

# Rannsókn á heilsu og líðan Íslendinga árið 2017



Embætti  
**landlæknis**  
Directorate of Health

## Leiðbeiningar

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

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

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

### Í hvaða mánuði ert þú fædd/ur?

*Merktu í einn reit.*

*Dæmi um rétt svar fyrir þá sem fæddir eru í febrúar.*

- Janúar
- Febrúar
- Mars

### Í hvaða mánuði ert þú fædd/ur?

*Merktu í einn reit.*

*Dæmi um leiðrétt svar fyrir þá sem fæddir eru í febrúar en merktu fyrst í annan reit.*

- Janúar
- Febrúar
- Mars

+

+

+

## Almennt heilsufar

### 1. Hvernig metur þú almennt líkamlega heilsu þína?

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

*Merktu í einn reit.*

- Mjög góð  
 Góð  
 Sæmileg  
 Léleg

### 2. Hvernig metur þú almennt andlega heilsu þína?

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

*Merktu í einn reit.*

- Mjög góð  
 Góð  
 Sæmileg  
 Léleg

## Eigin sjúkdómar, einkenni, verkir og lyf

### 3. 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) Vöðvabólga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Verkir í baki/herðum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verkir í handleggjum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verkir í fótleggjum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Tíðir höfuðverkir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tannpína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Verkir í kvið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ***Einungis konur svari:***

h) Tíðaverkir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

+

+

+

+

#### 4. 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

+

+

## 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?	
m) Ofnæmi, t.d. nefbólgu, augbólgu, húðbólgu, fæðuofnæmi	<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
q) Alvarlegan höfuðverk, t.d. mígreni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
r) Skjaldkirtilssjúkdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
s) Kynsjúkdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
t) Augnsjúkdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
u) Ristilkrampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
v) Kvef eða umgangspest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
x) Góðkynja æxli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
y) 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

+

+

## 5. Hefur þú einhvern tíma haft einhvern af eftirtöldum sjúkdómum eða einkennum?

Ef svo er hefur læknir eða sálfræðingur 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/ sálfræðingur greint það?	
a) 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
b) Síþreytu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
c) Áfengis- eða vímuefnavanda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
d) Átröskun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
e) Langvinnan kvíða/spennu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
f) Áfallastreitu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
g) Langvarandi þunglyndi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
h) Önnur vandamál tengd geðheilsu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei

## 6. Hvenær var blóðþrýstingur þinn síðast mældur hjá heilbrigðisstarfsmanni?

*Merktu í einn reit.*

- Á síðastliðnum 12 mánuðum
- Fyrir 1-2 árum
- Fyrir 3-5 árum
- Fyrir meira en 5 árum
- Aldrei verið mældur hjá heilbrigðisstarfsmanni

+

+

+

+

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

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Já, á síðustu tveimur vikum	Já, fyrir meira en tveimur vikum	Nei, aldrei
a) Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Langvinnri berkjubólgu, langvinnnum lungnateppusjúkdómi eða lungnaþembu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Háum blóðþrýstingi (háþrýstingi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Of hárrí blóðfitu (kólesteróli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Öðrum sjúkdómum í blóðrásarfærum, t.d. eftir heilaáfall eða hjartaáfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Verkjum í liðum (t.d. 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 tegund 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Sykursýki tegund 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sýkingum (sýklalyf, t.d. pensilín)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Magasári (sári í maga eða skeifugörn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Öðrum magavandamálum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Skorpulífur eða annarri skertri starfsemi lifrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Krabbameini (krabbameinslyfjameðferð)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Alvarlegum höfuðverk (t.d. mígreni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Þvagleka eða vandamáli við að stjórna þvagblöðru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Skjaldkirtilssjúkdómi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Langvinnnum kvíða/spennu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Langvarandi þunglyndi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Öðrum vandamálum tengdum geðheilsu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

+

## 8. 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, t.d. lyf við nefbólgu, augnbólgu, húðbólgu, fæðuofnæmi eða öðru (astmi af völdum ofnæmis ekki talinn með)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einungis konur svari:</b>			
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"/>

## 9. Hefur þú farið á heilsugæslustöð eða til heimilislæknis á síðustu 12 mánuðum?

Merktu í einn reit.

- Já  
 Nei → Svaraðu næst 11. spurningu

## 10. Hefur heimilislæknir/heilsugæslulæknir eða annar heilbrigðisstarfsmaður á heilsugæslustöð ráðlagt þér eftirfarandi á síðustu 12 mánuðum?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Já	Nei	Man ekki / veit ekki
a) Að hætta að reykja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Að léttast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Að þyngjast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Að hreyfa þig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Að draga úr áfengisneyslu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Að breyta matarvenjum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Að draga úr streitu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+



## Fötlun

### 11. Tilgreindu hvort þú hafir eftirfarandi skerðingar eða fötlun.

*Merktu við allt sem á við.*

- Hreyfihömlun – erfiðleika við athafnir af líkamlegum toga, til dæmis að ganga á jafnsléttu eða stiga, sitja eða standa, teygja þig, lyfta eða halda á einhverju
- Þroskahömlun
- Einhverfu
- Heyrnarleysi eða mikla heyrnarskerðingu
- Blindu eða mikla sjónskerðingu
- Geðröskun eða andlega erfiðleika
- Skerðingu á hugarstarfi – til dæmis erfiðleika við að læra, muna eða einbeita þér
- Ekkert af ofangreindu → Svvaraðu næst 13. spurningu

### 12. Hver eftirtalinna skerðinga eða fötlunar hindrar þig mest í daglegu lífi?

*Merktu í einn reit.*

- Hreyfihömlun
- Þroskahömlun
- Einhverfa
- Heyrnarleysi eða heyrnarskerðing
- Blinda eða sjónskerðing
- Geðröskun eða andlegir erfiðleikar
- Skerðing á hugarstarfi
- Get ekki gert upp á milli
- Ekkert af ofangreindu

+

+

## Algengar athafnir

### 13. 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) Lyfta eða bera innkaupapoka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ganga upp nokkrar hæðir í húsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ganga upp eina hæð í húsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Beygja þig, krjúpa, halla þér fram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Klæða þig eða fara í bað	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bakgrunnur

### 14. Hvernig skilgreinir þú kyn þitt?

Merktu í einn reit.

- Karl  
 Kona  
 Annað

### 15. Hvert er fæðingarland þitt?

Merktu í einn reit.

- Ísland  
 Annað. Hvað? \_\_\_\_\_

### 16. Hvert er fæðingarland móður þinnar?

Merktu í einn reit.

- Ísland  
 Annað. Hvað? \_\_\_\_\_

### 17. Hvert er fæðingarland föður þíns?

Merktu í einn reit.

- Ísland  
 Annað. Hvað? \_\_\_\_\_

+

+

+

+

## 18. Hvaða ár ert þú fædd/ur?

Árið 19 \_\_\_\_\_

## 19. Ert þú gift/giftur?

*Merktu í einn reit.*

- Nei, ég hef aldrei verið gift/ur
- Já, ég er gift/ur núna
- Ég er skilin/n að lögum
- Ég er skilin/n að borði og sæng
- Ég er ekkja/ekkill

## 20. Býrð þú með maka, unnusta/-u eða kærasta/kærustu?

*Merktu í einn reit.*

- Já, ég er í sambúð sem skráð er í þjóðskrá
- Já, ég er í sambúð sem er ekki skráð í þjóðskrá
- Ég og maki erum í fjarbúð
- Ég er í föstu sambandi en við búum ekki saman
- Nei, ég á ekki maka, unnusta/-u eða kærasta/kærustu

## *Spurning fyrir konur*

### 21. Ert þú barnshafandi?

*Merktu í einn reit*

- Já
- Nei

### 22. Hver er kynhneigð þín?

*Merktu í einn reit.*

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

+

+

+

+

## Búseta

23. Hvert er póstnúmerið þar sem þú býrð? \_\_\_\_\_

24. 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 byggðakjarna með færri en 200 íbúum

25. Hversu lengi hefur þú búið á þessu svæði (byggðarlagi, þorpi, hverfi)?

*Skráðu á strikin fjölda ára og mánaða eftir því sem við á.*

Ég hef búið þar í \_\_\_\_\_ ár og \_\_\_\_\_ mánuði.

26. Hversu sammála eða ósammála ertu eftirfarandi fullyrðingum um svæðið (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"/>

+

+

+

+

+

## 27. 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? \_\_\_\_\_

## Reykingar og tóbak

### 28. Reykir þú sígarettur, vindla eða píputóbak? Hér er ekki átt við rafsígarettur.

Merktu í einn reit.

- Já, ég reyki daglega
- Já, ég reyki að minnsta kosti vikulega
- Já, ég reyki sjaldnar en vikulega
- Nei, en ég hef reykt og er hætt/ur því → Svaraðu næst 30. spurningu
- Nei, ég hef aldrei reykt → Svaraðu næst 31. spurningu

### 29. Hvað reykir þú venjulega mikið?

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

- 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

+

+

+

+

### 30. Hver af eftirfarandi staðhæfingum á best við um þig?

*Merktu í einn reit.*

- Ég ætla ekki að hætta að reykja á næstu 6 mánuðum
- Ég ætla að hætta að reykja innan 6 mánaða
- Ég ætla að hætta að reykja innan mánaðar
- Ég hætti að reykja fyrir minna en 6 mánuðum
- Ég hætti að reykja fyrir meira en 6 mánuðum

### 31. Notar þú tóbak í vörina?

*Merktu í einn reit.*

- Já, ég nota tóbak í vörina daglega
- Já, ég nota tóbak í vörina sjaldnar en daglega
- Nei, en ég hef notað tóbak í vörina og er hætt/ur því
- Nei, ég hef aldrei notað tóbak í vörina → Svaraðu næst 33. spurningu

### 32. Hver af eftirfarandi staðhæfingum á best við um þig?

*Merktu í einn reit.*

- Ég ætla ekki að hætta að nota tóbak í vörina á næstu 6 mánuðum
- Ég ætla að hætta að nota tóbak í vörina innan 6 mánaða
- Ég ætla að hætta að nota tóbak í vörina innan mánaðar
- Ég hætti að nota tóbak í vörina fyrir minna en 6 mánuðum
- Ég hætti að nota tóbak í vörina fyrir meira en 6 mánuðum

### 33. Notar þú rafsígarettu?

*Merktu í einn reit.*

- Já, ég nota rafsígarettu daglega
- Já, ég nota rafsígarettu sjaldnar en daglega
- Nei, en ég hef notað rafsígarettu og er hætt/ur því
- Nei, ég hef aldrei notað rafsígarettu

+

+

## Áfengi og áfengisnotkun

### 34. Hefur þú einhvern tíma drukkið áfengi?

Merktu í einn reit.

- Já
- Nei → Svaraðu næst 40. spurningu

### 35. Hversu oft á síðustu 12 mánuðum hefur þú drukkið áfengan drykk?

Merktu í einn reit.

- Daglega eða næstum daglega
- 4-5 sinnum í viku
- 2-3 sinnum í viku
- 2-4 sinnum í mánuði
- Einu sinni í mánuði eða sjaldnar
- Aldrei á síðustu 12 mánuðum → Svaraðu næst 38. spurningu

### 36. Hversu marga drykki drekkur þú að jafnaði þegar þú neytir áfengis? (Einn drykkur samsvarar litlum bjór, léttvínsglasi eða einum einföldum af sterku áfengi. Tveir stórir bjórar eru álíka mikið og þrír litlir.)

Merktu í einn reit.

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 eða fleiri
- Veit ekki

### Spurning fyrir karlmenn

#### 37a. Hversu oft hefur þú drukkið sex eða fleiri áfenga drykki á síðustu 12 mánuðum?

(Einn drykkur samsvarar litlum bjór, léttvínsglasi eða einum einföldum af sterku áfengi. Tveir stórir bjórar eru álíka mikið og þrír litlir.)

Merktu í einn reit.

- Daglega eða næstum daglega
- Í hverri viku
- Í hverjum mánuði
- Sjaldnar en einu sinni í mánuði
- Aldrei á síðustu 12 mánuðum

**Spurning fyrir konur**

**37b. Hversu oft hefur þú drukkið fjóra eða fleiri áfenga drykki á síðustu 12 mánuðum?** (Einn drykkur samsvarar litlum bjór, léttvínsglasi eða einum einföldum af sterku áfengi. Tveir stórir bjórar eru álíka mikið og þrír litlir.)

*Merktu í einn reit.*

- Daglega eða næstum daglega
- Í hverri viku
- Í hverjum mánuði
- Sjaldnar en einu sinni í mánuði
- Aldrei á síðustu 12 mánuðum

**38. 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 fundið til eftirsjár eða sektarkenndar eftir drykkju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 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"/>
c) 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"/>

**39. Hver af eftirfarandi staðhæfingum á best við um þig?**

*Merktu í einn reit.*

- Ég ætla ekki að draga úr eða hætta að nota áfengi á næstu 6 mánuðum
- Ég ætla að draga úr eða hætta að nota áfengi innan 6 mánaða
- Ég ætla að draga úr eða hætta að nota áfengi innan mánaðar
- Ég dró úr eða hætti að nota áfengi fyrir minna en 6 mánuðum
- Ég dró úr eða hætti að nota áfengi fyrir meira en 6 mánuðum



+

+

+

## Önnur vímuefni

### 40. Hversu oft, ef nokkru sinni, hefur þú neytt kannabis (marijúana, hass eða hassolíu)?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	1–2 sinnum	3–5 sinnum	6–9 sinnum	10–19 sinnum	20–39 sinnum	40 sinnum eða oftar
a) Um ævina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Á síðustu 12 mánuðum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Á síðustu 30 dögum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 41. Hversu oft, ef nokkru sinni, hefur þú neytt amfetamíns (spíttis)?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Aldrei	1–2 sinnum	3–5 sinnum	6–9 sinnum	10–19 sinnum	20–39 sinnum	40 sinnum eða oftar
a) Um ævina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Á síðustu 12 mánuðum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Á síðustu 30 dögum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

## Tannvernd

**42. 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 tönn	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 tönn	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"/>

**43. Hversu oft ferð þú í eftirlit til tannlæknis?**

*Merktu í einn reit.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Að minnsta kosti tvisvar á ári | <input type="checkbox"/> Fjórða 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                        |

**44. 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                             |

**45. Notar þú 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

### 46. Hversu oft borðar/drekkur þú eftirfarandi?

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	3 sinnum á dag eða oftar
a) Rúgbrauð, heilkorna- brauð eða annað gróft, trefjaríkt brauð	<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) Mjólk eða mjólkur- vörur (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"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ávexti eða ber	<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) 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"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fisk, fiskrétti	<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) Kjöt, kjötrétti	<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) Sykrað gos	<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) Sykurlaust gos	<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) Sælgæti, súkkulaði	<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) Kex, kökur	<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) 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"/>	<input type="checkbox"/>
l) Skyndibita (á skyndi- bitastað 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"/>	<input type="checkbox"/>

### 47. Hversu oft tekur þú eitthvað af eftirfarandi?

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, lýsisperlur eða D-vítamíntöflur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Önnur fæðubótar- efni sem innihalda vítamín +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

**48. Hversu oft borðar þú morgunmat?***Merktu í einn reit.*

- Aldrei
- Sjaldnar en einu sinni í viku
- Um það bil einu sinni í viku
- Nokkrum sinnum í viku
- Daglega/næstum daglega

## Hæð og þyngd

**49. Hver er hæð þín í sentímetrum?**

Hæð í sentímetrum: \_\_\_\_\_ cm

**50. Hver er þyngd þín í kílógrömmum? (Konur sem eru barnshafandi vinsamlegast svari til um þyngd sína mánuðinn áður en þær urðu þungaðar).**

Þyngd í kílógrömmum: \_\_\_\_\_ kg

**51. 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

**52. 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 sl. 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

+

+

+

+

## Ofbeldi og slys

### 53. Hefur þú orðið fyrir ofbeldi?

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

	Nei, aldrei	Já, á síðastliðnum 12 mánuðum	Já, en fyrir meira en 12 mánuðum síðan
a) Líkamlegu ofbeldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kynferðislegu ofbeldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Andlegu ofbeldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 54. Ef þú hefur orðið fyrir ofbeldi, hver beitti því?

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

	Maki/ kærasti/-a	Fyrrum maki/ kærasti/-a	Vinur/félagi	Ókunnugur	Ættingi	Annar	Hef ekki orðið fyrir ofbeldi
a) Líkamlegu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kynferðislegu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Andlegu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 55. Hefur þú orðið fyrir eftirfarandi slysum?

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

	Nei, aldrei	Já, á síðastliðnum 12 mánuðum	Já, en fyrir meira en 12 mánuðum síðan
a) Umferðarslysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vinnuslysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Frítímaslysi (utan heimilis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Slysi á eða við heimili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Öðru slysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

## Hreyfing og kyrrseta

**56. Á síðastliðnum 7 dögum, hversu marga daga hefur þú stundað rösklega hreyfingu samanlagt í 30 mínútur eða meira á dag? 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 rösk ganga, skokk, hlaup, sund, hjólríðar, golf og hvers kyns íþróttir og önnur líkamsþjálfun stunduð með árangur í huga.**

*Merktu í einn reit.*

- Engan dag
- Einn dag
- Tvo daga
- Þrjú daga
- Fjóra daga
- Fimm daga
- Sex daga
- Alla dagana

**57. 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.*

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

**58. Hversu langt frá heimili þínu er vinnustaður þinn (eða skóli)? (km = kílómetri)***Merktu í einn reit.*

- Minna en ½ km (innan við 10 mínútna göngufjarlægð)
- Um ½ - 1 km (10-20 mínútna göngufjarlægð)
- Um 2-5 km
- Um 6-10 km
- Um 11-20 km
- Meira en 20 km

**59. 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

**60. Hér er spurt um göngu, skokk eða hlaup. Hver af eftirfarandi staðhæfingum á best við um þig?***Merktu í einn reit.*

- Ég get ekkert eða næstum ekkert gengið vegna sjúkdóms eða fötlunar
- Ég get gengið í minna en 30 mínútur án hvíldar
- Ég get gengið rólega í 30 mínútur eða meira án hvíldar
- Ég get gengið hratt í 30 mínútur eða meira án hvíldar
- Ég get skokkað rólega í 30 mínútur eða meira án hvíldar
- Ég get hlaupið hratt í 30 mínútur eða meira án hvíldar

+

+

## 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 lítið 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. Þegar á heildina er lítið, 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"/>	

**63. Hversu mikið eða lítið traust berð þú til eftirfarandi?**

*Merktu í einn reit í hverjum lið.*

	Mjög mikið	Frekar mikið	Í meðallagi	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) Fjölmíðla	<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"/>
f) Heilbrigðiskerfisins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Embættis landlæknis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+



+

+

**64. Lestu hverja fullyrðingu hér að neðan og svaraðu hversu vel hún átti 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 hleypa í mig krafti til að gera hluti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ég átti í erfiðleikum með að anda (t.d. alltof hröð öndun, mæði án líkamlegrar áreynslu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ég hafði tilhneigingu til að bregðast of harkalega við aðstæðum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ég fann fyrir skjálfta (t.d. í höndum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Mér fannst ég eyða mikilli andlegri orku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ég hafði áhyggjur af aðstæðum þar sem ég fengi hræðslukast (paník) og gerði mig að fífli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Mér fannst ég ekki geta hlakkað til neins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ég var ergileg/ur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Mér fannst erfitt að slappa af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ég var döpur/dapur og niðurdregin/n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

**65. Lestu hverja fullyrðingu hér að neðan og svaraðu hversu vel hún átti 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 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"/>
b) Mér fannst ég nánast gripin/n skelfingu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég gat ekki fengið brennandi áhuga á neinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mér fannst ég ekki vera mikils virði sem manneskja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mér fannst ég frekar hörundsár	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ég varð vör/var 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"/>
g) Ég fann fyrir ótta án nokkurrar skynsamlegrar ástæðu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Mér fannst lífið vera tilgangslaust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**66. Hversu sammála eða ósammála ert þú eftirfarandi fullyrðingu?**

**Ég er sátt/ur við líkama minn.**

*Merktu í einn reit.*

- Mjög sammála
- Frekar sammála
- Hvorki sammála né ósammála
- Frekar ósammála
- Mjög ósammála

**67. Hversu oft á þetta við um þig?**

*Merktu í einn reit í hverjum lið.*

	Mjög oft	Oft	Stundum	Sjaldan	Aldrei
a) Ég finn fyrir einmanaleika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ég finn fyrir mikilli streitu í daglegu lífi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

**68. 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"/>

**Félagsleg þátttaka****69. Hversu ánægð/ur eða óánægð/ur ert þú með samband þitt við eftirtalda?***Merktu í einn reit í hverjum lið.*

	Á ekki við	Mjög ánægð/ur	Frekar ánægð/ur	Hvorki né	Frekar óánægð/ur	Mjög óánægð/ur
a) Maka/unnusta/unnustu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Barn þitt/börn þín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aðra fjölskyldumeðlimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Vinnu-/skólafélaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**70. 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

### 71. 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

### 72. 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"/>

## Fjölskylda þín og heimili

### 73. Hversu mörg börn átt þú?

Merktu í einn reit.

- Ég á ekki börn → Svaraðu næst 75. spurningu
- 1 barn
- 2 börn
- 3 börn
- 4 börn
- 5 börn
- 6 börn
- 7 börn
- 8 börn
- 9 eða fleiri börn. Hversu mörg? \_\_\_\_\_ börn

+

+

+

+

#### 74. Hvert er fæðingarár yngsta barnsins þíns?

Fæðingarár yngsta barns: \_\_\_\_\_

#### 75. Hversu margir búa á heimili þínu að þér meðtalinni/meðtöldum?

Merktu í einn reit í hverjum lið. Ekki gleyma sjálfri/sjálfum 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"/>

### 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.

**76. Á hvaða bili áætlar þú að heildartekjur þínar hafi að jafnaði verið á síðustu 12 mánuðum?** Átt er við allar tekjur fyrir skatta, til dæmis 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 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
Meira en 960 þúsund	<input type="checkbox"/>	Meira en 11,4 milljónir

+

+

+

+

**77. Á hvaða bili áætlar þú að heildartekjur allra heimilismanna (t.d. maka, barna og foreldra) á heimili þínu (að þér meðtalinni/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
1,6–2,1 milljón	<input type="checkbox"/>	18,1–25,2 milljónir
Meira en 2,1 milljón	<input type="checkbox"/>	Meira en 25,2 milljónir

**78. 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

+

+

+

+

+

**79. Hversu auðvelt eða erfitt hefur það verið fyrir þig og fjölskyldu þína (ef við á) að ná endum saman fjárhagslega undanfarna 12 mánuði (t.d. að borga fyrir mat, húsnæði og reikninga)?**

*Merktu í einn reit.*

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

**80. 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

**81. Hver er hæsta prófgráða sem þú hefur lokið?**

*Merktu í einn reit.*

- Barna-, unglínga- 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 BEd-próf)
- Meistarapróf úr háskóla (t.d. MA-, MS-, Kandídatspróf eða MEd-próf)
- Doktorspróf
- Önnur menntun. Hver? \_\_\_\_\_

+

+

+

+

**82. 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) atvinnulaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) atvinnulaus að hluta og í hlutastarfi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) 50–74% öryrki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) 75% öryrki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**83. Ef þú ert öryrki, hverjar eru ástæður örorkunnar?***Merktu við allt sem við á.*

- Geðröskun
- Stoðkerfissjúkdómur
- Sjúkdómur í taugakerfi og skynfærum
- Sjúkdómur í blóðrásarkerfi
- Áverkar
- Annað. Hvað? \_\_\_\_\_

**84. Hefur þú leitað að vinnu á síðastliðnum 7 dögum?***Merktu í einn reit.*

- Já
- Nei

+

+



+

+

**85. Ef þú ert atvinnulaus, hversu lengi hefur þú samfellt 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? \_\_\_\_\_

**86. 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? \_\_\_\_\_

+

+

+

+

**87. 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

**88. Hvernig hefur þú ferðast til vinnu (eða skóla) undanfarna 7 daga?**

*Merktu í einn reit í hverjum lið.*

	Aldrei	1 sinni	2 sinnum	3 sinnum	4 sinnum	5 sinnum	6 sinnum	7 sinnum
a) Akandi eða farþegi í bíl	<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) Með strætisvagni eða öðru almenningsfarartæki	<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) Gangandi	<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) Hjólandi	<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) Á annan hátt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

+

**89. 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 (ekki með háskólapróf)
- Skrifstofukona/ -maður
- Þjónustu-, sölu- eða afgreiðslukona/ -maður
- Bóndi
- Sjómaður
- Iðnaðarmaður
- Sérhæfður iðnverkamaður
- Bílstjóri, véla- eða vélgæslukona/ -maður
- Ósérhæfður starfsmaður
- Ég er í námi eingöngu → Svaraðu næst 91. spurningu
- Ég er ekki í launaðri vinnu → Svaraðu næst 91. spurningu

+

+

+

+

**90. 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 91. spurningu.)

*Merktu í einn reit í hverjum lið.*

	Mjög sjaldan eða aldrei	Fremur sjaldan	Stundum	Fremur oft	Mjög oft eða alltaf
a) Er vinnuálagið svo ójafnt að verkefni hlaðist upp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Verður þú að vinna aukavinnu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verður þú að vinna á miklum hraða?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hefur þú of mikið að gera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Verður þú að gera eitthvað sem þér finnst að ætti að gera öðruvísi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Færð þú verkefni að leysa án þess að hafa nauðsynleg bjargráð (svo sem aðstoð eða aðbúnað) til þess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Gera tveir eða fleiri ósamræmanlegar kröfur til þín?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Færð þú stuðning og hjálp með verkefni hjá vinnufélögum þínum ef á þarf að halda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 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"/>

+

+

+

**91. Hve mörgum klukkustundum verð þú að jafnaði á viku í eftirfarandi verkefni?  
Merktu í einn reit í hverjum lið.**

	Innan við 1	Um 1-3	Um 4-6	Um 7-10	Um 11-14	Um 15-19	Um 20-24	Um 25-29	Um 30-39	Um 40-49	Um 50-59	60 klst. eða meira
	0 klst.	klst.	klst.	klst.	klst.	klst.	klst.	klst.	klst.	klst.	klst.	klst.
a) Heimilisstörf (t.d. þvott/þrif, matseid, 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"/>
b) Launaða vinnu	<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) Nám (skólasókn og heimanám)	<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) Sjónvarpsáhorf, tölvunotkun, símanotkun eða aðra skjánótkun, utan vinnu eða náms	<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) Samveru 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"/>

+

+

+

+

+

## Samfélagið

### 92. 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) Almennt séð er flestu fólki treystandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 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"/>
c) 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"/>
d) Flestir reyna að koma fram af sanngirni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 93. Í stjórnmálum 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"/>

### 94. Kaust þú í síðustu alþingiskosningum sem haldnar voru í október 2016?

Merktu í einn reit.

- Já, ég kaus
- Ég skilaði auðu
- Nei, ég kaus ekki

+

+

+

+

+

### 95. 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) 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) Fólk með háar 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"/>

+

+

+

+

Hér fyrir neðan eru tvær spurningar sem við biðjum þig vinsamlegast að svara.

Það eykur mjög gildi þessarar rannsóknar að tengja svör þín við gögn í framhaldsrannsókn að nokkrum árum liðnum og mögulega við gögn í öðrum skrá. Með því móti er unnt að meta breytingu á heilsu og líðan fólks yfir tíma. Við metum það mikils ef þú samþykkir hér fyrir neðan en virðum það að sjálfsögðu ef þú gerir það ekki. Ef þú samþykkir núna getur þú hvenær sem er afturkallað samþykkið og hætt í rannsókninni.

**Mega rannsakendur hafa samband við þig aftur að nokkrum árum liðnum og tengja svör þín í þessari rannsókn við gögn í fyrirhugaðri framhaldsrannsókn, og ef við á fyrri fyrirlögnum Heilsa og líðan Íslendinga?**

- Já, ég heimila** að haft verði samband við mig aftur og svör mín tengd við gögn í fyrirhugaðri framhaldsrannsókn.
- Nei, ég heimila ekki** að haft verði samband við mig aftur og svör mín tengd við gögn í fyrirhugaðri framhaldsrannsókn.

**Mega rannsakendur tengja svör þín í þessari rannsókn, og ef við á, fyrri fyrirlögnum Heilsa og líðan Íslendinga, við gögn í öðrum skrá, svo sem heilbrigðisskrám og þjóðskrá?**

- Já, ég heimila** að tengja saman svör mín við gögn í öðrum skrá.
- Nei, ég heimila ekki** að tengja saman svör mín við gögn í öðrum skrá.

**Hvernig verður persónuverndar og nafnleyndar gætt í rannsókninni?**

Nafn þitt og kennitala verða ekki aðgengileg við úrvinnslu gagnanna. Þegar þú hefur svarað spurningalista og sent hann til Embættis landlæknis verður útsendingarnúmer fjarlæggt. Útsendingarnúmerið er notað til að draga út vinninga fyrir fimm heppna þátttakendur og til að fylgjast með hver er búin/n að svara og koma þannig í veg fyrir óþarfa ítrekanir. Útsendingarnúmerið verður einnig notað til að tengja saman svör þín núna við svör þín í framhaldsrannsókn og við fyrirliggjandi gögn í öðrum skrá. Þannig tengingar verða þó aðeins gerðar ef þú hefur gefið leyfi til þess hér að ofan og Vísindasiðanefnd veiti leyfi til þess eftir umsókn þess efnis í framtíðinni.

Til að tryggja að kennitala og nafn þátttakanda séu ekki aðgengileg í úrvinnslu verður afkóðunarlykill geymdur hjá óháðum aðila utan Embættis landlæknis þar til framhaldsrannsókninni er lokið. Þá verður lyklinum eytt. Gögn rannsóknarinnar verða varðveitt leyndarmerkt og án persónuauðkenna á aðgangsstýrðu netkerfi Embættis landlæknis í fimm ár. Unnið er að því hjá embættinu að setja á stofn safn heilbrigðisupplýsinga með leyfi ráðherra. Verði slíkt safn að veruleika verða gögnin geymd í því safni til frambúðar. Ef ekki verður öllum gögnum eytt eftir fimm ár.

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

Nánar um heilbrigðisskrár Embættis landlæknis: [www.landlaeknir.is/heilbrigdisskrar](http://www.landlaeknir.is/heilbrigdisskrar)

+

+



+

+

***Kærar þakkir fyrir þáttökuna***

+

+





## 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 100.000 krónur. Einnig verða dregnir út fjórir 25.000 króna  
aukavinningar.