

## Kjære HUNT-deltaker

Takk for at du møtte til Helseundersøkelsen. Vi vil også be deg om å fylle ut dette spørreskjemaet. Noen av spørsmålene likner de som du har svart på før, men det er viktig at du allikevel besvarer alt. Opplysningene blir brukt til forskning og forebyggende helsearbeid. Forskere vil kun ha tilgang til aidentifiserte data, det vil si at opplysningene ikke kan spores tilbake til en enkeltperson.

## Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er derfor viktig at du krysser av riktig: Rett  Galt
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.

**Dato for utfylling:**  /  20   
Dag Måned År

Vennligst fyll ut skjemaet, og post det snarest mulig.  
 Porto er betalt.

Menn 20 - 29 år

En time for bedre folkehelse

### BOLIGFORHOLD OG VENNER

**1** Hvem bor du sammen med?  
 (Sett ett eller flere kryss)

Ingen .....  Andre personer over 18 år   
 Foreldre .....  Personer under 18 år.....   
 Ektefelle/samboer.....  Antall under 18 år ..

**2** Er det kjæledyr i boligen?

Ja, katt.....   
 Nei.....  Ja, hund.....   
 Ja, andre pelsdyr/fugl.....

**3** Har du venner som kan gi deg hjelp når du trenger det?

Ja  Nei

**4** Har du venner som du kan snakke fortrolig med?

Ja  Nei

### DITT NÆRMILJØ, DVS. NABOLAGET/GRENDA

**5** Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her  
 (Sett ett kryss)

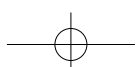
Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**6** Man kan ikke stole på hverandre her (Sett ett kryss)

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

**7** Folk trives godt her (Sett ett kryss)

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig



## AKTIVITET

- 8 Hvordan har din fysiske aktivitet i fritida vært det siste året? (Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsvei regnes som fritid.)

	Timer pr. uke			
	Ingen	Under 1	1-2	3 el. mer
Lettt aktivitet ..... (ikke svett/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet ..... (svett/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 9 Hvor lang tid bruker du til sammen daglig foran dataskjerm? (Sett 0 hvis du ikke bruker data)

I arbeid  timer      I fritid  timer

- 10 Hvor mange timer ser du på TV/video/DVD daglig?

Mindre enn 1 time .....       4-6 timer .....   
1-3 timer .....       Mer enn 6 timer .....

## KULTUR/LIVSSYNN

- 11 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i: (Sett ett kryss pr. linje)

	Mer enn 3g /mnd				Aldri
	1-3g /mnd	1-6g siste 6 mnd			
Museum, kunstutstilling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsert, teater, kino.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirke, bedehus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrettsarrangement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 12 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder selv drevet med: (Sett ett kryss pr. linje)

	Mer enn 1g /uke				Ingen gang
	1g /uke	1-3g /mnd	1-5g siste 6 mnd		
Foreningsvirksomhet ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikk, sang, teater.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menighetsarbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friluftsliv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trening, idrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 13 Hvilket livssyn vil du si ligger nærmest opp til ditt eget? (Sett ett kryss)

Kristent livssyn .....       Ateistisk livssyn .....   
Humanetisk livssyn .....       Annet livssyn .....

- 14 Når det skjer vonde ting i livet mitt, tenker jeg: "det er ei mening med det".

Ja.....       Nei .....       Vet ikke.....

- 15 Jeg søker hjelp hos Gud når jeg trenger styrke og trøst.

Aldri .....       Av og til .....       Ofte .....

## PERSONLIGHET

- 16 Beskriv deg selv slik du vanligvis er:

	Ja	Nei
Klarer du å få fart i et selskap?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du stort sett stille og tilbakeholden når du er sammen med andre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liker du å treffe nye mennesker?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liker du å ha masse liv og røre rundt deg?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du forholdsvis livlig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar du vanligvis selv initiativet for å få nye venner?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du ofte bekymret?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir dine følelser lett såret?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hender det ofte at du "går trøtt"?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plages du av "nerver"?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du ofte følt deg trøtt og likeglad uten grunn?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymrer du deg for at fryktelige ting kan skje?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HODEPINE

- 17 Har du vært plaget av hodepine det siste året? (Hvis nei, gå til spørsmål 24.)

	Ja	Nei
Hvis ja: Migrene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hva slags hodepine: Annen hodepine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 18 Omtrent antall dager pr. måned med hodepine:

Mindre enn 1 dag .....       7-14 dager.....   
1-6 dager .....       Mer enn 14 dager.....

- 19 Hvor sterk er hodepina vanligvis?

Mild (hemmer ikke aktivitet) .....   
Moderat (hemmer aktivitet) .....   
Sterk (forhindrer aktivitet).....

- 20 Hvor lenge varer hodepina vanligvis?

Mindre enn 4 timer .....       1-3 døgn.....   
4 timer – 1 døgn.....       Mer enn 3 døgn.....

- 21 Er hodepina vanligvis preget av eller ledsaget av: (Sett ett kryss pr. linje)

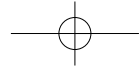
	Ja	Nei
Bankende/dunkende smerte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressende smerte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensidig smerte (høyre eller venstre)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forverring ved moderat fysisk aktivitet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme og/eller oppkast?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lys- og lydskjyhet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 22 Før eller under hodepina; kan du ha forbigående: (Sett ett kryss pr. linje)

	Ja	Nei
Synsforstyrrelse? (takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nummenhet i halve ansiktet eller i handa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 23 Angi hvor mange dager du har vært borte fra arbeid eller skole siste måned på grunn av hodepine:

dager



## LUFTVEIER

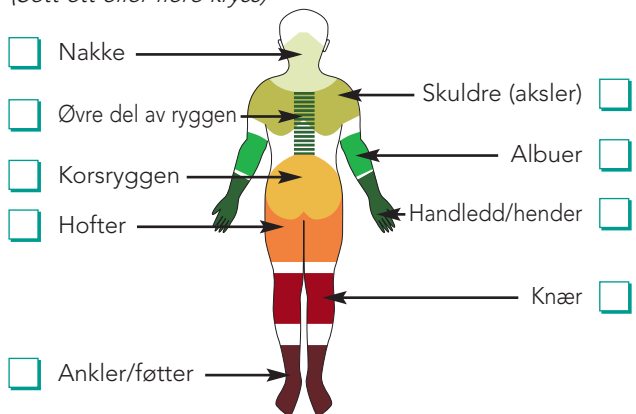
- 24 Hoster du daglig i perioder av året?  Ja  Nei  
**Hvis ja:**  
 Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?  Ja  Nei
- Har du hatt hoste med oppspytt, i minst 3 måneder, sammenhengende i hvert av de to siste åra?  Ja  Nei
- 
- 25 Har du, eller har du hatt, høysnue eller neseallergi?  Ja  Nei  
**Hvis ja:**  
 Har du hatt slike plager i løpet av de siste 12 måneder?  Ja  Nei
- 
- 26 Har du i løpet av de siste 12 måneder blitt vekket av anfall med tung pust?  Ja  Nei

## MUSKLER OG LEDD

- 27 Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd, som har vart i minst 3 måneder sammenhengende?  Ja  Nei  
*Hvis nei, gå til spørsmål 30.*

**Hvis ja:**

Hvor har du hatt disse plagene?  
 (Sett ett eller flere kryss)



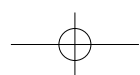
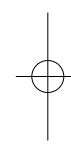
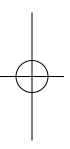
- 28 Har du vært plaget både i høyre og venstre kroppshalvdel?  Ja  Nei
- 
- 29 Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter?  
 I arbeid.....  Ja  Nei  
 I fritid.....  Ja  Nei
- 
- 30 Er du operert for ryggplager?  Ja  Nei  
**Hvis ja:** Hvilken type operasjon?  
 Prolaps/ischias-operasjon  Annet.....   
 Avstivning .....

## STOFFSKIFTE

- 31 Har du noen gang fått påvist for lavt stoffskifte (hypothyreose)?  Ja  Nei  
 Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang? Eksempel:   år gammel  
 Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang? Eksempel:   år gammel
- 
- 32 Har du noen gang fått påvist for høyt stoffskifte (hypertyreose)?  Ja  Nei  
 Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang? Eksempel:   år gammel  
**Hvis ja:**  
 Har du brukt Neo-Mercazole?  Ja  Nei  år gammel  
 Har du fått radiojodbehandling?  Ja  Nei  år gammel

## MAGE OG TARM

- 33 Har du vært plaget med smerter eller ubehag fra magen de siste 12 måneder?  
 Ja, mye...  Ja, litt..  Nei, aldri..   
*Hvis nei, gå til spørsmål 34.*
- Hvis ja:**
- Er disse lokalisert øverst i magen?.....  Ja  Nei  
 Har du de siste 3 måneder hatt disse plagene så ofte som 1 dag i uka i minst 3 uker?.....  Ja  Nei  
 Blir smertene eller ubehaget bedre etter at du har hatt avføring?.....  Ja  Nei  
 Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med hyppigere eller sjeldnere avføring enn vanlig? .....  Ja  Nei  
 Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med at avføringen blir løsere eller fastere enn vanlig?.....  Ja  Nei  
 Kommer smertene eller ubehaget etter måltid?  Ja  Nei
- 
- 34 I hvilken grad har du hatt følgende plager i de siste 12 måneder?  
 Aldri Litt Mye  
 Kvalme.....     
 Halsbrann/sure oppstøt.....     
 Diaré .....     
 Treg mage .....     
 Vekslende treg mage og diaré.....     
 Oppblåsthet.....



## HVORDAN FØLER DU DEG

Her kommer noen utsagn om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser den siste uken. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

- 35** Jeg føler meg nervøs og urolig
- Nei.....  En god del .....   
Litt.....  Svært mye .....
- 36** Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før
- Avgjort like mye .....  Bare lite grann .....   
Ikke fullt så mye .....  Ikke i det hele tatt .....
- 37** Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje
- Ja, og noe svært ille .....  Litt, bekymrer meg lite   
Ja, ikke så veldig ille.....  Ikke i det hele tatt .....
- 38** Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner
- Like mye nå som før .....  Avgjort ikke som før....   
Ikke like mye nå som før.  Ikke i det hele tatt .....
- 39** Jeg har hodet fullt av bekymringer
- Veldig ofte .....  Av og til.....   
Ganske ofte .....  En gang i blant .....
- 40** Jeg er i godt humør
- Aldri.....  Ganske ofte.....   
Noen ganger.....  For det meste .....
- 41** Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet
- Ja, helt klart.....  Ikke så ofte.....   
Vanligvis .....  Ikke i det hele tatt .....
- 42** Jeg føler meg som om alt går langsommere
- Nesten hele tiden .....  Fra tid til annen .....   
Svært ofte .....  Ikke i det hele tatt .....
- 43** Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen
- Ikke i det hele tatt.....  Ganske ofte.....   
Fra tid til annen.....  Svært ofte.....
- 44** Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut
- Ja, har sluttet å bry meg  Kan hende ikke nok   
Ikke som jeg burde.....  Bryr meg som før .....
- 45** Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv
- Uten tvil svært mye .....  Ikke så veldig mye .....   
Ganske mye.....  Ikke i det hele tatt .....

## T

- 46** Jeg ser med glede fram til hendelser og ting
- Like mye som før .....  Avgjort mindre enn før   
Heller mindre enn før .....  Nesten ikke i hele tatt.
- 47** Jeg kan plutselig få en følelse av panikk
- Uten tvil svært ofte .....  Ikke så veldig ofte .....   
Ganske ofte .....  Ikke i det hele tatt .....
- 48** Jeg kan glede meg over gode bøker, radio/TV
- Ofte .....  Ikke så ofte.....   
Fra tid til annen.....  Svært sjelden .....

## SØVN

- 49** Hvor ofte har det hendt i løpet av de siste 3 måneder at du:
- |  | Aldri/<br>sjelden        | Av<br>og til             | Flere<br>ggr/<br>uka     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Snorker høyt og sjenerende?.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Får pustestopp når du sover?.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har vanskelig for å sovne om kvelden?....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner gjentatte ganger om natta?.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner for tidlig og får ikke sove igjen?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kjenner deg søvnig om dagen?.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har plagsom nattesvette?.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner med hodepine?.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Får ubehag, kribling eller muring i bein?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ALKOHOL

Hvis du ikke drikker alkohol, gå til spørsmål 54.

- 50** Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt? Ja Nei
- 
- 51** Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din? Ja Nei
- 
- 52** Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din? Ja Nei
- 
- 53** Har det å ta en drink noen gang vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppvikker? Ja Nei
-

## KOSTHOLD

54 Hvor mange skiver brød spiser du vanligvis?  
(Sett ett kryss for hver type brød)

	0-4 /uke	5-7 /uke	2-3 /dag	4-5 /dag	6 el flere /dag
Loff/fint brød .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneipp/mellomgrovt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovt brød .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55 Hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene?  
(Sett ett kryss pr. måltid)

	Sjelden /aldri	1-2 g /uke	3-4 g /uke	5-6 g /uke	Hver dag
Frokost .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formiddagsmat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varm middag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet måltid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nattmat (kl 24-06) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56 Hva slags fett bruker du oftest?  
(Sett ett kryss pr. linje)

	Meieri- smør	Margarin		Oljer	Bruker ikke
		Hard	Myk /lett		
På brød .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I matlaging .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TANNHELSE

57 Har du de siste 12 måneder vært hos  
tannlege/tannhelsetjeneste? Ja Nei

58 Hvordan vurderer du tannhelsen di?

Meget dårlig .....	<input type="checkbox"/>	God .....	<input type="checkbox"/>
Dårlig .....	<input type="checkbox"/>	Meget god .....	<input type="checkbox"/>
Verken god eller dårlig...	<input type="checkbox"/>		

59 Hva betyr god tannhelse for helsa di ellers?

Svært mye .....	<input type="checkbox"/>	Lite .....	<input type="checkbox"/>
Mye .....	<input type="checkbox"/>	Svært lite .....	<input type="checkbox"/>
Både og .....	<input type="checkbox"/>		

## BRUK AV RESEPTFRIE MEDISINER

60 Hvor ofte har du brukt reseptfrie medisiner mot  
følgende plager i løpet av den siste måneden?  
(Sett ett kryss pr. linje)

	Sjelden /aldri	1-3 g /uke	4-6 g /uke	Dag- lig
Halsbrann/sure oppstøt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treg mage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i muskler/ledd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## T

61 Har du brukt noen av disse reseptfrie medisiner  
minst en gang i uka i løpet av den siste måneden?

	Ja	Nei
Paracetamol, Paracet, Panodil, Pamol,		
Pinex, Perfalgan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albyl E (500 mg), Aspirin, Globoid, Dispril .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen, Ibux, Ibuprox, Ibumetin, Brufen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naproxen, Naprosyn, Ledox .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HVORDAN FØLER DU DEG NÅ

62 Føler du deg stort sett sterk og opplagt,  
eller trøtt og sliten?

Meget sterk og opplagt .....	<input type="checkbox"/>
Sterk og opplagt .....	<input type="checkbox"/>
Ganske sterk og opplagt .....	<input type="checkbox"/>
Både – og .....	<input type="checkbox"/>
Ganske trøtt og sliten .....	<input type="checkbox"/>
Trøtt og sliten .....	<input type="checkbox"/>
Svært trøtt og sliten .....	<input type="checkbox"/>

## ARBEID

63 Er arbeidet ditt så fysisk anstrengende at du ofte  
er sliten i kroppen etter en arbeidsdag?  
(Sett ett kryss)

Ja, nesten alltid .....	<input type="checkbox"/>	Ganske sjelden .....	<input type="checkbox"/>
Ganske ofte .....	<input type="checkbox"/>	Aldri, eller nesten aldri .....	<input type="checkbox"/>

64 Krever arbeidet ditt så mye konsentrasjon og opp-  
merksomhet at du ofte føler deg utslitt etter en  
arbeidsdag? (Sett ett kryss)

Ja, nesten alltid .....	<input type="checkbox"/>	Ganske sjelden .....	<input type="checkbox"/>
Ganske ofte .....	<input type="checkbox"/>	Aldri, eller nesten aldri .....	<input type="checkbox"/>

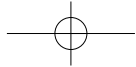
65 Hvordan trives du alt i alt med arbeidet ditt?  
(Sett ett kryss)

Veldig godt .....	<input type="checkbox"/>	Ikke særlig godt .....	<input type="checkbox"/>
Godt .....	<input type="checkbox"/>	Dårlig .....	<input type="checkbox"/>

## FØLELSE SISTE 14 DAGER

66 Har du vært plaget av noe av dette de siste 14 dager?  
(Sett ett kryss pr. linje)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske plaget	Veldig plaget
Vært stadig redd og engstelig?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg anspent eller urolig? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt håpløshet når du tenker på framtida? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor og trist? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymret deg for mye om forskjellige ting? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## LIVSHENDELSER

67 Har du opplevd noe av følgende de siste 10 år?

(Sett ett kryss pr. linje)

	Nei	Siste 12 mnd	Ja, tidli- gere
Hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt økonomiske problemer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt problemer eller konflikter med familie eller venner?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt store problemer i kjærlighetslivet?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært alvorlig syk eller skadet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt alvorlig sykdom eller skade blant dine nærmeste? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SPISEVANER

68 Nedenfor er en liste over ting som gjelder spisevaner. Kryss av for hva som passer deg.

(Sett ett kryss pr. linje)

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid
Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker for mye tid til å tenke på mat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at maten kontrollerer livet mitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg spiser, skjærer jeg maten opp i små biter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker lengre tid enn andre på et måltid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eldre mennesker synes at jeg er for tynn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at andre presser meg til å spise.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kaster opp etter at jeg har spist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PENGESPILL

69 Har du noensinne følt behov for å spille med stadig økte pengebeløp?      Ja      Nei

70 Har du noensinne måttet lyve for personer som er viktige for deg om hvor mye du har spilt for?      Ja      Nei

**NB!**

Det utfylte skjemaet returneres i den vedlagte svarconvolutten. Porto er betalt.



**Takk for hjelpa!**