

┌

┆

┐

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 avidentifiserte 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.



Kvinne 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)

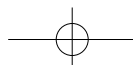
Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

- 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
Lett 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/LIVSSYN

- 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	1-3g /mnd	1-6g siste 6 mnd	Aldri
	Museum, kunstutstilling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsert, teater, kino.....	<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"/>
Idrettsarrangement.....	<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	1g /uke	1-3g /mnd	1-5g siste 6 mnd	Ingen gang
	Foreningsvirksomhet ...	<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 Annen 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? Ja Nei

Hvis nei, gå til spørsmål 24.

Hvis ja: Migrene
Hva slags hodepine: Annen hodepine.....

- 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)

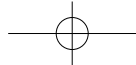
	Ja	Nei
Bankende/dunkende smerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressende smerte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensidig smerte (høyre eller venstre)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forverring ved moderat fysisk aktivitet?	<input type="checkbox"/>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

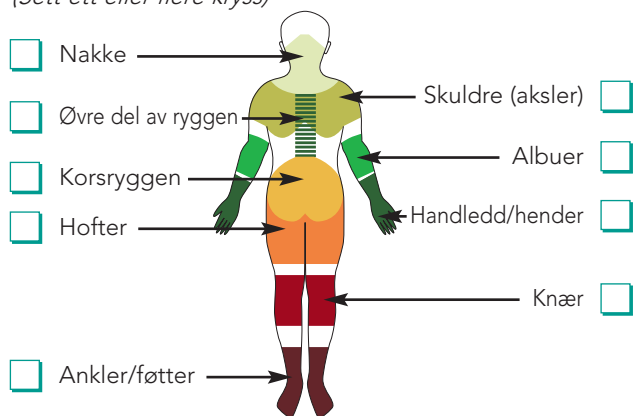
- 24 Hoster du daglig i perioder av året? Ja Nei
Hvis ja:
 Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt? Ja Nei
- Har du hatt hoste med oppspytt, i minst 3 måneder, sammenhengende i hvert av de to siste åra? Ja Nei
-
- 25 Har du, eller har du hatt, høysnue eller neseallergi? Ja Nei
Hvis ja:
 Har du hatt 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

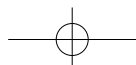
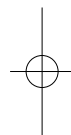
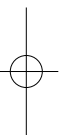
STOFFSKIFTE

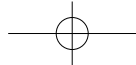
- 31 Har du noen gang fått påvist for lavt stoffskifte (hypothyreose)? Ja Nei
 Hvis ja, hvor gammel var du første gang?
 Eksempel: år gammel
-
- 32 Har du noen gang fått påvist for høyt stoffskifte (hypertyreose)? Ja Nei
 Hvis ja, hvor gammel var du første gang?
 Eksempel: år gammel
- Hvis ja:**
 Har 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
 Bli 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsbrann/sure oppstøt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diaré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treg mage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vekslende treg mage og diaré..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oppblåsthet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





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/ sjelden	Av og til	Flere ggr/ 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 søvning 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"/>	<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?

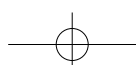
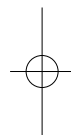
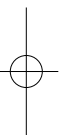
Ja Nei

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 oppkvikker?

Ja Nei



T

T

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"/>

- 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, Ibox, 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"/>

SVANGERSKAP OG PREVENSJON

- 63 Når du ser bort fra svangerskap og barselperiode, har du noen gang vært blødningsfri i minst 6 måneder? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor mange ganger? ganger

- 64 Hvor mange ganger har du i alt vært gravid? ganger

- 65 Har du noen gang prøvd i mer enn ett år å bli gravid? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor gammel var du første gang du hadde problemer med å bli gravid? år gammel

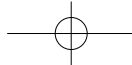
- 66 Bruker du eller har du brukt:
(Sett ett kryss pr. linje)
- | | Nå | Før,
ikke
nå | Aldri |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| P-piller? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P-plaster? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen hormonprevensjon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- (P-sprøyte, P-ring, P-implantat, hormonspiral)

- 67 Hvis du har brukt P-piller:

Hvor gammel var du første gang du begynte med dette? år gammel

Hvor mange år har du i alt brukt P-piller?

Mindre enn 1 år	<input type="checkbox"/>	4-10 år	<input type="checkbox"/>
1-3 år	<input type="checkbox"/>	Over 10 år	<input type="checkbox"/>



URINVEIER

- 68 Har du ufrivillig urinlekkasje? Ja Nei
Hvis nei, gå til spørsmål 72.

Hvis ja:

Hvor ofte har du urinlekkasje?

- Mindre enn 1 gang pr. mnd
- En eller flere ganger pr. mnd
- En eller flere ganger pr. uke
- Hver dag og/eller natt

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang?

- Dråper Større mengder
- Små skvetter

- 69 Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter eller tunge løft? Ja Nei

- 70 Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatingstrang? Ja Nei

71 Hvordan opplever du lekkasjeplagene dine?

- Ikke noe problem Mye plaget
- En liten plage Svært stort problem ...
- En del plaget

ARBEID

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

- Ja, nesten alltid Ganske sjelden
- Ganske ofte Aldri, eller nesten aldri

73 Krever arbeidet ditt så mye konsentrasjon og oppmerksomhet at du ofte føler deg utslitt etter en arbeidsdag? (Sett ett kryss)

- Ja nesten alltid Ganske sjelden
- Ganske ofte Aldri, eller nesten aldri

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

- Veldig godt Ikke særlig godt
- Godt Dårlig

FØLELSE SISTE 14 DAGER

75 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

76 Har du opplevd noe av følgende de siste 10 år? (Sett ett kryss pr. linje)

- | | Nei | Siste 12 mnd | Ja, tidligere |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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

77 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

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

79 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 svarkonvolutten. Porto er betalt.



Takk for hjelpa!

