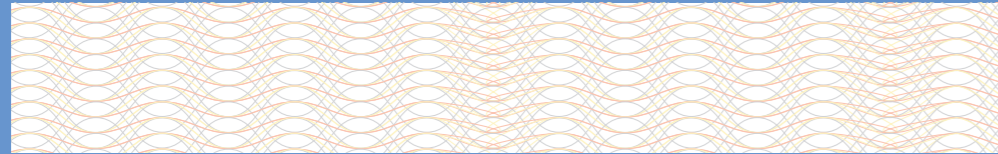


Útsendingar- og happdrættisnúmer:



Baksíðan ásamt útsendingarnúmeri verður klippt af þegar spurningalistinn hefur borist til okkar.

Nöfn fimm heppinna þátttakenda verða dregin út.
Aðalvinningur er utanlandsferð að verðmæti 100.000 krónur.
Einnig verða dregnir út fjórir 20.000 króna aukavinningar.



LÝÐHEILSUSTÖÐ

Könnun á heilsu og líðan Íslendinga árið 2007



+

+

Leiðbeiningar

Best er að nota bláan eða svartan penna eða dökkan blýant.

Við flestum spurningum er sett X í viðkomandi reit (sjá dæmi).

Ef þú þarft að leiðrétta rangt svar skalt þú fylla ranga reitinn alveg út þannig að sem minnst hvítt sjáist og merkja svo í réttan reit (sjá dæmi).

Í hvaða mánuði ert þú fædd/ur? Dæmi um rétt svar fyrir þá
Merktu í einn reit. sem fæddir eru í febrúar.

- Janúar
- Febrúar
- Mars

Í hvaða mánuði ert þú fædd/ur? Dæmi um leiðrétt svar fyrir þá
Merktu í einn reit. sem fæddir eru í febrúar en
merktu fyrst í annan reit.

- Janúar
- Febrúar
- Mars

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

Almennt heilsufar

1. Hvernig metur þú almennt líkamlega heilsu þína?
Finnst þér hún vera mjög góð, góð, sæmileg eða léleg?

Merktu í einn reit.

- Mjög góð
 Góð
 Sæmileg
 Léleg

2. Er líkamleg heilsa þín betri eða verri en fyrir ári?

Merktu í einn reit.

- Mun betri en fyrir ári
 Nokkru betri en fyrir ári
 Svipuð og fyrir ári
 Nokkru verri en fyrir ári
 Mun verri en fyrir ári

3. Hvernig metur þú almennt andlega heilsu þína?
Finnst þér hún vera mjög góð, góð, sæmileg eða léleg?

Merktu í einn reit.

- Mjög góð
 Góð
 Sæmileg
 Léleg

4. Er andleg heilsa þín betri eða verri en fyrir ári?

Merktu í einn reit.

- Mun betri en fyrir ári
 Nokkru betri en fyrir ári
 Svipuð og fyrir ári
 Nokkru verri en fyrir ári
 Mun verri en fyrir ári

+

+

+

+

Eigin sjúkdómar, einkenni, verkir og lyf

5. Hefur eitthvað af eftirfarandi ástandi þínu truflað daglegt líf þitt?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Já, á síðustu 12 mánuðum	Já, en fyrir meira en 12 mánuðum	Nei, aldrei
a) Blinda eða verulega skert sjón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Heyrnarleysi eða verulega skert heyrn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Málleysi eða málskerðing/talskerðing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Skert hreyfigeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Prekleysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Vöðvabólga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Verkir í baki/herðum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Verkir í handleggjum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Verkir í fótleggjum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Tíðir höfuðverkir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Tannpína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Verkir í kvið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Andþyngsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Svefnerfiðleikar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Þungar áhyggjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Kvíði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Depurð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Einungis konur svari:</i>			
r) Tíðaverkir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

6. Hefur þú einhvern tíma haft einhvern af eftirtöldum sjúkdómum eða einkennum?
Ef svo er, hefur læknir greint það hjá þér?

Merktu í einn eða tvo reiti í hverjum lið eftir því sem við á.

	Já, hef núna	Hef haft áður en ekki núna	Nei, hef aldrei haft	Ef þú hefur haft sjúkdóm/ einkenni, hefur læknir greint það?
a) Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
b) Langvinna berkjubólgu, langvinnan lungnateppusjúkdóm eða lungnæmbu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
c) Kransæðastiflu (hjartaáfall, hjartadrep)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
d) Kransæðasjúkdóm (hjartakveisu, brjóstverk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
e) Hækkaðan blóðþrýsting (háþrýsting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
f) Heilaáfall (blóðtappa eða blæðingu í heila)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
g) Liðagigt (bólgur í liðum, iktsýki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
h) Slitgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
i) Vefjagigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
j) Langvinna bakveiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
k) Langvinnan sjúkdóm í hálsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
l) Sykursýki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
m) Ofnæmi, s.s. nefbólgu, augnbólgu, húðbólgu, fæðuofnæmi og annað (astmi af völdum ofnæmis ekki talinn með)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
n) Magasár (sár í maga eða skeifugörn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
o) Skorpulifur eða aðra skerta starfsemi lifrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
p) Krabbamein (illkynja æxli, þ.m.t. hvítblæði og eitlaæxli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
q) Góðkynja æxli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
r) Alvarlegan höfuðverk, s.s. mígreni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
s) Þvagleka eða vandamál við að stjórna þvagblöðru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
t) Skjaldkirtilssjúkdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei

+

+

+

+

7. Hefur þú einhvern tíma haft einhvern af eftirtöldum sjúkdómum eða einkennum?
Ef svo er, hefur læknir greint það hjá þér?

Merktu í einn eða tvo reiti í hverjum lið eftir því sem við á.

	Já, hef núna	Hef haft áður en ekki núna	Nei, hef aldrei haft	Ef þú hefur haft sjúkdóm/ einkenni, hefur læknir greint það?
a) Lömum í fótleggjum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
b) Lömum í handleggjum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
c) Augnsjúkdóm (t.d. ský á auga eða gláku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
d) Ristilkrampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
e) Kvef eða umgangspest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
f) Síþreytu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
g) Áfengis- eða fíkniefnasjúkdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
h) Langvinnan kvíða/spennu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
i) Langvarandi þunglyndi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
j) Önnur vandamál tengd geðheilsu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei

8. Hefur sálfræðingur greint hjá þér einhverja eftirfarandi sjúkdóma eða einkenni?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

a) Síþreytu	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
b) Áfengis- eða fíkniefnavanda	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
c) Langvinnan kvíða/spennu	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
d) Langvarandi þunglyndi	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
e) Önnur vandamál tengd geðheilsu	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei

9. Hefur blóðþrýstingurinn verið mældur hjá þér á síðustu 2 árum?

Merktu í annan reitinn.

Já

Nei

+

+

+

+

10. Hefur þú tekið lyfseðilsskyld lyf við einhverjum af eftirtöldum sjúkdómum eða einkennum?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Já, á síðustu tveimur vikum	Já, fyrir meira en tveimur vikum	Nei, aldrei
a) Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Langvinnri berkjubólgu, langvinnnum lungnateppusjúkdómi eða lungnaþembu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Háum blóðþrýstingi (háþrýstingi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Of hárra blóðfitu (kólesteról)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Öðrum sjúkdómum í blóðrásarfærum, s.s. eftir heilaáfall og hjartaáfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Verkjum í liðum (slitgigt, liðagigt, iktsýki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Verkjum í hálsi eða baki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sykursýki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Sýkingum (sýklalyf, t.d. pensilín)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Magasári (sári í maga eða skeifugörn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Öðrum magavandamálum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Skorpulífur eða annarri skertri starfsemi lifrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Krabbameini (krabbameinslyfjameðferð)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Alvarlegum höfuðverk, s.s. mígreni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Þvagleka eða vandamáli við að stjórna þvagblöðru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Skjaldkirtilssjúkdómi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Langvinnnum kvíða/spennu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Langvarandi þunglyndi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Öðrum vandamálum tengdum geðheilsu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

11. Hefur þú tekið einhver af eftirtöldum lyfjum?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Já, á síðustu tveimur vikum	Já, fyrir meira en tveimur vikum	Nei, aldrei
a) Svefntöflur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nikótínlyf sem fást án lyfseðils (t.d. tyggjó, úði, plástur, tuggutöflur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lyfseðilsskyld lyf til að hætta að reykja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ofnæmislyf, s.s. lyf við nefbólgu, augnbólgu, húðbólgu fæðuofnæmi eða öðru (astmi af völdum ofnæmis ekki talinn með)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Getnaðarvarnarlyf/töflur (t.d. pillan, hormónasprautur, stafur eða hormónalykkja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Einungis konur svari:</i>			
f) Hormón vegna tíðahvarfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spurning fyrir konur eingöngu

12. Hefur þú tíðablæðingar?

Merktu í einn eða fleiri reiti eftir því sem við á.

- Ég er ekki byrjuð að hafa blæðingar
- Blæðingar eru reglulegar
- Blæðingar eru óreglulegar
- Ég er þunguð núna
- Ég er með barn á brjósti
- Ég er á breytingaskeiði
- Ég er komin yfir breytingaskeið/tíðahvörf

+

+

+

+

Reykingar

13. Reykir þú?

Merktu í einn reit.

- Já, daglega → Svaraðu næst spurningu 16
- Já, a.m.k. vikulega → Svaraðu næst spurningu 16
- Já, en sjaldnar en vikulega → Svaraðu næst spurningu 16
- Nei, ég er hætt/ur að reykja → Svaraðu næst spurningu 14
- Nei, ég hef aldrei reyktt → Svaraðu næst spurningu 19

14. Ef þú ert hætt/ur að reykja, hvað er langt síðan þú hættir?

Merktu í einn reit.

- Minna en 3 mánuðir
- Um 3–6 mánuðir
- Um 7–12 mánuðir
- Um 1–2 ár
- Um 3–4 ár
- Um 5–10 ár
- Um 11–20 ár
- Meira en 20 ár. Hversu mörg ár? _____ ár
- Á ekki við

15. Ef þú ert hætt/ur að reykja, hvað reyktir þú venjulega mikið?

Merktu í einn reit.

- Ég reykti minna en eina sígarettu á dag
- 1–4 sígarettur á dag
- 5–14 sígarettur á dag
- 15–24 sígarettur á dag
- 25–34 sígarettur á dag
- 35 eða fleiri sígarettur á dag
- Ég reykti vindla. Hversu margar vindla á dag? _____ vindla á dag
- Ég reykti píputóbak. Hversu margar pípur á dag? _____ pípur á dag
- Á ekki við

16. Hvað varst þú gamall/gömul þegar þú byrjaðir að reykja?

Merktu í einn reit.

- Yngri en 15 ára
- 15–19 ára
- 20–24 ára
- 25–29 ára
- 30–34 ára
- 35 ára eða eldri
- Á ekki við

+

+

+

+

17. Hversu lengi hefur þú reykt að staðaldri? Eða ef þú ert hætt/ur, hversu lengi reyktir þú að staðaldri?

Merktu í einn reit.

- Innan við eitt ár
- Um 1–2 ár
- Um 3–5 ár
- Um 6–9 ár
- Um 10–14 ár
- Um 15–19 ár
- Um 20–24 ár
- Um 25–29 ár
- Um 30–34 ár
- Um 35–39 ár
- Um 40–44 ár
- Um 45–50 ár
- Lengur en 50 ár. Hversu mörg ár? _____ ár
- Á ekki við

18. Hvað reykir þú venjulega mikið?

Merktu í einn reit.

- Ég reyki minna en eina sígarettu á dag
- 1–4 sígarettur á dag
- 5–14 sígarettur á dag
- 15–24 sígarettur á dag
- 25–34 sígarettur á dag
- 35 eða fleiri sígarettur á dag
- Ég reyki vindla. Hversu marga vindla á dag? _____ vindla á dag
- Ég reyki píputóbak. Hversu margar pípur á dag? _____ pípur á dag
- Á ekki við

19. Hversu oft ert þú að jafnaði innandyra þar sem reykt er?

Merktu í einn reit.

- Daglega
- Nokkrum sinnum í viku
- Nokkrum sinnum í mánuði
- Um það bil einu sinni í mánuði
- Sjaldnar en einu sinni í mánuði
- Aldrei

+

+

Áfengi og áfengisnotkun

20. Hefur þú einhvern tíma drukkið áfengi?

Merktu í einn reit.

- Já
 Nei ➔ Svaraðu næst spurningu 25

21. Hversu oft á síðustu 12 mánuðum hefur þú drukkið minnst eitt glas af einhverjum drykk sem inniheldur áfengi? (Hér er átt við áfengan bjór, vín, áfengt gos og sterkt áfengi en ekki maltöl eða pilsner.)

Merktu í einn reit.

- Daglega eða næstum daglega
 Þrisvar til fjórum sinnum í viku
 Einu sinni til tvisvar í viku
 Einu sinni til þrisvar í mánuði
 Sjö til ellefu sinnum á síðustu 12 mánuðum
 Þrisvar til sex sinnum á síðustu 12 mánuðum
 Einu sinni til tvisvar á síðustu 12 mánuðum
 Aldrei á síðustu 12 mánuðum

22. Þegar þú hefur neytt einhverra áfengra drykkja, hversu mörg glös, dósir eða drykki hefur þú að jafnaði drukkið í hvert skipti? (Einn drykkur samsvarar litlum bjór, léttvínsglasi eða einum einföldum af sterku áfengi. Tveir stórir bjórar eru álíka mikið og þrír litlir.)

Skrifaðu fjölda drykkja eftir því sem við á.

_____ drykk/i

23. Hversu oft, ef nokkurn tíma, á síðustu 12 mánuðum hefur þú drukkið á einum degi að minnsta kosti 5 áfenga drykki.

Merktu í einn reit.

- Daglega eða næstum daglega
 Þrisvar til fjórum sinnum í viku
 Einu sinni til tvisvar í viku
 Einu sinni til þrisvar í mánuði
 Sjö til ellefu sinnum á síðustu 12 mánuðum
 Þrisvar til sex sinnum á síðustu 12 mánuðum
 Einu sinni til tvisvar á síðustu 12 mánuðum
 Aldrei á síðustu 12 mánuðum

+

+

24. Hversu oft á síðustu 12 mánuðum hefur þú ...

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	Mánaðar- lega eða sjaldnar	Einu sinni til þrisvar í mánuði	Vikulega	Daglega eða nánast daglega
a) fengið þér áfengi til að komast yfir eftirköst drykkju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) komist að því að þú gast ekki hætt að drekka þegar þú varst á annað borð byrjuð/byrjaður?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) fundið til eftirsjár eða sektarkenndar eftir drykkju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ekki getað munað það sem gerðist kvöldið áður vegna þess að þú hafðir drukkið áfengi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ekki getað gert það sem venjulega er ætlast til af þér vegna drykkju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tannvernd

25. Næst er spurt um fjölda eigin tanna. Vinsamlegast teldu fyrir framan spegil fjölda eigin tanna í efri og neðri gómi og merktu í viðkomandi reit. Teldu ekki með gervitennur eða tannplanta (tannplanti er gervitönn sem skrúfuð er í rótastræði kjálkabeins). Ef þú ert með heilgóm merkir þú við „engin tönn“. Flestar geta tennur verið 32, þegar endajaxlarnir 4 eru taldir með, 16 í hvorum gómi.

Hver er fjöldi eigin tanna í efri gómi?

Engin tönn	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16 tennur
<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"/>

Hver er fjöldi eigin tanna í neðri gómi?

Engin tönn	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16 tennur
<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"/>

+

+

+

+

26. Hversu oft ferð þú í eftirlit til tannlæknis?
Merktu í einn reit.

- Að minnsta kosti tvisvar á ári
- Einu sinni á ári
- Annað hvert ár
- Þriðja hvert ár
- Fjórða hvert ár
- Hef ekki farið síðustu 5–9 ár
- Hef ekki farið síðustu 10 ár

27. Hversu oft burstar þú tennurnar?
Merktu í einn reit.

- Oftar en tvisvar á dag
- Tvisvar á dag
- Einu sinni á dag
- Að minnsta kosti einu sinni í viku
- Sjaldnar en einu sinni í viku
- Aldrei

28. Notar þú, og þá hversu oft, tannþráð til að hreinsa á milli tannanna?
Merktu í einn reit.

- Já, oftar en einu sinni á dag
- Já, einu sinni á dag
- Já, að minnsta kosti einu sinni í viku
- Já, sjaldnar en einu sinni í viku
- Nei, ég nota ekki tannþráð

+

+

+

+

Mataræði

29. Hversu oft borðar þú eftirfarandi fæðutegundir?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	Sjaldnar en einu sinni í viku	Einu sinni í viku	2–3 sinnum í viku	4–6 sinnum í viku	Dag- lega	Oft á dag
a) Rúgbrauð, heilhveitibrauð eða annað gróft brauð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Morgunkorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mjólk eða sýrðar mjólkurvörur (að undanskilinni mjólk/rjóma í kaffi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ávexti eða ber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Soðið eða matreitt grænmeti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hratt grænmeti/ salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fisk, fiskrétti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Kjöt, kjötrétti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Sykrað gos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sælgæti, súkkulaði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Kex, kökur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Hrísgrjón, pasta eða kartöflur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Skyndibita (á skyndibitastað eða tekið með heim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

30. Hversu oft tekur þú eitthvað af eftirfarandi vörum?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	Sjaldnar en einu sinni í viku	Einu sinni í viku	2–3 sinnum í viku	4–6 sinnum í viku	Daglega	Oft á dag
a) Lýsi, lýsisbelgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vítamín eða steinefni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Önnur fæðubótarefni eða náttúruvörur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Hversu oft að jafnaði borðar þú eftirfarandi máltíðir eða millibita?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	Sjaldnar en einu sinni í viku	Um það bil einu sinni í viku	Nokkrum sinnum í viku	Daglega/næstum daglega
a) Morgunmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Millibita að morgni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hádegismat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Millibita á milli hádegismatar og kvöldmatar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kvöldmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Biti/snarli eftir kvöldmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Næst koma fullyrðingar um viðhorf til mataræðis. Vinsamlegast merktu við hversu vel eða illa hver fullyrðing á við um þig.

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Á mjög vel við um mig	Á frekar vel við um mig	Hvorki né	Á frekar illa við um mig	Á mjög illa við um mig
a) Ég fæ samviskubit ef ég borða sætindi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ég er sátt/ur við eigin matarvenjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég er hrædd/ur um að geta ekki hætt að borða þegar ég byrja á annað borð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mér líður vel eftir að hafa borðað góðan mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mér finnst ég þurfa að hafa stjórn á því hvað ég borða	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ég borða meira þegar mér líður illa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ég borða meira þegar ég finn fyrir streitu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ég reyni að borða hollan mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

Hæð og þyngd

33. Hver er hæð þín í sentímetrum?

Hæð í sentímetrum: _____ cm

34. Hver er þyngd þín í kílógrömmum? (Konur; ef þú ert barnshafandi vinsamlegast svara þú til um þyngd þína mánuðinn áður en þú varst þunguð)

Þyngd í kílógrömmum: _____ kg

35. Hversu sátt/ur eða ósátt/ur ert þú við eigin líkamspyngd?

Merktu í einn reit.

- Mjög sátt/ur
- Frekar sátt/ur
- Hvorki sátt/ur né ósátt/ur
- Frekar ósátt/ur
- Mjög ósátt/ur

36. Finnst þér þú þurfa að léttast eða þyngjast?

Merktu í einn reit.

- Léttast um meira en 15 kg
- Léttast um 11–15 kg
- Léttast um 6–10 kg
- Léttast um 1–5 kg
- Hvorki að þyngjast né léttast
- Þyngjast um 1–5 kg
- Þyngjast um 6–10 kg
- Þyngjast um 11–15 kg
- Þyngjast um meira en 15 kg

37. Hefur þú reynt að létta þig eða þyngja (t.d. með breyttu mataræði eða aukinni hreyfingu) á síðastliðnum 12 mánuðum?

Merktu í einn reit.

- Ég er að reyna að létta mig núna
- Ég hef reynt að létta mig sl. 12 mán en ég er ekki að reyna það núna
- Ég hef hvorki reynt að létta mig né þyngja á síðastliðnum 12 mánuðum
- Ég hef reynt að þyngja mig sl. 12 mán en ég er ekki að reyna það núna
- Ég er að reyna að þyngja mig núna

+

+

+

+

Heilsutengd lífsgæði

Merktu í þann reit í hverjum flokki hér á eftir sem best lýsir heilsu þinni í dag.

38. Hreyfigeta

Merktu í einn reit.

- Ég á auðvelt með gang
- Ég á nokkuð erfitt með gang
- Ég er rúmföst/rúmfastur

39. Sjálfsumönnun

Merktu í einn reit.

- Ég er fullfær um að hugsa um mig sjálfa/n
- Ég á nokkuð erfitt með að þvo mér eða klæða mig
- Ég get ekki þvegið mér eða klætt mig

40. Venjubundin störf og athafnir

(t.d. vinna, nám, heimilisstörf, samvera með fjölskyldu eða frístundaiðja)

Merktu í einn reit.

- Ég á auðvelt með að sinna venjubundnum störfum og athöfnum
- Ég á nokkuð erfitt með að sinna venjubundnum störfum og athöfnum
- Ég get ekki sinnt venjubundnum störfum og athöfnum

41. Verkir/ópægindi

Merktu í einn reit.

- Ég finn ekki fyrir verkjum eða ópægindum
- Ég finn fyrir þó nokkrum verkjum eða ópægindum
- Ég er með mjög mikla verki eða ópægindi

42. Kvíði/dapurleiki/þunglyndi

Merktu í einn reit.

- Ég finn ekki fyrir kvíða eða dapurleika
- Ég finn fyrir þó nokkrum kvíða eða dapurleika
- Ég er mjög kvíðin/n eða þunglynd/ur

+

+

+

+

Til að auðvelda fólki að tjá sig um hversu gott eða slæmt heilsufar þess er höfum við sett upp kvarða (sem minnir á hitamæli). Heilsufar þitt, eins og þú getur best hugsað þér það, er merkt 100 á kvarðanum og versta heilsuleysi, sem þú getur hugsað þér, er merkt 0.

Vinsamlega merktu við þann stað á kvarðanum sem þú telur að lýsi heilsu þinni í dag best. Þetta er gert með því að draga strik frá rammanum hér að neðan á þann stað á kvarðanum sem sýnir best hversu góða eða slæma þú álitur heilsu þína vera.

**Heilsufar
þitt í dag**

Besta
hugsanlega
heilsufar

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Versta
hugsanlega
heilsuleysi

+

+

+

+

Algengar athafnir

43. Háir heilsufar þitt eða skert athafnageta þér við eftirtaldar athafnir?
Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Já, háir mér mjög	Já, háir mér nokkuð	Nei, háir mér alls ekki
a) Mikla áreynslu, t.d. að hlaupa, lyfta þungum hlutum eða taka þátt í erfiðum íþróttum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Miðlungsáreynslu, t.d. að færa til borð, ryksuga eða hjóla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lyfta eða bera innkaupapoka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ganga upp nokkrar hæðir í húsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ganga upp eina hæð í húsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Beygja þig, krjúpa, halla þér fram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ganga meira en einn kílómetra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ganga nokkur hundruð metra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ganga um 100 metra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Klæða þig eða fara í bað	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

Meiðsli

44. Hefur þú orðið fyrir meiðslum og þurft að leita til læknis eða hjúkrunarfræðings vegna þeirra síðastliðna 12 mánuði? (Meiðsl eða líkamsskaði eftir slys og eitranir teljast með, svo og meiðsl eftir viljandi athafnir annarra, t.d. ofbeldi og árásir.)
Merktu í einn reit.

- Nei, ég hef ekki orðið fyrir meiðslum síðustu 12 mánuði ➔ svaraðu næst spurningu 47
- Já, ég hef einu sinni orðið fyrir meiðslum síðustu 12 mánuði
- Já, ég hef tvisvar orðið fyrir meiðslum síðustu 12 mánuði
- Já, ég hef þrisvar orðið fyrir meiðslum síðustu 12 mánuði
- Já, ég hef fjórum sinnum eða oftár orðið fyrir meiðslum síðustu 12 mánuði

45. Eftir hvað voru þessi meiðsl? (Ef þú hefur orðið fyrir meiðslum tvisvar sinnum eða oftár á þessu tímabili svarar þú útfrá þeim meiðslum sem tók þig mestan tíma að jafna þig á.)
Merktu í einn reit.

- Umferðarslys
- Slys heima eða frítímaslys
- Vinnuslys
- Íþróttaslys
- Eftir ofbeldi eða árás annars aðila
- Eftir annað, hvað?
-

46. Misstir þú heilan dag eða meira úr vinnu eða skóla vegna þessara meiðsla?
Merktu í einn reit.

- Hef ekki verið frá vinnu vegna meiðsla á síðustu 12 mánuðum.
- Um 1–5 daga
- Um 6–10 daga
- Um 11–20 daga
- Um 21–30 daga
- Um 1–2 mánuði
- Um 3–4 mánuði
- Um 5 mánuði eða meira
- Hef ekkert unnið síðustu 12 mánuði vegna meiðsla
- Var ekki í vinnu

+

+

Hreyfing og kyrrseta

Spurt er bæði um fjölda daga, sem þú hreyfðir þig síðustu 7 daga, og hversu lengi þú hreyfðir þig yfirleitt þessa daga. Aðeins er spurt um hreyfingu sem varir í 10 mínútur eða lengur.

47. Hversu marga daga af síðustu 7 dögum stundaðir þú erfiða hreyfingu í a.m.k. 10 mínútur þannig að andardrátturinn varð mun hraðari en venjulega og þú varðst móð/ur. (Dæmi um erfiða hreyfingu er þolfimi, að lyfta þungum hlut, boltaíþróttir, röskleg fjallganga, hlaup, að hjóla eða synda hratt.)

Merktu í einn reit.

- 1 dag í síðustu viku
- 2 daga í síðustu viku
- 3 daga í síðustu viku
- 4 daga í síðustu viku
- 5 daga í síðustu viku
- 6 daga í síðustu viku
- 7 daga í síðustu viku
- Ég stundaði enga erfiða hreyfingu í síðustu viku ➔ svaraðu næst spurningu 49

48. Hversu löngum tíma á dag, talið í mínútum, varðir þú yfirleitt í erfiða hreyfingu þessa daga í síðustu viku sem spurt er um í spurningu 47?

_____ mínútur á dag

49. Hversu marga daga af síðustu 7 dögum stundaðir þú miðlungs erfiða hreyfingu í a.m.k. 10 mínútur þannig að andardráttur varð heldur hraðari en venjulega. Ekki telja með göngur eða göngutúra. (Dæmi um miðlungs erfiða hreyfingu eru heimilisþrif, að spila golf, að hjóla rólega, skokka rólega eða synda rólega.)

Merktu í einn reit.

- 1 dag í síðustu viku
- 2 daga í síðustu viku
- 3 daga í síðustu viku
- 4 daga í síðustu viku
- 5 daga í síðustu viku
- 6 daga í síðustu viku
- 7 daga í síðustu viku
- Ég stundaði enga miðlungs erfiða hreyfingu í síðustu viku ➔ svaraðu næst spurningu 51

+

+

+

+

50. Hversu löngum tíma á dag, talið í mínútum, varðir þú yfirleitt í miðlungs erfiða hreyfingu þessa daga í síðustu viku sem spurt er um í spurningu 49?

_____ mínútur á dag

51. Hversu marga daga af síðustu 7 dögum varst þú á göngu í a.m.k. 10 mínútur á dag? (Dæmi: Ganga á milli staða, ganga í vinnu og göngutúrar en ekki erfið ganga.)
Merktu í einn reit.

- 1 dag í síðustu viku
 2 daga í síðustu viku
 3 daga í síðustu viku
 4 daga í síðustu viku
 5 daga í síðustu viku
 6 daga í síðustu viku
 7 daga í síðustu viku
 Ég gekk ekkert í síðustu viku ➔ Svaraðu næst spurningu 53

52. Hversu löngum tíma á dag varðir þú yfirleitt í göngu þessa daga í síðustu viku sem spurt er um í spurningu 51? *Merktu í einn reit.*

- Um 10-15 mínútum
 Um 16-30 mínútum
 Rúmum hálf tíma
 Um 1 klukkustund
 Um 2 klukkustundum
 Um 3 klukkustundum
 Um 4 klukkustundum eða meira
 Á ekki við

53. Hve löngum tíma á dag varðir þú að jafnaði sitjandi í síðustu viku. Miða skal aðeins við virka daga. Teldu með tímann sem þú situr í vinnunni, heima og í frítíma.

(Hér getur talist með tími sem setið er við skrifborð, matarborð, í heimsókn, við lestur eða fyrir framan sjónvarp eða tölvu.)

Merktu í einn reit.

- Minna en klukkustund á dag
 Um 1 klukkustund á dag
 Um 2-3 klukkustundum á dag
 Um 4-5 klukkustundum á dag
 Um 6-7 klukkustundum á dag
 Um 8-10 klukkustundum á dag
 Um 11-13 klukkustundum á dag
 Um 14-16 klukkustundum á dag
 Meira en 16 klukkustundum á dag

+

+

+

+

54. Hversu langt frá heimili þínu er eftirfarandi (km = kílómetri)?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Minna en ½ km (innan við 10 mínútna göngufjarlægð)	Um ½–1 km (10–20 mínútna göngufjarlægð)	Um 2–5 km	Um 6–10 km	Um 11–20 km	Meira en 20 km
a) Útivistarsvæði (svo sem hjóla- eða göngustígar við strönd eða í gróðurlendi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Opið náttúrulegt landsvæði sem nýtist til útivistar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vinnustaður þinn (eða skóli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Hversu oft, ef einhvern tíma, nýtir þú þér eftirfarandi útivistarsvæði að jafnaði?

Merktu í einn reit í hvorum lið.

	Daglega	Prisvar til sex sinnum í viku	Einu sinni til tvisvar í viku	Einu sinni til þrisvar í mánuði	Sjaldnar en einu sinni í mánuði	Aldrei
a) Útivistarsvæði (svo sem hjóla- eða göngustígar við strönd eða í gróðurlendi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Opið náttúrulegt landsvæði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Hvað af eftirfarandi lýsir best líkamlegri áreynslu í starfi þínu eða námi?

Merktu í einn reit.

- Kyrrsetuvinna/nám að mestu leyti sem ekki krefst líkamlegrar áreynslu
- Vinnan/námið krefst göngu eða uppréttrar stöðu en ekki líkamlegrar áreynslu
- Vinnan/námið krefst göngu eða uppréttrar stöðu og að lyfta eða bera hluti
- Erfiðisvinna/nám krefst mikillar líkamlegrar áreynslu
- Á ekki við, er ekki í starfi eða námi

+

+

+

+

57. Hvernig finnst þér líkamlegt þol (úthald) þitt vera að jafnaði í samanburði við jafnaldra þína af sama kyni?

Merktu í einn reit.

- Mun meira en hjá jafnöldrum mínum
- Nokkru meira en hjá jafnöldrum mínum
- Svipað og hjá jafnöldrum mínum
- Nokkru minna en hjá jafnöldrum mínum
- Mun minna en hjá jafnöldrum mínum

58. Hvernig finnst þér líkamlegur styrkur þinn vera að jafnaði í samanburði við jafnaldra þína af sama kyni?

Merktu í einn reit.

- Mun meiri en hjá jafnöldrum mínum
- Nokkru meiri en hjá jafnöldrum mínum
- Svipaður og hjá jafnöldrum mínum
- Nokkru minni en hjá jafnöldrum mínum
- Mun minni en hjá jafnöldrum mínum

+

+

+

+

Líðan og lífsgæði

59. Næst eru staðhæfingar um hugsanir og tilfinningar. Vinsamlegast merktu í þann reit sem lýsir best reynslu þinni síðastliðnar 2 vikur.

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	Sjaldan	Stundum	Oft	Alltaf
a) Ég hef litið bjartsýnum augum til framtíðarinnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mér hefur þótt ég gera gagn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég hef verið afslöppuð/afslappaður	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mér hefur gengið vel að takast á við vandamál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ég hef hugsað skýrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mér hefur fundist ég náin(n) öðrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ég hef átt auðvelt með að gera upp hug minn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Hversu sammála eða ósammála ert þú eftirfarandi fullyrðingum?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Algerlega sammála	Mjög sammála	Frekar sammála	Hvorki sammála né ósammála	Frekar ósammála	Mjög ósammála	Algerlega ósammála
a) Á flestum sviðum er líf mitt eins og best verður á kosið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Almennt séð eru lífsaðstæður mínar mjög góðar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég er ánægð/ur með líf mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fram til þessa hef ég náð fram flestum þeim markmiðum sem eru mér mikilvæg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ef ég gæti lifað lífi mínu aftur myndi ég nánast engu breyta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

61. Næst eru spurningar um tilfinningar þínar, hugsanir og líðan undanfarinn mánuð.
Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	Næstum aldrei	Stundum	Nokkuð oft	Mjög oft
a) Hversu oft undanfarinn mánuð fannst þér að þú værir að missa stjórn á mikilvægum þáttum í lífi þínu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hversu oft undanfarinn mánuð varst þú örugg(ur) með þær ákvarðanir sem þú þurftir að taka til að leysa úr persónulegum vandamálum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hversu oft undanfarinn mánuð fannst þér að hlutirnir gengju þér í hag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hversu oft undanfarinn mánuð hefur þú upplifað að vandamálin hrönnuðust upp án þess að þú réðir við þau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Þegar á heildina er litið, hversu hamingjusama(n) telur þú þig vera?
Merktu í einn reit.

Mjög óhamingjusöm/ -samur					Mjög hamingjusöm/ -samur				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>

63. Hversu litlu eða miklu álagi telur þú þig hafa orðið fyrir að undanfögnu vegna atburða eða aðstæðna sem þú hefur búið við?
Merktu í einn reit í hvorum lið.

	Mjög miklu álagi	Frekar miklu álagi	Hvorki miklu né litlu álagi	Frekar litlu álagi	Mjög litlu álagi
a) Í vinnu/námi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Í einkalífi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

64. Eftirfarandi staðhæfingar snúast um andlega líðan þína síðustu tvær vikur. Vinsamlegast merktu við hverja staðhæfingu hversu oft þér hefur liðið þannig á síðustu tveimur vikum.
Merktu í einn reit í hverjum lið.

Undanfarnar 2 vikur ...	Alltaf	Oftast	Rúmlega helming tímans	Tæplega helming tímans	Öðru hvoru	Aldrei
a) var ég glöð/glaður og í góðu skapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) var ég róleg/ur og afslöppuð/afslappaður	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) var ég full/ur af orku og krafti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) leið mér vel og var úthvöld/ur þegar ég vaknaði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) var margt áhugavert að gerast á hverjum degi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Félagsleg þátttaka

65. Hversu auðvelt eða erfitt átt þú með að treysta eftirtöldum fyrir persónulegum málefnum?
Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Á ekki við	Mjög erfitt	Frekar erfitt	Hvorki né	Frekar auðvelt	Mjög auðvelt
a) Maka/unnusta/unnustu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Öðrum fjölskyldumeðlimum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vinum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vinnufélögum/skólafélögum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Hversu auðvelt eða erfitt átt þú með að fá aðstoð frá eftirtöldum við að leysa úr vandamálum?
Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Á ekki við	Mjög erfitt	Frekar erfitt	Hvorki né	Frekar auðvelt	Mjög auðvelt
a) Maka/unnusta/unnustu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Öðrum fjölskyldumeðlimum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vinum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vinnufélögum/skólafélögum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

67. Hversu ánægð/ur eða óánægð/ur ert þú með samband þitt við eftirtalda?
 Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Á ekki við	Mjög óánægð(ur)	Frekar óánægð(ur)	Hvorki né	Frekar ánægð(ur)	Mjög ánægð(ur)
a) Maka/unnusta/unnustu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Öðrum fjölskyldu-meðlimum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vinum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vinnufélögum/skólafélögum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svefn

68. Hversu margar klukkustundir sefur þú að jafnaði á nóttu?
 Merktu í einn reit.

- Minna en 5 klukkustundir
- Um 5 klukkustundir
- Um 6 klukkustundir
- Um 7 klukkustundir
- Um 8 klukkustundir
- Um 9 klukkustundir
- Um 10 klukkustundir
- Meira en 10 klukkustundir

69. Hversu oft hefur þú upplifað eftirfarandi á síðustu 3 mánuðum?
 Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	Sjaldan	Stundum	Oft	Alltaf/á hverri nóttu
a) Átt erfitt með að sofna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vaknað eftir að hafa fest svefn og átt erfitt með að sofna aftur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verið útsofin/n eftir nætursvefn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vaknað nokkrum sinnum á nóttu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

Sól og sólböð

70. Hver er húðlitur þinn áður en hann hefur fengið lit vegna áhrifa frá sól eða sólarlampa (ljósalampa og ljósabekks)? Húðlitinn án áhrifa sólar er best að sjá á innanverðum upphandlegg.
Merktu í einn reit.

- Ljós eða hvítur
 Ljósbrúnn
 Brúnn
 Dökkbrúnn/svartur

71. Hversu oft síðustu 12 mánuði hefur þú farið í sólbað? Með sólbaði er hér átt við að vera fáklædd/ur til að fá sem mesta sól eða geislun á sig.
Merktu í einn reit í hverjum lið.

	1–3 skipti	4–10 skipti	11–30 skipti	Oftar en 30 skipti	Aldrei
a) Á Íslandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Í sólarlandaferð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Erlendis en ekki í sólarlandaferð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Í ljósum (ljósalömpum eða ljósabekkjum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Hversu oft hefur þú sólbrunnið í sólinni eða ljósum síðustu 12 mánuði?
Merktu í einn reit í hverjum lið.

	1–3 skipti	4–10 skipti	11–30 skipti	Oftar en 30 skipti	Aldrei
a) Í sólbaði á Íslandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Í vinnunni á Íslandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Í sólarlandaferð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Á öðru ferðalagi erlendis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Í ljósum (ljósalömpum eða ljósabekkjum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

Bakgrunnur

73. Hvort ert þú karl eða kona?

- Karl
 Kona

74. Hvaða ár ert þú fædd/ur?

Árið 19_____

75. Hver er hjúskaparstaða þín?

Merktu í einn reit.

- Einhleyp/ur
 Í föstu sambandi en ekki í sambúð
 Í sambúð
 Gift/kvæntur
 Fráskilin/n
 Ekkja/ekkill

76. Hversu mörg ár samfelld hefur hjúskaparstaða þín verið eins og hún er í dag?

Merktu í einn reit.

- Minna en 1 ár
 Um 1–2 ár
 Um 3–5 ár
 Um 6–7 ár
 Um 8–9 ár
 Um 10–11 ár
 Meira en 11 ár. Hve mörg ár? _____
 Hef alltaf verið einhleyp/ur

77. Hver er kynhneigð þín?

Merktu í einn reit.

- Ég er gagnkynhneigð/ur (laðast að gagnstæðu kyni)
 Ég er samkynhneigð/ur (laðast að sama kyni)
 Ég er tvíkynhneigð/ur (laðast að báðum kynjum)
 Ég er óviss um kynhneigð mína
 Annað,
þá hvað? _____

+

+

+

+

Fjölskylda þín og heimili

78. Hversu mörg börn átt þú?

Merktu í einn reit.

- Ég á ekki börn ➔ Svaraðu næstu spurningu 81
- 1 barn
- 2 börn
- 3 börn
- 4 börn
- 5 börn
- 6 börn
- 7 börn
- 8 börn
- 9 eða fleiri börn. Hversu mörg? _____ börn

79. Hvert er fæðingarár ýngsta barnsins þíns?

Fæðingarár yngsta barns: _____

80. Ert þú meðlagsskyld/ur með barni/börnum sem ekki búa á heimilinu?

Merktu í einn reit.

- Nei
- Já, með einu barni
- Já, með tveimur börnum
- Já, með þremur börnum
- Já, með fjórum eða fleiri börnum

81. Hverjir eftirtalinna búa á sama heimili og þú?

Merktu í einn eða fleiri reiti eftir því sem við á.

- Eiginkona/sambýliskona/kærasta
- Eiginmaður/sambýlismaður/kærasti
- Barn/börn mín, 17 ára eða yngri
- Barn/börn mín, 18 ára eða eldri
- Foreldri eða tengdaforeldri mitt
- Systkini mitt/mín
- Annar/aðrir, hverjir _____
- Ég bý einn ➔ Svaraðu næst spurningu 83

+

+

+

+

82. Hversu margir búa á heimili þínu að þér meðtöldum/meðtalinni?
 Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Engin/n á þeim aldri	1	2	3	4	5	6	7	8	9 eða fleiri
Börn 17 ára og yngri	<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"/>
Fullorðnir 18 til 66 ára	<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"/>
Fullorðnir 67 ára og eldri	<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"/>

Búseta

83. Hvert er pósthúsnúmerið þar sem þú býrð? _____

84. Býrð þú í þéttbýli eða strjálbýli?
 Merktu í einn reit.

- Ég bý í þéttbýli með 5.000 íbúum eða fleiri
- Ég bý í þéttbýli með 1.000–4.999 íbúum
- Ég bý í þéttbýli með 200–999 íbúum
- Ég bý í sveit, öðru strjálbýli eða byggðarkjarna með færri en 200 íbúum

+

+

+

+

85. Býrð þú í eigin húsnæði, leiguhúsnæði eða annars konar húsnæði?
Merktu í einn reit.

- Í eigin húsnæði
- Í leiguhúsnæði
- Í húsnæði sambýlings
- Í húsnæði foreldra/tengdforeldra
- Í húsnæði uppkominna barna/tengdabarna
- Ég bý við búseturéttarform (t.d. Búseti, Búmenn)
- Í þjónustuíbúð fyrir eldri borgara
- Á dvalarheimili fyrir aldraða
- Á hjúkrunarheimili
- Á sambýli
- Í annars konar húsnæði.

Hvaða? _____

86. Hver er fjöldi herbergja í því húsnæði þar sem þú býrð? (Eldhús, geymslur, gangar og baðherbergi teljast ekki með í herbergjafjölda. Stofur og svefnherbergi teljast með.)

Merktu í einn reit.

- 1 herbergi/stúdíóíbúð
- 2 herbergi
- 3 herbergi
- 4 herbergi
- 5 herbergi
- 6 herbergi
- 7 herbergi
- 8 herbergi
- 9 herbergi
- 10 herbergi eða fleiri

+

+

Tekjur og fjárhagslega staða

Næst koma spurningar um tekjur þínar og fjölskyldunnar ef við á. Við næstu tveimur spurningum er gert ráð fyrir einu svári. Þú ræður hvort þú miðar við árstekjur eða mánaðartekjur, hvort tveggja er skrifað til hliðar við viðkomandi reit.

87. Á hvaða bili áætlast þú að heildartekjur þínar á mánuði hafi að jafnaði verið á síðustu 12 mánuðum? (Átt er við allar tekjur fyrir skatta, svo sem föst laun, yfirvinnu, álag, aukagreiðslur, fjármagnstekjur, styrki/bætur og lífeyrisgreiðslur. Námslán eru ekki tekjur.)
Merktu í einn reit.

Á mánuði		Á ári (12 mánuðum)
Minna en 75 þúsund	<input type="checkbox"/>	Minna en 900 þúsund
75–141 þúsund	<input type="checkbox"/>	900–1.699 þúsund
142–200 þúsund	<input type="checkbox"/>	1,7–2,4 milljónir
201–279 þúsund	<input type="checkbox"/>	2,5–3,4 milljónir
280–369 þúsund	<input type="checkbox"/>	3,5–4,4 milljónir
370–459 þúsund	<input type="checkbox"/>	4,5–5,4 milljónir
460–529 þúsund	<input type="checkbox"/>	5,5–6,4 milljónir
530–619 þúsund	<input type="checkbox"/>	6,5–7,4 milljónir
620–699 þúsund	<input type="checkbox"/>	7,5–8,4 milljónir
700 þúsund eða meira	<input type="checkbox"/>	Meira en 8,4 milljónir

88. Á hvaða bili áætlast þú að heildartekjur allra heimilismanna (t.d. maka, barna og foreldra) á heimili þínu (að þér meðtöldum) hafi verið að jafnaði síðustu 12 mánuði?
Merktu í einn reit.

Á ekki við, ég bý ein/einn.

Á mánuði		Á ári (12 mánuðum)
Minna en 75 þúsund	<input type="checkbox"/>	Minna en 900 þúsund
75–141 þúsund	<input type="checkbox"/>	900–1.699 þúsund
142–200 þúsund	<input type="checkbox"/>	1,7–2,4 milljónir
201–279 þúsund	<input type="checkbox"/>	2,5–3,4 milljónir
280–369 þúsund	<input type="checkbox"/>	3,5–4,4 milljónir
370–459 þúsund	<input type="checkbox"/>	4,5–5,4 milljónir
460–529 þúsund	<input type="checkbox"/>	5,5–6,4 milljónir
530–619 þúsund	<input type="checkbox"/>	6,5–7,4 milljónir
620–699 þúsund	<input type="checkbox"/>	7,5–8,4 milljónir
710–780 þúsund	<input type="checkbox"/>	8,5–9,4 milljónir
781–960 þúsund	<input type="checkbox"/>	9,5–11,4 milljónir
961–1.199 þúsund	<input type="checkbox"/>	11,5–14,4 milljónir
1,2–1,5 milljónir	<input type="checkbox"/>	14,5–18 milljónir
Meira en 1,5 milljón	<input type="checkbox"/>	Meira en 18 milljónir

+

+

89. Hversu vel eða illa fjárhagslega stæð telur þú að fjölskylda þín (þú og aðrir á heimilinu ef við á) sé miðað við aðrar fjölskyldur á Íslandi?

Merktu í einn reit.

- Miklu betur stæð
- Töluvert betur stæð
- Svolítið betur stæð
- Álíka vel stæð
- Svolítið verr stæð
- Töluvert verr stæð
- Miklu verr stæð

90. Hversu auðvelt eða erfitt hefur það verið fyrir þig og fjölskyldu þína (ef við á) að ná endum saman fjárhagslega undanfarna 12 mánuði (svo sem að borga fyrir mat, leigu og reikninga)?

Merktu í einn reit.

- Mjög auðvelt
- Frekar auðvelt
- Hvorki auðvelt né erfitt
- Frekar erfitt
- Mjög erfitt

Atvinna og menntun

91. Hver er hæsta prófgráða sem þú hefur lokið?

Merktu í einn reit.

- Barna-, unglínga- eða grunnskólapróf
- Gagnfræðapróf eða landspróf
- Stúdentspróf
- Annað próf á framhaldsskólastigi
- Tækniskólapróf (annað en BS-próf)
- Grunnpróf úr háskóla (t.d. BA-, BS- eða B.Ed.-próf)
- Meistarapróf úr háskóla (t.d. MA-, MS-, Kandidatspróf eða M.Ed.-próf)
- Doktorspróf
- Önnur menntun,
hver? _____

+

+

+

+

92. Svaraðu eftirfarandi spurningum um stöðu þína.

Merktu við annan reitinn í öllum liðum.

Ert þú ...	Já	Nei
a) íslenskur ríkisborgari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) launþegi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) atvinnurekandi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) í námi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) heimavinnandi að meginstarfi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) í fæðingarorlofi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) veikur eða tímabundið ófær til vinnu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) á eftirlaunum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) atvinnulaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) 50–74% öryrki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) 75% öryrki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

l) annað, hvað? _____

93. Hvað af eftirfarandi lýsir vinnufyrirkomulagi þínu best?

Merktu í einn reit.

- Ég er ekki í vinnu
- Eingöngu dagvinna
- Eingöngu vaktavinna með ...
 - tvískiptum vöktum
 - þrískiptum vöktum
 - föstum kvöldvöktum
 - föstum næturvöktum
 - 2–2–3 vaktir (unnið 2–3 daga og 2–3 dagar frí)
- Bæði dagvinna og vaktavinna
- Annað fyrirkomulag. Hvaða? _____

94. Hversu marga daga, ef einhverja, hefur þú verið frá launaðri vinnu eða skóla vegna eigin veikinda á síðustu 6 mánuðum?

Merktu í einn reit.

- Hef ekki verið frá vinnu vegna veikinda á síðustu 6 mánuðum.
- Um 1–5 daga
- Um 6–10 daga
- Um 11–20 daga
- Um 21–30 daga
- Um 1–2 mánuði
- Um 3–4 mánuði
- Um 5 mánuði eða meira
- Hef ekkert unnið eða sótt skóla síðustu 6 mánuði vegna veikinda
- Hef hvorki verið í vinnu né skóla síðustu 6 mánuði af öðrum ástæðum

+

+

+

+

95. Hvernig hefur þú ferðast til vinnu (eða skóla) undanfarna 30 daga?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Nær daglega	3–4 sinnum í viku	1–2 sinnum í viku	1–3 sinnum á síðustu 30 dögum	Aldrei
a) Akandi í einkabíl eða vinnubíl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sem farþegi í einkabíl eða vinnubíl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gangandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hjólandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Farþegi í leigubíl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Með strætisvagni eða öðru almenningsfarartæki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Á annan hátt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvernig? _____					

96. Hvert af eftirfarandi starfsheitum lýsir starfi þínu best?

Merktu í einn reit.

- Kjörinn fulltrúi, æðsti embættismaður/æðsta embættiskona eða æðsti stjórnandi
- Sérfræðingur (með háskólapróf)
- Sérmenntaður starfsmaður/sérmenntuð starfskona (ekki með háskólapróf)
- Skrifstofukona/-maður
- Þjónustu-, sölu- eða afgreiðslukona/-maður
- Bóndi
- Sjómaður
- Iðnaðarmaður
- Sérhæfður iðnverkamaður
- Bílstjóri, véla- eða vélgæslukona/-maður
- Verkakona/-maður
- Ég er í námi eingöngu ➔ Svaraðu næst spurningu 98
- Ég er ekki í launaðri vinnu ➔ Svaraðu næst spurningu 98

+

+

+

+

97. Spurt er um vinnuaðstæður. (Ef þú ert ekki í launaðri vinnu skaltu sleppa þessari spurningu og svara næst spurningu 98.)

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Mjög sjaldan eða aldrei	Fremur sjaldan	Stundum	Fremur oft	Mjög oft eða alltaf
a) Er vinnuálagið svo ójafnt að verkefni hlaðist upp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Verður þú að vinna aukavinnu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verður þú að vinna á miklum hraða?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hefur þú of mikið að gera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Verður þú að gera eitthvað sem þér finnst að ætti að gera öðruvísi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Færð þú verkefni að leysa án þess að hafa nauðsynleg bjargráð (svo sem aðstoð eða aðbúnað) til þess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Gera tveir eða fleiri ósamræmanlegar kröfur til þín?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Færð þú stuðning og hjálp með verkefni hjá vinnufélögum þínum ef á þarf að halda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Er næsti yfirmaður þinn fús til að hlusta á vandamál, sem við er að glíma í vinnunni, ef á þarf að halda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Metur næsti yfirmaður þinn það við þig þegar þú nærð árangri í starfi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Útdeilir næsti yfirmaður þinn verkefnum á hlutlægan og réttlátan hátt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Gætir næsti yfirmaður þinn réttlætis og jafnræðis í framkomu sinni við starfsmenn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Valda samskipti þín við næsta yfirmann þér streitu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

98. Hve mörgum klukkustundum verð þú að jafnaði á viku í eftirfarandi verkefni?
(Með umönnun er átt við að sinna daglegum grunnþörfum annars einstaklings.)
Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Innan 0 klst.	við 1 klst.	Um 1-3 klst.	Um 4-6 klst.	Um 7-10 klst.	Um 11- 14 klst.	Um 15- 19 klst.	Um 20- 25 klst.	Um 26- 29 klst.	Um 30- 39 klst.	Um 40- 49 klst.	Um 50- 59 klst.	60 klst. eða meira
a) Umönnun barna á heimili þínu á viku	<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"/>
b) Umönnun annarra heimilismanna á viku	<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"/>
c) Önnur heimilisstörf á viku (t.d. þvott/þrif, matseld, uppþvott, innkaup, viðhald húss/bíls)	<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"/>
d) Umönnun aldraðra <u>utan</u> heimilisins og utan vinnu á viku	<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"/>
e) Umönnun annarra <u>utan</u> heimilisins og utan vinnu á viku	<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"/>
f) Launaða vinnu á viku	<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"/>
g) Nám (skólasókn og heimanám) á viku	<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"/>
h) Horfa á sjónvarp, myndbönd eða mynddíska (DVD) á viku	<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"/>
i) Nota tölvu í frítíma (utan vinnu og náms) á viku	<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"/>

+

+

+

+

+

+

Kærar þakkir fyrir þáttökuna

+

+

+

+

+

+

+

+

Bestu þakkir fyrir þátttökuna.

Að 4–6 árum liðnum verður rannsókn þessi endurtekin. Í slíkri framhaldsrannsókn er gagnlegt að sem flestir taki aftur þátt til að hægt sé að kanna hvernig heilsa fólks og líðan breytist í tímans rás. Við biðjum þig því vinsamlegast um samþykki fyrir þátttöku í sams konar rannsókn að nokkrum árum liðnum þar sem við skoðum breytingar á lífsháttum, líðan og heilsu á þessu tímabili með því að bera svör þín núna saman við svör þín síðar.

Þér ber alls ekki skylda til að samþykkja áframhaldandi þátttöku og þú getur hvenær sem er hætt við þátttöku í henni. En við viljum gjarnan fá að hafa samband við þig aftur til að auka gildi fyrirhugaðrar framhaldsrannsóknar.

Nafn þitt og kennitala verða ekki aðgengileg í úrvinnslu gagnanna heldur aðeins notuð til að tengja saman svörin í framhaldsrannsókninni við svör þín í þessari rannsókn. Til að tryggja að kennitala og nafn þátttakanda séu ekki aðgengileg í úrvinnslu verður lykill að tengingu milli svarenda geymdur hjá óháðum aðila þar til framhaldsrannsókn er lokið, en þá verður lyklinum eytt.

Líkur á vinningi í happdrætti samhliða þessari könnun eru ekki háðar því hvort þú samþykkir áframhaldandi þátttöku eða ekki.

Ég undirritaður/undirrituð samþykki hér með að haft verði samband við mig að 4–6 árum liðnum með það að markmiði að kanna breytingar á heilsu og líðan Íslendinga.

Nafn: _____

Kennitala: _____

Þegar þú hefur svarað spurningalistanum og sent hann til baka verða tvær síðustu síður spurningalistans (þessi og baksíða) fjarlægðar. Útsendingarnúmerið á baksíðunni er notað til að draga út vinninga fyrir 5 heppna þátttakendur og til að fylgjast með hver er búin/n að svara og koma þannig í veg fyrir óþarfa ítrekanir.

Baksíðan ásamt útsendingarnúmeri verður klippt af strax og spurningalistinn hefur borist til okkar.

+

+

+

+

+