

Almennt heilsufar

1. Hvernig metur þú almennt líkamlega heilsu þína?

Finnst þér hún vera mjög góð, góð, sæmíleg eða léleg?

Merktu í einn reit.

- Mjög góð
- Góð
- Sæmíleg
- 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, sæmíleg eða léleg?

Merktu í einn reit.

- Mjög góð
- Góð
- Sæmíleg
- 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 mál-/ talskerðing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Skert hreyfigeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Þrekleysi	<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 fleiri reiti í hverjum lið, eftir því sem við á.

	Já, hef núna	Hef ekki núna, en hafði innan síðustu 12 mánaða	Hef ekki núna, en hafði fyrir meira en 12 mánuðum	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"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
b) Langvinna berkjubólgu, langvinnan lungnateppu-sjúkdóm eða lungnaþembu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
c) Kransæðastíflu (hjartaáfall, hjartadrep)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
e) Hækkaðan blóðþrýsting (háþrýsting)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
g) Liðagigt (bólгур í liðum, iktsýki)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
i) Vefjagigt	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
l) Sykursýki	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
p) Þvagleka eða vandamál við að stjórna þvagblöðru	<input type="checkbox"/>	<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 fleiri reiti í hverjum lið, eftir því sem við á.

	Já, hef núna	Hef ekki núna, en hafði innan síðustu 12 mánaða	Hef ekki núna, en hafði fyrir meira en 12 mánuðum	Nei, hef aldrei haft	Ef þú hefur haft sjúkdóm / einkenni, hefur læknir greint það?
a) Alvarlegan höfuðverk, s.s. migreni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
b) Athyglisbrest með eða án ofvirkni (ADD /ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
c) Skjaldkirtilssjúkdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
d) Kynsjúkdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
e) Augnsjúkdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
f) Ristilkrampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
g) Kvef eða umgangspest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
h) Síþreytu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
i) Áfengis- eða fíkniefnasjúkdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
j) Átröskun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
k) Langvinnan kvíða/spennu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
l) Áfallasteitu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
m) Langvarandi þunglyndi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
n) Önnur vandamál tengd geðheilsu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
o) Góðkynja æxli	<input type="checkbox"/>	<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). Ef svo er, hvaða krabbamein?	<input type="checkbox"/>	<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.

	Já	Nei
a) Athyglisbrest með eða án ofvirkni (ADD/ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Síþreytu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Áfengis- eða fíkniefnavanda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Langvinnan kvíða /spennu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Áfallastreitu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Langvarandi þunglyndi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Önnur vandamál tengd geðheilsu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hvenær var blóðþrýstingur þinn síðast mældur hjá heilbrigðisstarfsmanni?

Merktu í einn reit.

- Á síðastliðnu ári
- Fyrir 1-2 árum
- Fyrir 3-5 árum
- Fyrir meira en 5 árum
- Aldrei verið mældur hjá heilbrigðisstarfsmanni

+

+

+

+

+

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, langvinnum 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 hárrí 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) Skorpulifur 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) Langvinnum 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"/>
Einungis konur svari:			
e) Getnaðarvarnarlyf/töflur (t.d. pillan, hormónasprautur, stafur eða hormónalykkja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hormón vegna tíðahvarfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Þurftir þú að fara til læknis einhvern tíma á síðastliðnum 6 mánuðum, en hættir við það eða frestaðir því?

Merktu í annan reitinn.

- Já
 Nei

13. Ef þú svaraðir spurningu 12 játandi, hver var ástæðan fyrir að þú hættir við eða frestaðir að fara til læknis?

Merktu í annan reitinn í hverjum lið.

	Já	Nei
a) Kostnaður (of dýrt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ég vissi ekki til hvaða læknis ég ætti að leita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég átti erfitt með að fara til læknis vegna annarra verkefna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mér fannst of tímafrekt að fara til læknis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ég gat ekki fengið tíma hjá læknum nægilega fljótt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ég taldi að ferð til læknis myndi ekki gera mikið gagn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Annað – hvað? _____		

Spurning fyrir konur eingöngu

14. Hefur þú tíðablæðingar?

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

- Ekki byrjuð að hafa blæðingar
- Blæðingar eru reglulegar
- Blæðingar eru óreglulegar
- Er þunguð núna
- Engar blæðingar en ekki komin í tíðahvörf (t.d. vegna lyfja, brjóstagjafar, legnáms eða sjúkdóms)
- Er á breytingaskeiði
- Er komin yfir breytingaskeið / tíðahvörf

Reykingar

15. Reykir þú?

Merktu í einn reit.

- Já, daglega → Svaraðu næst spurningu 18
- Já, að minnsta kosti vikulega → Svaraðu næst spurningu 18
- Já, en sjaldnar en vikulega → Svaraðu næst spurningu 18
- Nei, ég er hætt/ur að reykja → Svaraðu næst spurningu 16
- Nei, ég hef aldrei reykt → Svaraðu næst spurningu 21

16. 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

17. 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 marga vindla á dag? _____ vindla á dag
- Ég reykti píputóbak. Hversu margar pípur á dag? _____ pípur á dag
- Á ekki við

18. 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

19. 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

20. Hver af eftirfarandi staðhæfingum á best við um þig?

Merktu í einn reit.

- Ég ætla að hætta að reykja á næstu 30 dögum
- Ég ætla að hætta að reykja á næstu 6 mánuðum
- Ég ætla að hætta að reykja en ekki á næstu 6 mánuðum
- Ég hef ekki hugsað mér að hætta að reykja
- Ég er hætt/ur að reykja

21. 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

22. Notar þú eða hefur þú notað tóbak í vörina?

Merktu í einn reit.

- Já, ég nota tóbak daglega í vörina
- Já, ég nota tóbak í vörina sjaldnar en daglega
- Já, en er hættur að nota tóbak í vörina → Svaraðu næst spurningu 24
- Nei, ég hef aldrei notað tóbak í vörina → Svaraðu næst spurningu 24

23. Hver af eftirfarandi staðhæfingum á best við um þig?

Merktu í einn reit.

- Ég ætla að hætta að nota tóbak í vörina á næstu 30 dögum
- Ég ætla að hætta að nota tóbak í vörina á næstu 6 mánuðum
- Ég ætla að hætta að nota tóbak í vörina en ekki á næstu 6 mánuðum
- Ég hef ekki hugsað mér að hætta að nota tóbak í vörina
- Ég er hætt/ur að nota tóbak í vörina

Áfengi og áfengisnotkun

24. Hefur þú einhvern tíma drukkið áfengi?

Merktu í einn reit.

- Já
 Nei → Svaraðu næst spurningu 30

25. 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

26. 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, léttvinsglasi 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

27. 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

28. Hversu oft á síðustu 12 mánuðum hefur þú drukkið áfengi með mat?

Merktu í einn reit.

- 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

29. Hversu oft á síðustu 12 mánuðum hefur...

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	Mánaðar- lega eða sjaldnar	Einu sinni til þrisvar í mánuði	Vikulega	Daglega eða nánast daglega
a) þú 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) þú 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) þú fundið til eftirsjár eða sektarkenndar eftir drykkju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) þú 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) þú 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"/>
f) áfengisneysla þín haft skaðleg áhrif á vinnu þína, nám eða atvinnutækifæri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tannvernd

30. Næst er spurt um fjölda eigin tanna. Vinsamlegast teldu fyrir framan spegil fjölda eigin tanna í efri og neðri gómi og svaraðu hversu margar tennurnar eru. Teldu ekki með gervitennur eða tannplanta (tannplanti er gervitönn sem skrúfuð er í rótarstæði 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"/>

31. Hversu oft ferð þú í eftirlit til tannlæknis?

Merktu í einn reit.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Að minnsta kosti tvisvar á ári | <input type="checkbox"/> Fjórfra hvert ár |
| <input type="checkbox"/> Einu sinni á ári | <input type="checkbox"/> Hef ekki farið síðustu 5–9 ár |
| <input type="checkbox"/> Annað hvert ár | <input type="checkbox"/> Hef ekki farið síðustu 10 ár |
| <input type="checkbox"/> Þriðja hvert ár | <input type="checkbox"/> Aldrei |

32. Hversu oft burstar þú tennurnar?

Merktu í einn reit.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oftar en tvisvar á dag | <input type="checkbox"/> Að minnsta kosti einu sinni í viku |
| <input type="checkbox"/> Tvisvar á dag | <input type="checkbox"/> Sjaldnar en einu sinni í viku |
| <input type="checkbox"/> Einu sinni á dag | <input type="checkbox"/> Aldrei |

33. Notar þú eða notar þú ekki 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

34. Hversu oft borðar/drekkur 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	Einu sinni á dag	2 sinnum á dag eða oftar
a) Rúgbrauð, heilhveiti- brauð 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 undan- skilinni mjólk /rjóma í kaffi eða te)	<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) Grænmeti (ferskt, fryst, soðið eða matreitt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fisk, fiskrétti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Kjöt, kjötrétti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sykrað gos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Sælgæti, súkkulaði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Kex, kökur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) 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"/>
l) Skyndibita (á skyndibita- stað 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"/>

+

+

+

35. 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	Einu sinni á dag	2 sinnum á dag eða oftar
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"/>

36. 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/snarl eftir kvöldmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

37. 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

38. Hver er hæð þín í sentímetrum?

Hæð í sentímetrum: _____ cm

39. 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

40. Hversu sátt/ur eða ósátt/ur ert þú við eigin líkamsþyngd?*Merktu í einn reit.*

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

41. 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 mánuði 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 mánuði en ég er ekki að reyna það núna
 Ég er að reyna að þyngja mig núna

Algengar athafnir**42. 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"/>

Ofbeldi og slys

43. Hefur þú orðið fyrir líkamlegu ofbeldi (t.d. barsmíðum, þ.m.t. heimilisofbeldi)?

Merktu við allt sem á við.

- Nei, aldrei → Svaraðu næst spurningu 46
- Já, á síðastliðnum 12 mánuðum
- Já, fyrir meira en 12 mánuðum síðan

44. Ef þú hefur orðið fyrir líkamlegu ofbeldi, hefur þú fundið fyrir eftirfarandi vandamálum í kjölfar þess? Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Nei, aldrei	Já, finn fyrir núna	Já, fann fyrir áður en ekki núna
a) Líkamlegum vandamálum / áverkum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Andlegri vanlíðan (t.d. kvíða, depurð, svefntruflunum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Ef þú hefur fundið fyrir vandamálum í kjölfar líkamlegs ofbeldis, hefur þú leitað þér aðstoðar eftirfarandi fagaðila vegna þess?

Merktu við allt sem á við.

- Læknir/
hjúkrunarfræðingur
- Sálfræðingur
- Félagsráðgjafi
- Annar fagaðili

46. Hefur þú orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi (þvingun til samfara, tilraun til nauðgunar eða kynferðislegri snertingu / athöfn gegn vilja þínum)?

Merktu við allt sem á við.

- Nei, aldrei → Svaraðu næst spurningu 49
- Já, á síðastliðnum 12 mánuðum
- Já, fyrir meira en 12 mánuðum síðan

47. Ef þú hefur orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi, hefur þú fundið fyrir eftirfarandi vandamálum í kjölfar þess? Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Nei, aldrei	Já, finn fyrir núna	Já, fann fyrir áður en ekki núna
a) Líkamlegum vandamálum / áverkum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Andlegri vanlíðan (t.d. kvíða, depurð, svefntruflunum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Ef þú hefur fundið fyrir vandamálum í kjölfar kynferðislegs ofbeldis, hefur þú leitað þér aðstoðar eftirfarandi fagaðila vegna þess?

Merktu við allt sem á við.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læknir/ hjúkrunarfræðingur	Sálfræðingur	Félagsráðgjafi	Annar fagaðili

49. Hefur þú orðið fyrir eftirfarandi slysum?

Merktu við allt sem á við.

	Nei, aldrei	Já, á síðastliðnum 12 mánuðum	Já, en fyrir meira en 12 mánuðum síðan
a) Umferðarslys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Frítímaslys (utan heimilis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Slys á eða við heimili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Annað slys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Ef þú hefur orðið fyrir slysi, hefur þú fundið fyrir eftirfarandi vandamálum í kjölfar þess?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Nei, aldrei	Já, finn fyrir núna	Já, fann fyrir áður en ekki núna
a) Líkamlegum vandamálum /áverkum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Andlegri vanlíðan (t.d. kvíða, depurð, svefntruflunum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Ef þú hefur fundið fyrir vandamálum í kjölfar slyss, hefur þú leitað þér aðstoðar eftirfarandi fagaðila vegna þess?

Merktu við allt sem á við.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læknir/ hjúkrunarfræðingur	Sálfræðingur	Félagsráðgjafi	Annar fagaðili

Hreyfing og kyrrseta

52. Hversu miklum tíma samtals síðustu 7 daga, eyddir þú í líkamlega hreyfingu í frítíma og við virkan ferðamáta (t.d. göngu eða hjólréiðar til eða frá vinnu)? Teldu með alla miðlungserfiða og erfiða hreyfingu sem stóð yfir í að minnsta kosti 10 mínútur í hvert skipti. Þess háttar hreyfing eykur hjartslátt og öndun. Dæmi eru erfið garðvinna, rösk ganga, stafganga, hjólréiðar, golf og skokk.

Áætlaðu svarið að næstu 30 mínútum

_____ klukkustundir og _____ mínútur

53. Hversu mikið af þeirri hreyfingu sem þú gafst upp í síðustu spurningu (spurningu 52) var erfið hreyfing? Þess háttar hreyfing orsakar töluverða aukningu á hjartslætti og svita, og hraðari öndun sem gerir fólki erfitt að tala. Dæmi eru röskleg fjallganga, hlaup, hraðar hjólréiðar og að spila fótbolta.

Áætlaðu svarið að næstu 30 mínútum.

_____ klukkustundir og _____ mínútur

54. Hver af eftirfarandi lýsingum passar best athöfnum þínum í frítíma, síðustu 7 daga?

Merktu í einn reit.

- Lestur, sjónvarpsáhorf eða önnur kyrrseta
- Ganga, hjólréiðar eða önnur tegund af léttri áreynslu í að minnsta kosti fjórar klukkustundir síðustu sjö daga. Teldu með göngu eða hjólréiðar til vinnu, sunnudagsgöngu og þess háttar
- Þátttaka í íþróttum í tómstundum, erfið garðyrkja og þess háttar, þar sem tímalengd hreyfingar er að minnsta kosti fjórar klukkustundir síðustu sjö daga
- Þátttaka í erfiðri þjálfun eða íþróttakeppni, reglulega nokkrum sinnum síðustu sjö daga

55. Hve löngum tíma á dag varðir þú að jafnaði sitjandi í síðustu viku. Aðeins skal miða 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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Minna en klukkustund á dag | <input type="checkbox"/> Um 8–10 klukkustundum á dag |
| <input type="checkbox"/> Um 1 klukkustund á dag | <input type="checkbox"/> Um 11–13 klukkustundum á dag |
| <input type="checkbox"/> Um 2–3 klukkustundum á dag | <input type="checkbox"/> Um 14–16 klukkustundum á dag |
| <input type="checkbox"/> Um 4–5 klukkustundum á dag | <input type="checkbox"/> Meira en 16 klukkustundum á dag |
| <input type="checkbox"/> Um 6–7 klukkustundum á dag | |

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

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Minna en ½ km (innan við 10 mínútna göngu- fjarlægð)	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"/>

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

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Daglega	Þrisvar 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"/>

58. 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

59. 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

60. 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

61. 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"/>

62. 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 vandamálín hrönnuðust upp án þess að þú réðir við þau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Þegar á heildina er litið, hversu hamingjusama/n telur þú þig vera?

Merktu í einn reit.

Mjög óhamingju- söm/ -samur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mjög hamingju- söm/ -samur
	<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"/>	

64. 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 hverjum lið.

	Á ekki við	Mjög miklu álagi	Frekar miklu álagi	Hvorki miklu né litlu álagi	Frekar litlu álagi	Mjög litlu álagi
a) Í vinnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Í námi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Við uppeldi barna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Í samskiptum við maka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Í öðrum þáttum einkalífs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Í að samræma vinnu/ nám og einkalíf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Eftirfarandi staðhæfingar snúast um andlega líðan þína síðustu 2 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"/>

+

+

+

66. Hversu oft varðst þú var/vör við eftirfarandi vanlíðan eða óþægindi síðastliðna viku?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	Sjaldan	Stundum	Oft
a) Það var auðvelt að pirra mig eða ergja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ég fékk reiðiköst sem ég gat ekki stjórnað	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mig langaði að brjóta eða mölva hluti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ég öskraði eða henti hlutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ég lenti í rifrildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mig langaði til að slá, slasa, eða skaða einhvern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Hversu mikið eða lítið traust berð þú til eftirfarandi stofnana?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Mjög mikið	Frekar mikið	Hvorki mikið né lítið	Frekar lítið	Mjög lítið
a) Alþingis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Þjóðkirkjunnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Háskóla Íslands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fjölmiðla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Lögreglunnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Lestu hverja fullyrðingu hér að neðan og svaraðu hversu vel þær áttu við í þínu tilviki síðustu 7 daga. Það eru engin rétt eða röng svör. Eyddu ekki of miklum tíma í að velta fyrir þér hverri fullyrðingu.

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Átti alls ekki við mig	Átti við mig að einhverju leyti eða stundum	Átti töluvert vel við mig eða drjúgan hluta vikunnar	Átti mjög vel við mig eða mest allan tímann
a) Mér fannst erfitt að ná mér niður	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ég fann fyrir munnþurrki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég virtist alls ekki geta fundið fyrir neinum góðum tilfinningum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mér fannst erfitt að hleypta í mig krafti til að gera hluti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

69. Lestu hverja fullyrðingu hér að neðan og svaraðu hversu vel þær áttu við í þínu tilviki síðustu 7 daga. Það eru engin rétt eða röng svör. Eyddu ekki of miklum tíma í að velta fyrir þér hverri fullyrðingu.

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Átti alls ekki við mig	Átti við mig að einhverju leyti eða stundum	Átti töluvert vel við mig eða drjúgan hluta vikunnar	Átti mjög vel við mig eða mest allan tímann
a) Ég átti í erfiðleikum með að anda (t.d. allt of hröð öndun, mæði án líkamlegrar áreynslu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ég hafði tilhneigingu til að bregðast of harkalega við aðstæðum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég fann fyrir skjálfta (t.d. í höndum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mér fannst ég eyða mikilli andlegri orku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ég hafði áhyggjur af aðstæðum þar sem ég fengi hræðslukast (panik) og gerði mig að fifli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mér fannst ég ekki geta hlakkað til neins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ég var ergileg/ur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Mér fannst erfitt að slappa af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ég var dapur/döpur og niðurdregin/n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ég þoldi ekki þegar eitthvað kom í veg fyrir að ég héldi áfram við það sem ég var að gera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Mér fannst ég nánast gripin/n skelfingu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ég gat ekki fengið brennandi áhuga á neinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Mér fannst ég ekki vera mikils virði sem manneskja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Mér fannst ég frekar hörundsár	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Ég varð var/vör við hjartsláttinn í mér þó ég hefði ekki reynt á mig (t.d. hraðari hjartsláttur, hjartað sleppti úr slagi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Ég fann fyrir ótta án nokkurrar skynsamlegrar ástæðu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Mér fannst lífið vera tilgangslaust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

70. Hversu sammála eða ósammála ert þú eftirfarandi fullyrðingum?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Mjög sammála	Frekar sammála	Hvorki sammála né ósammála	Frekar ósammála	Mjög ósammála
a) Ég er ánægð/ur með útlit mitt eins og það er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Flest fólk myndi segja að ég væri aðlaðandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég er óánægð/ur með líkamsbyggingu mína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ég er ánægð/ur með hvernig ég lít út nakin/n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Líkami minn er kynferðislega aðlaðandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mér líkar hvernig fötin passa á líkama minn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ég er líkamlega óaðlaðandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

Félagsleg þátttaka

71. 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) Vinnu- /skólafélögum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. 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) Vinnu- /skólafélögum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. 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) Aðra fjölskyldumeðlimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vinnu- /skólafélaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Hversu oft á síðustu 12 mánuðum hefur þú unnið sjálfboðastörf eða tekið þátt í starfsemi góðgerðasamtaka?

Merktu í einn reit

- Að minnsta kosti einu sinni í viku
- Að minnsta kosti einu sinni í mánuði
- Að minnsta kosti einu sinni á þriggja mánaða fresti
- Að minnsta kosti einu sinni á sex mánaða fresti
- Sjaldnar
- Aldrei

Svefn

75. 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

76. 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

77. 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

78. 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"/>

79. 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

80. Hvort ert þú karl eða kona?

- Karl
 Kona

81. Hvaða ár ert þú fædd/ur?

Árið 19_____

82. Hver er hjúskaparstaða þín í dag?

Merktu í einn reit.

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

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

Skráðu á strikið hve mörg ár samfelld hjúskaparstaða þín hefur verið eins og hún er í dag.

Samfelld í _____ár?

- Ég hef alltaf verið einhleyp/ur

84. Flestum finnst þeir tilheyra ákveðinni stétt. Hvaða þjóðfélagsstétt þú telur þig tilheyra?

Merktu í einn reit.

- Lægstu stétt
 Verkamannastétt
 Lægri millistétt
 Millistétt
 Efri millistétt
 Efstu stétt

Fjölskylda þín og heimili

85. Hversu mörg börn átt þú?

Merktu í einn reit.

- Ég á ekki börn → Svaraðu næstu spurningu 88
- 1 barn
- 2 börn
- 3 börn
- 4 börn
- 5 börn
- 6 börn
- 7 börn
- 8 börn
- 9 eða fleiri börn. Hversu mörg? _____ börn

86. Hvert er fæðingarár yngsta barnsins þíns?

Fæðingarár yngsta barns: _____

87. 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

88. 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 tengdforeldri mitt
- Systkini mitt / mín
- Annar/aðrir, hverjir _____
- Ég bý einn → Svaraðu næst spurningu 90

89. Hversu margir búa á heimili þínu að þér meðtalinni/meðöldum?*Merktu í einn reit í hverjum lið. Ekki gleyma sjálfum/sjálfri þér.*

	Engin/n á þeim aldri	1	2	3	4	5	6	7	8	9 eða fleiri
a) 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"/>
b) 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"/>
c) 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**90. Hvert er póstnúmerið þar sem þú býrð? _____****91. 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

92. Hversu lengi hefur þú búið á þessu svæði (byggðarlagi, þorp, hverfi)?*Skráðu á strikin fjölda ára og mánaða eftir því sem við á.*

Ég hef búið þar í _____ ár og _____ mánuði.

93. Hversu sammála eða ósammála ertu eftirfarandi fullyrðingum um það svæði (þorp, hverfi eða byggðarlag) þar sem þú býrð?*Merktu í einn reit í hverjum lið.*

	Mjög sammála	Frekar sammála	Frekar ósammála	Mjög ósammála
a) Mér finnst eftirsóknarvert að búa þar sem ég bý	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ég á vini þar sem ég bý	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég er ánægð/ur með aðstöðu fyrir íbúa þar sem ég bý	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ég óttast glæpi þar sem ég bý	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94. 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/tengdaforeldra
- 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? _____

95. Hversu mörg ár samtals hefur þú átt eigið húsnæði? Tímabil þarf ekki að hafa verið samfelld.

Ég hef átt eigið húsnæði í samtals _____ ár.

96. 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 fjárhagsleg staða

Næst koma spurningar um tekjur þínar og fjölskyldunnar ef við á. Þú ræður hvort þú miðar við árstekjur eða mánaðartekjur, hvort tveggja er skrifað til hliðar við viðkomandi reit.

97. Á hvaða bili áætlar 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

+

+

+

98. Á hvaða bili áætlar 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 142 þúsund	<input type="checkbox"/>	Minna en 1,7 milljónir
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
700–780 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

99. Hvert er ráðstöfunarfé allra heimilismanna á mánuði að jafnaði eftir skatt?

Með ráðstöfunarfé er átt við launagreiðslur, bætur, námslán, fæðingarorlof og annað þess háttar. Ekki draga frá afborganir af húsnæði eða aðrar fastar eða breytilegar greiðslur.

Ef þú vilt ekki svara biðjum við þig að skrifa 99 í svarreitinn.

Svar: _____ kr.

+

+

100. 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

101. 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, húsnæði og reikninga)?

Merktu í einn reit.

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

102. Þegar þú hugsar um efnahagslega stöðu þína miðað við annað fólk á Íslandi á svipuðum aldri og þú – telur þú að lífskjör þín séu betri eða verri en hjá flestum þeirra?

Merktu í einn reit.

- Miklu betri en hjá flestum þeirra
- Töluvert betri en hjá flestum þeirra
- Svolítið betri en hjá flestum þeirra
- Um það bil þau sömu og hjá flestum þeirra
- Svolítið verri en hjá flestum þeirra
- Töluvert verri en hjá flestum þeirra
- Miklu verri en hjá flestum þeirra

103. Ef þú hugsar um efnahagslega stöðu þína miðað við vini þína og kunningja á svipuðum aldri og þú – telur þú að lífskjör þín séu betri eða verri en hjá flestum þeirra?

Merktu í einn reit.

- Miklu betri en hjá flestum þeirra
- Töluvert betri en hjá flestum þeirra
- Svólítið betri en hjá flestum þeirra
- Um það bil þau sömu og hjá flestum þeirra
- Svólítið verri en hjá flestum þeirra
- Töluvert verri en hjá flestum þeirra
- Miklu verri en hjá flestum þeirra

104. Telur þú að lífskjör þín muni versna eða batna á næstu misserum?

Merktu í einn reit.

- Versna mikið
- Versna nokkuð
- Um það bil standa í stað
- Batna nokkuð
- Batna mikið

105. Hversu miklu fjármagni, ef einhverju, tapaðir þú í kjölfar bankahrunsins í október 2008?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Tapaði ekki	Undir 500 þús.	500 þús. til 1 millj.	1,1 til 3 millj.	3,1 til 6 millj.	6,1 til 10 millj.	11 til 20 millj.	21 til 30 millj.	Meira en 30 millj.
a) Hlutabréfum	<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) Viðbótar- lífeyris- sparnaði	<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) Innistæðu í peninga- markaðssjóði	<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) Öðru sparifé	<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"/>

Skuldir

106. Hversu há var greiðslubyrði þín á mánuði af eftirtöldum lánum þínum miðað við afborganir síðustu 12 mánaða? Á miðri síðunni er tafla til að umreikna greiðslubyrði á ári yfir í greiðslubyrði á mánuði.

Merktu í einn reit í hverjum lið.

Greiðslubyrði á mánuði kr.:	Lægri en 15 þús. á mán.	15–30 þús. á mán.	31–60 þús. á mán.	61–90 þús. á mán.	91–120 þús. á mán.	121–150 þús. á mán.	Hærri en 150 þús. á mán.	Er ekki með slíkt lán
a) Húsnæðislán	<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) Lán til bifreiðakaupa	<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) Lán til kaupa á hlutabréfum	<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) Námslán	<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) Önnur lán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tafla til að umreikna greiðslubyrði á ári yfir í greiðslubyrði á mánuði fyrir spurninguna hér að ofan.

Greiðslubyrði á ári kr.:	Lægri en 180 þús.	180–360 þús.	361–720 þús.	721–1.080 þús.	1.081–1.440 þús.	1.441–1.800 þús.	Hærri en 1.800 þús.
Greiðslubyrði á mánuði kr.:	Lægri en 15 þús.	15–30 þús.	31–60 þús.	61–90 þús.	91–120 þús.	121–150 þús.	Hærri en 150 þús.

107. Hversu miklar eða litlar áhyggjur hefur þú af skuldum þínum?

Merktu í einn reit.

- Engar áhyggjur
- Litlar áhyggjur
- Nokkrar áhyggjur
- Miklar áhyggjur
- Mjög miklar áhyggjur

Atvinna og menntun

108. Hver er hæsta prófgráða sem þú hefur lokið?

Merktu í einn reit.

- Barna-, unglunga- eða grunnskólapróf
- Gagnfræða- eða landspróf
- Sveinspróf í iðngrein
- Meistarapróf í iðngrein
- 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? _____

109. Svaraðu eftirfarandi spurningum um stöðu þína.

Merktu í einn reit í hverjum lið.

Ert þú...

	Já	Nei
a) launþegi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) atvinnurekandi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) í námi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) heimavinnandi að meginstarfi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) í fæðingarorlofi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) veik/ur eða tímabundið ófær til vinnu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) á eftirlaunum / ellilífeyrisþegi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) 50–74% öryrki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 75% öryrki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) atvinnulaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) atvinnulaus að hluta og í hlutastarfi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110. Hefur þú leitað að vinnu á síðastliðnum 7 dögum?*Merktu í annan reitinn.*

- Já
 Nei

111. Ef þú ert atvinnulaus, hversu lengi hefur þú samfelld verið atvinnulaus?*Merktu í einn reit.*

- Er ekki atvinnulaus
 Minna en mánuð
 1–3 mánuði
 4–6 mánuði
 7–11 mánuði
 Um 1 ár
 Um 2 ár
 Um 3 ár
 Um 4 ár
 Um 5 ár
 Lengur en 5 ár, hversu lengi? _____

112. 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? _____

113. 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

114. 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, hvernig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

115. 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 117
- Ég er ekki í launaðri vinnu → Svaraðu næst spurningu 117

116. Spurt er um vinnuaðstæður. Merktu í þann reit sem á best við um þínar vinnuaðstæður. (Ef þú ert ekki í launaðri vinnu skaltu sleppa þessari spurningu og svara næst spurningu 117)

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 þjargráð (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) Eru vinnufélagarnir fúsir 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) 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"/>
k) 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"/>
l) Færð þú stuðning og hjálp með verkefni hjá næsta yfirmanni þínum ef á þarf að halda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) 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"/>
n) 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"/>
o) Valda samskipti þín við næsta yfirmann þér streitu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

117. 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 líð.

	Innan 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"/>
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"/>
c) Önnur heimilisstörf á viku (t.d. þvott/prif, matseld, 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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
i) Notu 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"/>
j) Samvera með fjölskyldu og vinum	<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"/>
k) Skapandi tómstundir (t.d. hannyrðir, eigin listiðkun o.fl.)	<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"/>

Samfélagið

118. Hversu sammála eða ósammála ert þú eftirfarandi fullyrðingum?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Mjög sammála	Sammála	Hvorki sammála né ósammála	Ósammála	Mjög ósammála
a) Flesta daga finnst mér ég hafa áorkað einhverju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Almennt séð er ég mjög jákvæð/ur í eigin garð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mér finnst ég oft læra eitthvað nýtt í lífinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Almennt séð er flestu fólki treystandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Almennt séð þarf að gæta mikillar varúðar í samskiptum við annað fólk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Flestir myndu notfæra sér mig ef þeir fengju til þess tækifæri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Flestir reyna að koma fram af sanngirni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fólk reynir oftast að vera hjálplegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Yfirleitt hugsar fólk aðallega um sjálft sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

119. Í stjórnámálum er oft talað um „vinstri“ og „hægri“. Hvar myndir þú staðsetja sjálfa/n þig á eftirfarandi kvarða þar sem 0 þýðir lengst til vinstri og 10 þýðir lengst til hægri?

Merktu í einn reit.

Vinstri											Hægri
0	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"/>	<input type="checkbox"/>	

120. Hvaða flokk eða lista, ef einhvern, kaust þú í síðustu Alþingiskosningum sem haldnar voru í maí 2009?

Merktu í einn reit.

- Ég kaus ekki
- Ég skilaði auðu
- Borgarahreyfinguna
- Framsóknarflokkinn
- Frjálslynda flokkinn
- Lýðræðishreyfinguna
- Samfylkinguna
- Sjálfstæðisflokkinn
- Vinstrihreyfinguna – grænt framboð

121. Hversu sammála eða ósammála ert þú eftirfarandi fullyrðingum?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Mjög sammála	Sammála	Hvorki sammála né ósammála	Ósammála	Mjög ósammála
a) Launamunur á Íslandi er of mikill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Það er í verkahring ríkisins að minnka launamun á milli þeirra sem hafa háar tekjur og þeirra sem hafa lágar tekjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ríkið á að sjá atvinnulausum fyrir mannsæmandi líf skjörum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ríkið á að verja minna fé til fátækra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fólki með miklar tekjur á að borga hærra hlutfall af tekjum sínum í skatt en þeir sem hafa lægri tekjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ég er stolt/ur af því að vera Íslendingur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

122. Hve sammála eða ósammála ertu eftirfarandi staðhæfingum?*Merktu í einn reit í hverjum lið.*

	Mjög sammála	Sammála	Ósammála	Mjög ósammála
a) Það er í raun útilokað fyrir mig að ráða fram úr sumum af vandamálum mínum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Stundum finnst mér að aðrir séu að ráðskast með líf mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég hef litla stjórn á því sem kemur fyrir mig í lífinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ég get gert næstum allt sem ég einbeiti mér að	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mér finnst ég oft standa hjálparvana frammi fyrir vandamálum í lífinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Framtíð mín ræðst aðallega af mér sjálfri / sjálfum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Það er lítið sem ég get gert til að breyta ýmsu mikilvægu í lífi mínu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Flestar reglur má brjóta ef manni finnst þær ekki eiga við	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ég fylgi þeim reglum sem mér sjálfum /sjálfri sýnist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Í rauninni eru mjög fáar algildar reglur í lífinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Það er erfitt að treysta nokkrum hlut því allt er svo breytilegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ég sé ekki tilgang með lífi mínu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Í rauninni veit enginn til hvers er ætlast af honum /henni í lífinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Maður getur aldrei verið viss um neitt í lífinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

123. Merktu við hversu sannar eftirfarandi staðhæfingar eru fyrir þig.*Merktu í einn reit í hverjum lið.*

	Alls ekki sönn	Ekki mjög sönn	Frekar sönn	Alveg sönn
a) Líf mitt hefur augljósan tilgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ég geri mér vel grein fyrir því sem gerir líf mitt þýðingarmikið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég hef fundið gefandi hlutverk í lífinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kærar þakkir fyrir þátttökuna

Útsendingar- og happdrættisnúmer:



Baksíðan ásamt útsendingarnúmeri verður klippt af þegar spurninga-
listinn hefur borist til okkar.

Nöfn fimm heppinna þátttakenda verða dregin út. Aðalvinningur er
ferðaáávísun að verðmæti 100.000 krónur. Einnig verða dregnir út
fjórir 25.000 króna aukavinningar.