

Vi takker for frammøtet til undersøkelsen.

Vi vil også be deg være venlig å fylle ut dette spørreskjemaet. Opplysninger vil bli brukt i et større forskningsarbeid om forhold som har betydning for helsen.

Svar etter beste skjønn. Kryss av for bare en av svar-mulighetene (dersom det ikke står nevnt noe annet). Det utfylte skjema returneres i vedlagte svarkonvolutt. Porto er betalt.

Alle opplysingene er underlagt streng taushetsplikt.

Med hilsen

Statens skjermbildefotografering
Fylkeslegen ● Helserådet ● Statens Institutt For Folkehelse
Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning/
Institutt for samfunnsvitenskap

Til etikett

Navn: _____
Adr.: _____
Postnr. Postkontor
F.nr.: _____

MOSJON

Med mosjon mener vi at du f.eks. går tur, går på ski, svømmer eller driver trening/idrett.

Hvor ofte driver du mosjon?

(Ta et gjennomsnitt)

- Aldri..... 12
Sjeldnere enn en gang i uka.....
En gang i uka.....
2-3 ganger i uka.....
Omrønt hver dag.....

1
2
3
4
5

Dersom du driver slik mosjon så ofte som en eller flere ganger i uka:

Hvor hardt mosjonerer du?

(Ta et gjennomsnitt)

- Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett..... 13
Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett.....
Tar meg nesten helt ut.....

1
2
3

Hvor lenge holder du på hver gang?

(Ta et gjennomsnitt)

- Mindre enn 15 minutter 14
16-30 minutter.....
30 minutter-1 time ..
Mer enn 1 time

1
2
3
4

SALT

Hvor ofte bruker du salt kjøtt eller salt fisk/sild til middag?

- Aldri, eller sjeldnere enn en gang i måneden..... 15
1-2 ganger i måneden.....
Opp til en gang i uka.....
Opp til to ganger i uka ..
Mer enn to ganger i uka

1
2
3
4
5

Hvor ofte pleier du å strø ekstra salt på middagsmaten?

- Sjeldent eller aldri 16
Av og til ..
Ofte.....
Alltid eller nesten alltid

1
2
3
4

RØYKEVANER

Røyker du daglig for tiden? 17

JA	NEI

Hvis du svarte «JA», røyker du DAGLIG for tiden:

- Sigareller? 18
Pipe? 19
Sigarer (eller serutter/sigarillos)? 20

JA	NEI

Hvis du IKKE røyker SIGARETTER daglig for tiden: Har du røykt SIGARETTER daglig tidligere? 21

- Mindre enn 3 måneder 22
3 måneder- 1 år
1-5 år.....
Mer enn 5 år

1
2
3
4

Hvis du røyker SIGARETTER daglig nå, eller har gjort det tidligere:

Hvor mange sigareller røyker eller røykte du pr. dag? (Oppgi antall pr. dag medregnet håndrullede) 23

Antall

Besvares av dem som røyker daglig nå eller har røykt daglig tidligere:
(Gjelder både sigarett-, pipe- og sigar-røykere)

Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? 25

år

Hvor mange år tilsammen har du røykt daglig? 27

år

ALKOHOLBRUK

Hvor ofte har du drukket alkohol (øl, vin eller brennevin) de SISTE 14 DAGENE?

- Jeg har ikke drukket alkohol, men er ikke totalavholdende 29
Jeg har drukket 1-4 ganger
Jeg har drukket 5-10 ganger.....
Jeg har drukket mer enn 10 ganger ..
Jeg er totalavholdende, drikker aldri alkohol

1
2
3
4
5

Dersom du har drukket alkohol de siste 14 dagene, har det ført til at du noen gang har følt deg beruset? 30

JA NEI

Har det vært perioder i livet ditt da du har drukket for mye, eller i hvert fall i mestet laget?

- Nei 31
I tvil, kanskje ..
Ja

1
2
3

BOSITUASJONEN

Bor du alene eller sammen med andre?

Kryss av for de du bor sammen med. (Her kan du sette flere kryss.)

- Bor alene
Ektefelle eller samboer
Foreldre eller svigerforeldre
Andre voksne personer
Barn under 5 år
Barn 6–15 år
Barn over 15 år

Bor du fast i institusjon?

(sykehjem, aldershjem eller liknende)

UTDANNINGEN

Hvilken utdanning har du fullført?

Oppgi bare høyest fullførte utdanning.

- 7-årig folkeskole eller kortere
Framhalds- eller fortsettelsesskole
9-årig grunnskole
Real- eller middelskole, grunnskolens 10. år
Ett- eller to-årig videregående skole
Artium, økonomisk gymnas eller almenfaglig retning
i videregående skoler
Høyskole eller universitet, mindre enn 4 år
Høyskole eller universitet, 4 år eller mer

**Har du fullført annen heldags utdanning,
og i tilfelle i hvor mange år?**

Skriv antall år her

ARBEID

Hvis du er eller har vært i inntektsgivende arbeid, kan du angi hvilken av disse yrkesgruppene ditt yrke faller innenfor? (Hvis du ikke er i arbeid nå, svarer du ut fra det yrket du hadde sist.)

Hvis du har en ektefelle (eller samboer) som er i inntektsgivende arbeid nå, eller har vært det tidligere, angi tilsvarende hvilken yrkesgruppe han/hun tilhører. (Evt. anggi om han/hun ikke har hatt inntektsgivende arbeid.)

- | | |
|---|-------|
| Spesialarbeider, ufaglært arbeider | 43.44 |
| Fagarbeider, håndverker, formann..... | |
| Underordnet funksjonær (butikk, kontor,
offentlige tjenester) | |
| Fagfunksjonær (f.eks. sykepleier, tekniker, lærer) | |
| Overordnet stilling i offentlig eller privat virksomhet | |
| Gårdbruker eller skogeier..... | |
| Fisker | |
| Selvstendig i akademisk erverv
(f.eks. tannlege, advokat) | |
| Selvstendig næringsdrivende
(Industri, transport, handel) | |
| Har ikke hatt inntektsgivende arbeid
(f.eks. pga. heltids husarbeid, studier, trygd) | |

**Hvis du er i arbeid (gjelder også heltids husarbeid),
ber vi deg fylle ut de neste spørsmålene:**

Er arbeidet ditt så fysisk anstrengende at du ofte er sliten i kroppen etter en arbeidsdag?

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

Krever arbeidet ditt så mye konsentrasjon og oppmerksomhet at du ofte føler deg utslitt etter en arbeidsdag?

- Ja, nesten alltid

Ganske ofte

Ganske sjeldan

Aldri, eller nesten aldri

Hvordan trives du alt i alt med arbeidet ditt?

- Veldig godt
Ganske godt
Godt
Ikke særlig godt
Dårlig

Hvis du er gårdbruker eller annen selvstendig næringsdrivende, har du noen ansatte som arbeider fast for deg?

- Ingen fast ansatte
1–2 fast ansatte
3–10 fast ansatte
Mer enn 10 fast ansatte

HVORDAN HAR DU DET?

Når du tenker på hvordan du har det for tida,
er du stort sett fornøyd med tilværelsen,
eller er du stort sett misfornøyd?

- Svært fornøyd

Meget fornøyd

Nokså fornøyd

Både - og

Nokså misfornøyd

Meget misfornøyd

Svært misfornøyd

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

- Meget sterk og opplagt.....
Sterk og opplagt.....
Ganske sterk og opplagt.....
Både - og
Ganske trett og sliten

Trett og sliten.....
Svært trett og sliten

MEDISIN/PLAGER		HVORDAN ER DU?	
Har du vanligvis:		JA	NEI
Hoste om morgenen?	51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppspyt fra brystet om morgenen?	52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du brukt smertestillende medisin den siste måneden?			
Daglig.....	53	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Hver uke, men ikke hver dag		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn hver uke		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Aldri.....		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du brukt avslappende/beroligende medisin eller sovemedisin den siste måneden?			
Daglig.....	54	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Hver uke, men ikke hver dag		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn hver uke		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Aldri.....		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Har du i løpet av siste måned vært plaget av nervøsitet (irritabel, urolig, anspent eller rastløs)?			
Nesten hele tida	55	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Ofte.....		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Av og til		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Aldri.....		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Har du i løpet av siste måned hatt innsoving- eller søvnproblemer?			
Nesten hver natt.....	56	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Ofte.....		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Av og til		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Aldri.....		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Har du i det store og hele en rolig og god følelse inne i deg?			
Nesten hele tida	57	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Ofte.....		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Av og til		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Aldri.....		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
VENNER/HJELP			
Dersom du ble syk og måtte holde senga i lengre tid, hvor sannsynlig tror du det er at du kunne få nødvendig hjelp og støtte av familie, venner eller naboer?			
Svært sannsynlig.....	58	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Nokså sannsynlig.....		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Usikkert		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Usannsynlig		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Helt usannsynlig		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Hender det ofte at du føler deg ensom?			
Meget ofte	59	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Ofte.....		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Av og til		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Meget sjeldent.....		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Aldri.....		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Har du tendens til å ta dine oppgaver mer alvorlig enn folk flest?			
Ja, nettopp slik er jeg.....	60	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Ja, stort sett		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Både - og		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Nei, stort sett ikke.....		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Nei, tvert imot		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Har du i løpet av det siste året ofte følt at du har presset deg, eller stadig drevet deg selv framover?			
Ja, nettopp slik er jeg.....	61	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Ja, stort sett		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Både - og		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Nei, stort sett ikke.....		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Føler du deg alltid under tidspress, også når det gjelder daglige gjøremål?			
Alltid, eller nesten alltid	62	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Noen ganger		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Aldri.....		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Er du vanligvis glad eller nedstemt?			
Svært nedstemt	63	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Nedstemt.....		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Nokså nedstemt		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Både - og		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Nokså glad		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Glad		<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
Svært glad		<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>
HVA ER VIKTIG?			
Synes du det er viktig at man prøver å være fornøyd med det man har?			
Dette er særlig viktig	64	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Dette er viktig		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Både - og		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Dette er mindre viktig		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Dette er overhodet ikke viktig.....		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Synes du det er viktig at man kan slå på kravene?			
Dette er særlig viktig	65	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Dette er viktig		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Både - og		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Dette er mindre viktig		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Dette er overhodet ikke viktig.....		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Synes du det er viktig at man alltid er i godt humør?			
Dette er særlig viktig	66	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Dette er viktig		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Både - og		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Dette er mindre viktig		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Dette er overhodet ikke viktig.....		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Tusen takk for den hjelpe du har gitt oss ved å fylle ut dette skjema.			