدرسه عالی ۳ سال یا بیشتر

51. مشغولیت اصلی شما در حال حاضر چیست؟

در اینجا می توانید چندین گزینه را انتخاب کنید.

- به میزان % از تمام وقت
- کار استخدامی
 - دارای شرکت یا کسب و کار خصوصی
 - مرخصی خدمتی یا مرخصی والدین
 - تحصیل، کارآموزی
 - مشغول اقدامات بازار کار
 - بیکار
 - بازنشسته سنی
 - کمک هزینه بیماری یا فعالیت می گیرم (بازنشسته بیماری یا زودرس هستم)
 - در مرخصی استعلاجی طولانی مدت بسر می برم (بیش از ۳ ماه)
 - کارهای خانه خودم را انجام می دهم

سایر، در چهارخانه بنویسید:

52. کار یا شغل اصلی شما چیست یا چه بوده است؟

اگر در حال حاضر کار نمی کنید، کار یا شغل اصلی خود را که داشته اید بنویسید
اگر چندین کار/ شغل داشته اید، کار یا شغل اصلی خود را بنویسید.
نام یا عنوان کار و شغل خود را حتی الامکان مفصل بنویسید. مثلاً بجای معلم بنویسید معلم دوره ابتدائی
مثلاً بجای پرستار بنویسید پرستار اطاق عمل
مثال: بجای راننده مثلاً بنویسید:

BUSSCHAUFFÖR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

کار یا شغل خود را با حروف بزرگ بنویسید:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

53. وظایف کاری اصلی شما چیست یا چه بوده است؟

وظایف کاری اصلی خود را شرح دهید. اگر مثلاً رئیس پروژه هستید، بنویسید چکار می کنید، مثلاً "مسئول بهبود محیط کار در بخش مراقبت از سالمندان هستم". اگر مثلاً کارگر کارخانه هستید، بنویسید که شما چه تولید می کنید.
اگر رئیس هستید، نوع ریاست خود را شرح دهید و توضیح دهید آیا رؤسای دیگری زیر دست خود دارید یا نه. مثلاً رئیس قسمت با سه رئیس واحد زیردست خود یا رئیس فروشگاه بدون داشتن رئیس زیردست خود.

در قسمت زیر چند سوال برای افرادی مطرح می شود که کار و شغل دارند (حتی اگر در مرخصی استعلاجی یا مرخصی والدین بسر می برید نیز پاسخ دهید). اگر شما کار و شغل ندارید به سوال ۵۸ بروید.

54. آیا شما نگران هستید که کار خود را امسال از دست بدهید؟

بله
نخیر

محیط کار**55. اگر به کمک و حمایت نیاز داشته باشید آیا همکاران شما این کمک و حمایت را به شما می دهند؟**

بله، در اغلب موارد
بله، تا حدی
نخیر
نمی دانم

<p>56. اگر به کمک و حمایت نیاز داشته باشید آیا رئیس مستقیم شما این کمک و حمایت را به شما می دهد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله، در اغلب موارد</p> <p><input type="checkbox"/> بله، تا حدی</p> <p><input type="checkbox"/> نخیر</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم</p> <p><input type="checkbox"/> من رئیس ندارم</p>	
<p>57. از وظایف کاری خود تا چگونه راضی و خوشنود هستید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیلی خوب</p> <p><input type="checkbox"/> تقریباً خوب</p> <p><input type="checkbox"/> نه خوب نه بد</p> <p><input type="checkbox"/> تقریباً بد</p> <p><input type="checkbox"/> خیلی بد</p>	
آسایش و روابط اجتماعی	
<p>58. آیا اتفاق افتاده که شما بخاطر ترس از مورد حمله قرار گرفتن، مورد زورگیری قرار گرفتن یا سایر مزاحمتها در خانه بمانید و بیرون نروید؟</p> <p><input type="checkbox"/> نخیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله، گاهی اوقات</p> <p><input type="checkbox"/> بله، اغلب اوقات</p>	
<p>59. الف) آیا در ۱۲ ماه گذشته <u>مورد خشونت جسمی</u> قرار گرفته اید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> نخیر</p> <p style="text-align: center;">← به سوال ۶۰ بروید</p>	
<p>ب) این خشونت کجا اتفاق افتاد؟ در اینجا می توانید چندین گزینه را انتخاب کنید.</p> <p><input type="checkbox"/> در محل کار/ سر کار/ در مدرسه</p> <p><input type="checkbox"/> در خانه</p> <p><input type="checkbox"/> در خانه فرد دیگری/ در منطقه مسکونی</p> <p><input type="checkbox"/> در یک محل عمومی/ در یک مکان خوشگذرانی</p> <p><input type="checkbox"/> در یا در مجاورت قطار، اتوبوس، مترو</p> <p><input type="checkbox"/> جای دیگر</p>	
<p>60. آیا در ۱۲ ماه گذشته <u>مورد تهدید یا تهدیدات</u> به خشونت قرار گرفته اید طوری که دچار ترس شده باشید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> نخیر</p>	
<p>61. آیا در سه ماه گذشته طوری با شما برخورد یا رفتار شده که احساس تحقیر و توهین شدن کرده باشید؟</p> <p><input type="checkbox"/> نخیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله، یک مرتبه</p> <p><input type="checkbox"/> بله، چندین مرتبه</p> <p style="text-align: center;">← به سوال ۶۳ بروید</p>	
<p>62. آیا آن رفتار یا برخورد تحقیر آمیز با یکی از موارد زیر ارتباط داشت؟ در اینجا می توانید چندین گزینه را انتخاب کنید.</p> <p><input type="checkbox"/> متعلق بودن به یک قوم بخصوص</p>	

	<input type="checkbox"/> جنسیت <input type="checkbox"/> تمایلات جنسی <input type="checkbox"/> سن و سال <input type="checkbox"/> معلولیت <input type="checkbox"/> دین و مذهب <input type="checkbox"/> رنگ پوست <input type="checkbox"/> شکل ظاهر <input type="checkbox"/> هویت جنسیتی یا ابرازات جنسیتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نمی دانم
<p>63. آیا شما کسی را دارید که احساسات و عواطف درونی خود را با در میان بگذارید و به او اعتماد داشته باشید؟</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نخیر </p>	
<p>64. اگر دارای مشکلات عملی روزمره یا مریض باشید کسی یا کسانی را دارید که به شما کمک کنند؟ مثلاً از او مشورت و راهنمایی دریافت کنید، وسایلی را قرض کنید، برای خرید مواد غذایی یا تعمیرات مختلف و غیره از او کمک بگیرید.</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> بله، همیشه <input type="checkbox"/> بله، در اغلب موارد <input type="checkbox"/> نخیر، در اغلب موارد ندارم <input type="checkbox"/> نخیر، هرگز </p>	
<p>65. آیا بطور کلی فکر می کنید که می توان به اغلب مردم اعتماد کرد؟</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نخیر </p>	
<p>66. آیا در ۱۲ ماه گذشته در هیچیک از فعالیت های زیر شرکت کرده اید؟ در اینجا می توانید چندین گزینه را انتخاب کنید.</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> کلاس آموزشی/ دوره آموزشی در محل کار خود <input type="checkbox"/> کلاس آموزشی/ دوره آموزشی در اوقات فراغت خود <input type="checkbox"/> جلسه اتحادیه صنفی <input type="checkbox"/> سایر جلسات انجمنی <input type="checkbox"/> تئاتر/ سینما <input type="checkbox"/> نمایشگاه آثار هنری <input type="checkbox"/> اجتماعات مذهبی <input type="checkbox"/> مراسم ورزشی <input type="checkbox"/> ارسال یادداشت خوانندگان به روزنامه/ مجله یا وبلاگ <input type="checkbox"/> هر نوع تظاهرات <input type="checkbox"/> اماکن عمومی مانند نایت کلاب(کاباره)، دیسکو یا مشابه آن <input type="checkbox"/> میهمانی های بزرگ فامیلی <input type="checkbox"/> میهمانی خصوصی <input type="checkbox"/> گپ اینترنتی یا ارائه اظهار نظر در شبکه های اجتماعی اینترنت <input type="checkbox"/> شرکت در فعالیت های اجتماعی در اینترنت مانند بازی، کانون بحث و تبادل نظر <input type="checkbox"/> هیچیک از موارد فوق </p>	

پیشینه

67. شما گرایش جنسی خود را چگونه توصیف می کنید؟

- دگر جنسگرا
- دوجنسگرا
- همجنسگرا
- نمی دانم
- سایر

68. چه سالی متولد شده اید؟

سال:

69. الف) شما با چه کسی در خانه زندگی می کنید؟

یعنی در بیشتر روزهای هفته با چه کسی زندگی می کنید. می توانید چند گزینه را انتخاب کنید.

- هیچکس
- والدین/ خواهر و برادر
- همسر/ همزی/ شریک زندگی
- سایر بزرگسالان

تعداد



شما با چند فرزند زندگی می کنید؟

فرزند

ب) فرزندان که شما با آنها زندگی می کنید چند ساله هستند؟

می توانید چند گزینه را انتخاب کنید.

- ۰ تا ۶ ساله
- ۷ تا ۱۲ ساله
- ۱۳ تا ۱۷ ساله
- ۱۸ ساله و بالاتر

با تشکر از اینکه وقت صرف کردید و به پرسشنامه پاسخ دادید
پرسشنامه را در پاکت مخصوص پاسخ بگذارید و ارسال کنید.