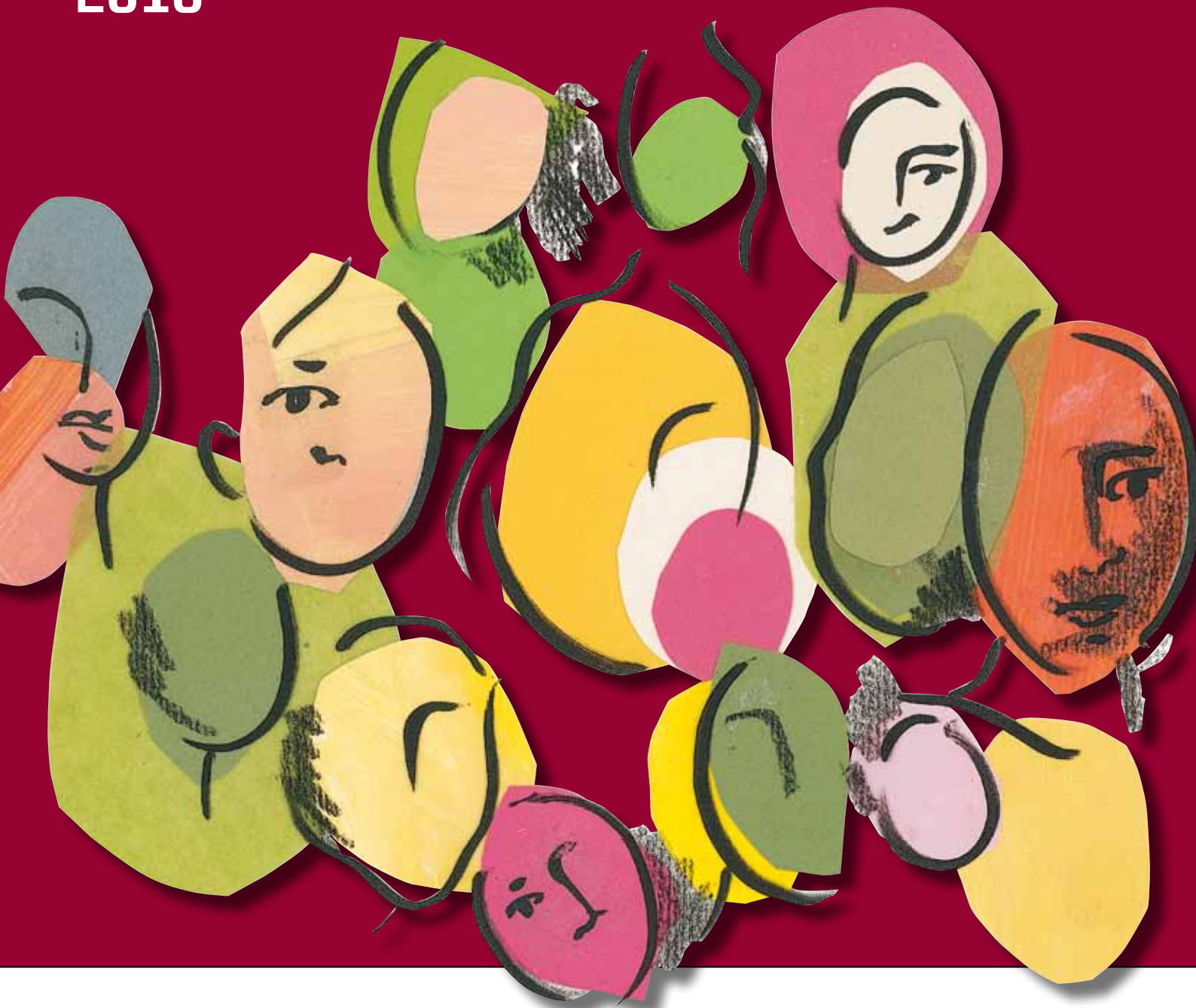


Hvordan har du det?

En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom
blandt unge i Region Midtjylland

2010



Om undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at kortlægge sundhed og sygdom hos borgerne i Region Midtjylland. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden.

Det er en del af en landsdækkende undersøgelse, der laves samtidigt i alle landets kommuner. Nogle af oplysningerne sendes til Statens Institut for Folkesundhed, som så beskriver sundhedstilstanden i Danmark.

Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen. Har man udfyldt spørgeskemaet, kan man til enhver tid anmode om at udgå af undersøgelsen og få sine data slettet.

For at mindske antallet af spørgsmål henter vi supplerende oplysninger om lægebesøg, indlæggelse på sygehus, receptmedicin og andre oplysninger om helbredsforhold fra offentlige databaser.

Dine svar behandles fortroligt. Alle som arbejder med undersøgelsen har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til

statistik. Resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes.

Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Region Midtjylland er dataansvarlig. Undersøgelsen laves ved Center for Folkesundhed, Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N.

Nummeret øverst på side 28 er med for at vi kan holde rede på, hvem der har svaret. For at få pålidelige resultater er det vigtigt, at så mange som muligt udfylder skemaet. Vi udsender derfor en påmindelse til alle, vi ikke har modtaget svar fra efter to uger.

Vi trækker lod om præmier blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse. Der er to biografbilletter til de første 1.000, der svarer. Se hvad du kan vinde på præmieoversigten.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe på telefon 2033 2820 (man-fre 10-20, lør-søn 10-15) eller sende en e-mail til: hvordanhardudet@rm.dk

Venlig hilsen
Finn Breinholt Larsen, Projektansvarlig

Sådan udfylder du spørgeskemaet

Brug venligst en **sort** eller **blå kuglepen** eller **tynd filtpen**. Svarene bliver scannet ind på en maskine, så alle tal og kryds skal være nemme at tolke, som vist i nedenstående eksempler.

Sæt tydelige X

Hvis et felt er **udfyldt forkert**, skraveres den pågældende kasse, og krydset sættes i den rigtige

Tallene skrives i felterne

Tallene rettes ved helt at overstrege det forkerte tal og skrive det rigtige ovenover

RIGTIGT!

Ja Nej

Ja Nej

0,2 år
4

1, ~~2~~ år

FORKERT!

Ja Nej

Ja Nej

2 år

1, ~~2~~ år

Ja tak, jeg vil gerne orienteres om undersøgelsens resultater på e-mail. Skriv din mailadresse her. Vi videregiver ikke din mailadresse til andre. Skriv venligst med blokbogstaver.

e-mail: _____

Køn, alder og modersmål

1. Er du:

Mand	<input type="checkbox"/>
Kvinde	<input type="checkbox"/>

2. Hvornår er du født?

Dato	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Hvad er dit modersmål? Det sprog du som barn har lært at tale i dit hjem.

Dansk	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, *skriv hvad:* _____

Helbred og trivsel

4. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

Fremragende	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>



De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen.

5. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
Krævende aktiviteter som f.eks. at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettere aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå flere etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i bad eller tage tøj på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hvor stærke fysiske smerter har du haft i de seneste 4 uger?

(Kun ét X)

Ingen smerter	<input type="checkbox"/>
Meget lette smerter	<input type="checkbox"/>
Lette smerter	<input type="checkbox"/>
Middelstærke smerter	<input type="checkbox"/>
Stærke smerter	<input type="checkbox"/>
Meget stærke smerter	<input type="checkbox"/>

9. Inden for de seneste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde? Både arbejde uden for hjemmet og husarbejde.

(Kun ét X)

Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

10. Hvor stor en del af tiden i *de seneste 4 uger* har du:

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt dig trist til mode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været glad og i godt humør?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vågnet op frisk og veludhvilet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt at din hverdag har været fuld af interessante opgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Inden for *de seneste 4 uger*, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker? F.eks. besøge venner, familie osv.

(Kun ét X)

Hele tiden	<input type="checkbox"/>
Det meste af tiden	<input type="checkbox"/>
Noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
På intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>

Ulykker

12. Har du inden for *de seneste 12 måneder* været udsat for ulykker eller uheld *uden for arbejdstiden*, som gjorde det besværligt eller umuligt for dig at udføre de daglige gøremål? F.eks. forstuvet en ankel, blevet forbrændt, været udsat for en kemisk forgiftning og lignende.

(Sæt ét eller flere X)

Ja, en trafikulykke	<input type="checkbox"/>
Ja, en hjemmeulykke	<input type="checkbox"/>
Ja, en ulykke ved idræt, sport	<input type="checkbox"/>
Ja, anden fritidsulykke	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

13. Har du inden for *de seneste 12 måneder* været udsat for ulykker eller uheld *i arbejdstiden*, som gjorde det besværligt eller umuligt for dig at udføre dine daglige gøremål?

Ja Nej

Holdninger



14. Forestil dig, at to personer diskuterer forskellige spørgsmål. En person udtaler én holdning, og en anden person udtaler en anden holdning.

Angiv hvem du er mest enig med:

Ulla:	Der skal ikke indføres flere begrænsninger på rygning	<input type="checkbox"/>
Anna:	Rygning burde være helt forbudt	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Pia:	Afgifterne på tobak skal hæves for at få folk til at holde op med at ryge	<input type="checkbox"/>
Mie:	Politikerne skal ikke blande sig i folks rygevaner, derfor skal afgifterne på tobak ikke hæves	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Ole:	Afgifterne på slik og sodavand skal hæves, så folk køber mindre slik og sodavand	<input type="checkbox"/>
Per:	Det er nu engang folks eget valg, hvor meget slik og sodavand de vil spise og drikke – derfor skal afgifterne på slik og sodavand ikke forhøjes	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Lise:	Afgifterne på alkohol skal hæves for at få folk til at drikke mindre	<input type="checkbox"/>
Anne:	Der er ingen grund til at hæve afgifterne på alkohol	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Svend:	Folk spiser for lidt frugt og grønt. Derfor skal momsens på frugt og grønt fjernes, så frugt og grønt bliver billigere	<input type="checkbox"/>
Peter:	Folk er nu engang bedst til selv at afgøre, hvad de har brug for. Derfor synes jeg, at momsens skal være ens på alle varer	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Thor:	Folks sundhed er nu engang deres eget ansvar, det skal politikerne ikke blande sig i	<input type="checkbox"/>
Niels:	Det er samfundets ansvar, at befolkningen er sund og rask	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Tim:	Folk der lever usundt – ryger, drikker og spiser for meget – skal ikke have samme ret til behandling i sundhedsvæsenet som folk, der lever sundt	<input type="checkbox"/>
Tom:	Alle skal have den samme ret til behandling i sundhedsvæsenet, lige meget hvordan de lever	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Mette:	Om folk får kræft eller ej afhænger mest af deres sundhedsvaner – altså om de f.eks. spiser usundt, ryger, drikker og ikke motionerer	<input type="checkbox"/>
Helle:	Om folk får kræft eller ej afhænger mest af deres gener – altså om de har tendens til at få kræft	<input type="checkbox"/>

Dagligdagens stress

15. Spørgsmålene drejer sig om din oplevelse af belastende eller stressende situationer inden for *den seneste måned*.

(Sæt ét X i hver linje)

	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Hvor ofte er du blevet bragt ud af ligevægt over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de vigtige ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt dig nervøs og stresset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du var i stand til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at tilværelsen formede sig efter dit hoved?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du havde styr på tingene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte er du blevet vred på grund af ting, du ikke var herre over?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at problemerne hobede sig op, så du ikke kunne magte dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Livet i folkeskolen

Tænk på dengang du gik i folkeskolen, hvis du stadig går i folkeskole, tænk på tiden frem til nu.

16. Hvad syntes du om at gå i folkeskole?

(Kun ét X)

Virkelig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>



17. Sammenlignet med dine klassekammerater i folkeskolen, hvordan vil du vurdere dig selv på følgende områder?

(Sæt ét X i hver linje)	Meget over middel	Over middel	Omkring middel	Under middel	Meget under middel
Dansk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lave lektier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afleverer opgaver til tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Har følgende forhold haft indflydelse på, hvordan du klarede dig i folkeskolen?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej
Problemer med at læse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med at skrive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med at regne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koncentrationsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med klassekammerater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Havde du mulighed for at få hjælp med skolearbejdet, da du gik i folkeskolen?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, altid	Ja, for det meste	Ja, nogen gange	Nej
Fra forældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fra lærere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vold og overgreb

20. Har du i dit voksenliv (over 16 år) været udsat for:

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja	Nej
Fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trusler om fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuelle overgreb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trusler om seksuelle overgreb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Har du i din barndom (under 16 år) været udsat for:

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja	Nej
Fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trusler om fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuelle overgreb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trusler om seksuelle overgreb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du ikke har været udsat for trusler, fysisk vold eller seksuelle overgreb:

→ Gå til spørgsmål 23 side 8.

22. Hvem udsatte dig for trusler, fysisk vold eller seksuelle overgreb?

Svar både vedrørende voksenliv og barndom.

<i>(Sæt ét eller flere X)</i>	Voksenliv (over 16 år)	Barndom (under 16 år)
Nuværende ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biologiske forældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stedfar/stedmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person på din arbejdsplads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smerter og ubehag de seneste 14 dage



- **23. Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?**

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnbesvær, søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondt i maven eller oppustet mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordøjelsesbesvær, hård eller tynd mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underlivssmerter, kraftige menstruationssmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forkølelse, snue, hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Området du bor i

- 24. Er der noget, du personligt savner i det område, hvor du bor?**

	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej
Flere gangstier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere cykelstier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere muligheder for udendørs motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere muligheder for indendørs motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere muligheder for at købe sund mad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere legepladser til børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere fritidstilbud for unge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere fritidstilbud for ældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre offentlig transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Langvarig sygdom og eftervirkninger

25. Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?

Ja Nej

26. For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den *nu* eller har haft den *tidligere*. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har *eftervirkninger*.

	(Sæt ét X i hver linje)			→	(Sæt ét X i hver linje)	
	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft tidligere		Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
					JA	NEJ
Spiseforstyrrelse (anoreksi og bulimi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forbigående psykisk lidelse (f.eks. let depression eller angst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har andre langvarige sygdomme, skriv hvad:

1. _____ →
2. _____ →

27. Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller gener inden for *de seneste 14 dage* og inden for *det seneste år*? Medregn kun arbejdsdage, hvis ingen sygefraværdsdage skriv 00.

Jeg har ikke arbejde	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 28
Inden for de seneste 14 dage Skriv antal sygefraværdsdage – hvis 'ved ikke' skriv 99	<input type="text"/>
Inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage) Skriv antal sygefraværdsdage – hvis 'ved ikke' skriv 999	<input type="text"/>

Trivsel og livskvalitet

- 28. Angiv i hvor høj grad du er enig eller uenig i følgende udsagn:

(Sæt ét X i hver linje)	Helt enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Helt uenig
Jeg ser optimistisk på fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit liv er, som jeg gerne vil have det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For at blive til noget kan man være nødt til at gøre noget, der ikke er helt rigtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler mig uden for samfundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livet er så kompliceret, at jeg har svært ved at overskue det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får ikke anerkendelse, for det jeg laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogle mennesker ser ned på mig på grund af min jobsituation eller indkomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Hvordan synes du din trivsel og livskvalitet er alt i alt?

	(Kun ét X)
Virkelig god	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>
Meget dårlig	<input type="checkbox"/>

Søvn

30. Hvordan synes du alt i alt, du sover?

(Kun ét X)

Virkelig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>



31. I de seneste 4 uger: Hvor mange timer og minutter sov du cirka på et almindeligt hverdagsdøgn?

Timer	<input type="text"/>	Minutter	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------	----------------------

32. I de seneste 4 uger: Har du fået søvn nok til at føle dig udhvilet?

(Kun ét X)

Ja, som regel	<input type="checkbox"/>
Ja, men ikke tit nok	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig (næsten aldrig)	<input type="checkbox"/>

33. De følgende spørgsmål handler om, hvordan du har sovet i de seneste 4 uger.

(Sæt ét X i hver linje)

	Ikke i de seneste 4 uger	Mindre end 1 gang om ugen	1-2 gange om ugen	3 gange eller flere om ugen
Har du haft svært ved at vågne, når du skulle op?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft svært ved at falde i søvn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet flere gange om natten og haft svært ved at falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet tidligt uden at kunne falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sovet dårligt og uroligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du sovet mindre end 5 timer i døgnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du sovet mere end 9 timer i døgnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du brugt sovemedicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været så søvnig, at du har haft svært ved at lave dine daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rygning

34. Ryger du?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 37
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 37
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 39
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 39

35. Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

Antal cigaretter	<input type="text"/>
Antal cerutter	<input type="text"/>
Antal cigarer	<input type="text"/>
Antal pibestop	<input type="text"/>

36. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge hver dag?

Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en cirka alder.

Skriv alder	<input type="text"/>	år
-------------	----------------------	----

→ 37. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 39
Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned	<input type="checkbox"/>

38. Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det? F.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge.

Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

→ 39. Er der nogen blandt din familie og venner, der ryger?

(Sæt ét eller flere X)

Kæreste/partner	<input type="checkbox"/>
Forældre	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>

40. Bliver der røget indendørs i dit hjem?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle gange om ugen	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/>

41. Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads (uddannelsessted)?

(Kun ét X)

Jeg arbejder (studerer) ikke	<input type="checkbox"/>
Det er tilladt at ryge overalt	<input type="checkbox"/>
Rygning er begrænset til enkelte rygeområder	<input type="checkbox"/>
Rygning er kun tilladt i særlige rygerum og udendørs	<input type="checkbox"/>
Rygning er kun tilladt udendørs	<input type="checkbox"/>
Rygning er helt forbudt	<input type="checkbox"/>

Alkohol

42. Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?

Ja Nej → Gå til spørgsmål 52 side 15

43. Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

Ja Nej

44. Er der nogen, inden for de seneste 12 måneder, der har "brokket" sig over, at du drikker for meget?

Ja Nej

45. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?

Ja Nej

46. Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmermændene" kvit?

Ja Nej

47. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

(Kun ét X)

0-1 dag 2 dage 3 dage 4 dage 5 dage 6 dage 7 dage

48. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja Nej

49. Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

Der er mulighed for at svare inden for kategorierne øl, vin/hedvin og spiritus.

Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0).

	Antal genstande øl	Antal genstande vin/hedvin	Antal genstande spiritus
Mandag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tirsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Torsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fredag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lørdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Søndag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En genstand vil sige:

1 flaske/dåse pilsner = 1 genstand
1 glas rødvin/hvidvin = 1 genstand
1 glas hedvin = 1 genstand
1 snaps = 1 genstand

1 flaske stærk øl = 1,5 genstand
1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande
1 flaske hedvin 70 cl = 10 genstande
1 flaske spiritus 70 cl = 20 genstande

50. Hvor tit drikker du mere end 5 genstande ved samme lejlighed?

(Kun ét X)

Næsten dagligt eller dagligt	<input type="checkbox"/>
Ugentligt	<input type="checkbox"/>
Månedligt	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

51. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

Ja Nej Ved ikke

Mad

Sæt kryds ved de svar, som passer bedst til dine spisevaner.

→ **52. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags *fedtstof* på?**

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Smør, Kærgården eller tilsvarende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minarine eller plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiser brød uden fedtstof på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Hvor ofte spiser du følgende slags *pålæg*?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Pålæg, kød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskepålæg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Æg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pålægssalater eller mayonnaisesalater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Hvor ofte spiser du følgende slags *varm mad*?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Kød (okse, kalv, svin eller lam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fjerkræ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntsags- eller vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Hvor ofte spiser du følgende slags *grøntsager*?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Blandet salat, råkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre rå grønnsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilberedte grønnsager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Stegemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smør, Kærgården og lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt/palmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olivenolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majs-, solsikke- eller vindrukerneolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapsolie, madolie, salatolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laver mad uden fedtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du ikke ved det, f.eks. fordi du får mad udefra, sæt X her

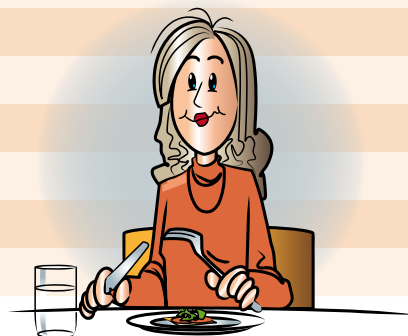
57. Hvor ofte spiser eller drikker du følgende?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Kager, chokolade, is, slik (lakrids, vingummi m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks (chips, popcorn m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood (pizza, burger, pølser, shawarma m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, læskedrik eller saftvand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energidrik (Red Bull, Cult, Burn m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

1 portion = 1 stk eller 1 dl – medregn også frugtgrød og frugtmos

(Kun ét X)	
Mere end 6 om dagen	<input type="checkbox"/>
5-6 om dagen	<input type="checkbox"/>
3-4 om dagen	<input type="checkbox"/>
1-2 om dagen	<input type="checkbox"/>
5-6 om ugen	<input type="checkbox"/>
3-4 om ugen	<input type="checkbox"/>
1-2 om ugen	<input type="checkbox"/>
Ingen	<input type="checkbox"/>



59. Hvor ofte laver du mad?

<i>(Kun ét X)</i>	Hver dag	Næsten hver dag	Et par gange om ugen	En gang om ugen	Et par gange om måneden	Aldrig/meget sjældent
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. I hvor høj grad nyder du at spise?

	<i>(Kun ét X)</i>
I meget høj grad	<input type="checkbox"/>
I høj grad	<input type="checkbox"/>
I nogen grad	<input type="checkbox"/>
I ringe grad	<input type="checkbox"/>

61. Hvor ofte spiser du dagens hovedmåltid sammen med andre?

	<i>(Kun ét X)</i>
Hver dag	<input type="checkbox"/>
Næsten hver dag	<input type="checkbox"/>
Et par gange om ugen	<input type="checkbox"/>
En gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Mindre end en gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Sjældent/aldrig	<input type="checkbox"/>

62. Spiser du mere eller mindre, når du spiser sammen med andre?

	<i>(Kun ét X)</i>
Jeg spiser mere	<input type="checkbox"/>
Der er ingen forskel	<input type="checkbox"/>
Jeg spiser mindre	<input type="checkbox"/>

63. De følgende spørgsmål drejer sig om din oplevelse af mad og sult.

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Hvor ofte går du sulten i seng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte spiser du, selvom du er mæt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte undlader du at spise, selvom du er sulten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte er du sulten, når du vågner om morgenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?*(Kun ét X)*

Meget sunde	<input type="checkbox"/>
Sunde	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde sunde	<input type="checkbox"/>
Usunde	<input type="checkbox"/>
Meget usunde	<input type="checkbox"/>

65. Vil du gerne spise mere sundt?*(Kun ét X)*

Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Bevægelse i dagligdagen

66. Hvis du ser på *det seneste år*, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?*(Kun ét X)*

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	<input type="checkbox"/>
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen	<input type="checkbox"/>
Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	<input type="checkbox"/>
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

67. Hvordan vurderer du din fysiske form?*(Kun ét X)*

Virkelig god	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Mindre god	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>

68. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?*(Kun ét X)*

Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

69. Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?

Nej

Ja

Hvis ja, *skriv hvad:* _____

70. Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv *mindst 30 minutter om dagen?*

Medregn moderat eller hård fysisk aktivitet, hvor du trækker vejret hurtigere, får rørt dine muskler og bruger dine kræfter – f.eks. motions- eller konkurrenceidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. Medregn både arbejde og fritid.

(Kun ét X)

Ingen dage

4 dage

1 dag

5 dage

2 dage

6 dage

3 dage

Hver dag

71. I hvor høj grad nyder du at motionere?

(Kun ét X)

I meget høj grad

I høj grad

I nogen grad

I ringe grad

72. Hvilke 2 af nedenstående grunde til at motionere vil du anse som vigtigst for dig? Udfyld også selvom du ikke motionerer.

(Sæt 2 X)

For at være i form, komme i form

For udseendets skyld

For at være sammen med andre

For at tabe mig

For at have det sjovt

For at koble af

Andet

Hvis andet, *skriv hvad:* _____

73. Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse? Medregn kun den ene vej.



Skriv antal

km

Jeg er ikke i arbejde eller under uddannelse

- 74. På en almindelig uge: Hvor tit cykler du til og fra dine daglige gøremål? Arbejde, uddannelse, fritidsaktiviteter m.m.**

Vinter (Kun ét X)	Sommer (Kun ét X)
0 dage <input type="checkbox"/>	0 dage <input type="checkbox"/>
1 dage <input type="checkbox"/>	1 dage <input type="checkbox"/>
2 dage <input type="checkbox"/>	2 dage <input type="checkbox"/>
3 dage <input type="checkbox"/>	3 dage <input type="checkbox"/>
4 dage <input type="checkbox"/>	4 dage <input type="checkbox"/>
5 dage <input type="checkbox"/>	5 dage <input type="checkbox"/>
6 dage <input type="checkbox"/>	6 dage <input type="checkbox"/>
7 dage <input type="checkbox"/>	7 dage <input type="checkbox"/>

Højde og vægt

- 75. Hvor høj er du (uden sko)?**

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)

- 76. Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?**

Skriv vægt kg

- 77. Hvordan vurderer du selv din vægt?**

(Kun ét X)

Alt for lav
 Lidt for lav
 Tilpas
 Lidt for høj
 Alt for høj



- 78. Vil du gerne tabe dig?**

(Kun ét X)

Ja, i høj grad
 Ja, i nogen grad
 Nej → Gå til spørgsmål **80** side 21
 Ved ikke → Gå til spørgsmål **80** side 21

- 79. Hvor meget vil du gerne tabe dig?**

Skriv antal kg

→ **80. Hvordan vil du vurdere dit eget udseende?**

(Kun ét X)

Jeg ser rigtig godt ud	<input type="checkbox"/>
Jeg ser godt ud	<input type="checkbox"/>
Jeg ser almindelig ud	<input type="checkbox"/>
Jeg ser ikke særlig godt ud	<input type="checkbox"/>
Jeg er grim	<input type="checkbox"/>
Jeg tænker ikke over mit udseende	<input type="checkbox"/>

81. Hvis der er noget ved din krop du gerne vil ændre, hvordan vil du så gøre det?

(Sæt ét eller flere X)

Jeg vil ikke ændre noget ved min krop	<input type="checkbox"/>
Ved at ændre mine sundhedsvaner, herunder kost, rygning, alkohol og motion	<input type="checkbox"/>
Slankepiller, proteinpulver eller proteindrik m.v.	<input type="checkbox"/>
Steroider m.v.	<input type="checkbox"/>
Ved hjælp fra plastikkirurgi (f.eks. brystoperation, ansigtsløftning, fedtsugning m.v.)	<input type="checkbox"/>
Jeg tror ikke, det kan ændres	<input type="checkbox"/>

Hos lægen

82. Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 84 side 22

83. Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til:

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej	Kan ikke huske/ved ikke
At holde op med at ryge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tabe dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage på i vægt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At dyrke motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At nedsætte dit alkoholforbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At ændre dine kostvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage den med ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Samvær med familie og venner

- **84. Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?** Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.

(Sæt ét X i hver linje)	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig
Familie som du ikke bor sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleger eller studiekammerater i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer eller beboere i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer du mest kender fra internettet (mail, chatforum og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 85. Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?**

(Kun ét X)

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældent	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

- 86. Sker det nogensinde, at du er sammen med andre, selvom du mest har lyst til at være alene?**

(Kun ét X)

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældent	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

- 87. Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?**

(Kun ét X)

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle gange	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/>

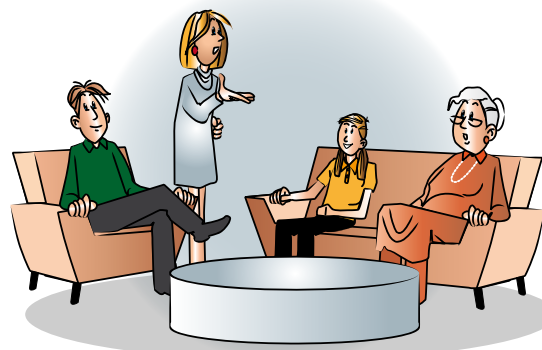
88. Hvilken person vil det være nemmest for dig at få støtte fra i følgende situationer? Angiv kun 1 person for hvert spørgsmål.

(Sæt ét X i hver linje)	Kæreste/ partner	Forældre	Anden familie	Kollega (studie- kammerat)	Ven	Andre	Ingen
Hvis du har brug for et råd om alvorlige personlige eller familiære problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du har brug for hjælp til at finde et arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du føler dig nedtrykt og har brug for nogen at snakke med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du har brug for 10.000 kr. til en nødsituation (og ikke kan låne i banken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig belastet af nogle af de følgende ting?

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, lidt	Ja, en del	Ja, meget
Din økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din boligsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din arbejdssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forholdet til din partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forholdet til familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdom hos dig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdom hos partner, familie eller nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dødsfald blandt dine nærmeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis andre, skriv hvad: _____



Parforhold, uddannelse og arbejde

90. Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?

(Kun ét X)

Gift	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 93
Registreret partnerskab	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 93
Separeret	<input type="checkbox"/>	
Skilt	<input type="checkbox"/>	
Enke(mand)	<input type="checkbox"/>	
Ugift	<input type="checkbox"/>	

91. Har du en kæreste?

Ja Nej

92. Er du fast samlevende i papirløst samliv?

Ja

Nej Hvis nej, har du tidligere haft en fast samlever? Ja Nej

→ 93. Har du børn? Medregn både børn der bor hjemme, og børn der ikke bor hjemme.

Ja Nej

94. Hvor mange børn på 15 år og derunder bor der i din husstand?

Skriv antal

95. Ejer du selv eller andre i din husstand:

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
... den bolig, du bor i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... en bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

96. Hvilken skoleuddannelse har du?

(Kun ét X)

Går stadig i folkeskole	<input type="checkbox"/>
7 eller færre års skolegang	<input type="checkbox"/>
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>
Studer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>



97. Har du fuldført en erhvervsuddannelse?

(Kun ét X)

Nej <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 99 side 26	
Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkursus, arbejdsmarkedskurser m.v.)	<input type="checkbox"/>
Faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v. (lærlinge- eller efg-uddannelse)	<input type="checkbox"/>
Kort videregående uddannelse, under 3 år (f.eks. social- og sundhedsassistent, tekniker, merkonom)	<input type="checkbox"/>
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. skolelærer, politibetjent, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut)	<input type="checkbox"/>
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)	<input type="checkbox"/>
Anden uddannelse	<input type="checkbox"/>

98. Hvad er din uddannelse mere præcist?

Skriv hvad: _____

→ 99. **Hvad er din erhvervmæssige stilling?**
Der skal i alt kun sættes ét X på denne side.

Udfyldes KUN hvis du er i beskæftigelse

Selvstændig landmand	<input type="checkbox"/>
Selvstændig i øvrigt	<input type="checkbox"/>
Medhjælpende ægtefælle	<input type="checkbox"/>
Arbejder faglært	<input type="checkbox"/>
Arbejder ufaglært	<input type="checkbox"/>
Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer)	<input type="checkbox"/>
Anden beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

Hvis anden, *skriv hvilken:* _____

Udfyldes KUN hvis du er arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering

Arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Udfyldes KUN hvis du er under uddannelse

Lærling, elev	<input type="checkbox"/>
Studerende	<input type="checkbox"/>
Skoleelev	<input type="checkbox"/>

Skriv hvilken uddannelse du er i gang med: _____

Udfyldes KUN hvis du er pensionist

Alderspensionist	<input type="checkbox"/>
Førtidspensionist	<input type="checkbox"/>
Anden form for pension	<input type="checkbox"/>
Efterlønsmodtager, overgangsydelse	<input type="checkbox"/>

Udfyldes KUN af andre end de ovennævnte

Hjemmearbejdende husmor, husfar	<input type="checkbox"/>
Langtidssyg (3 måneder eller mere)	<input type="checkbox"/>
Værnepligtig	<input type="checkbox"/>
På kontanthjælp, bistandshjælp	<input type="checkbox"/>
Under revalidering	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, *skriv hvad:* _____

100. Hvad er din stilling mere præcist? Nøjagtig angivelse: eksempelvis butiksassistent i supermarked (ikke blot ansat i butik), kontorchef i kreditforening (ikke blot kontorchef).

Skriv hvad: _____

Hvis du ikke er i arbejde eller under uddannelse → Gå til spørgsmål 105 side 28

Går du i skole eller er du under uddannelse: Svar på spørgsmål om arbejde som om skole/uddannelse er dit arbejde.

101. Her følger nogle spørgsmål om, hvordan du oplever dit nuværende arbejde (studie).

(Sæt ét X i hver linje)	Altid	Ofte	Somme- tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig
Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver (lektier)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sket det, at der er konflikt mellem dit arbejde (studie) og privatliv, sådan at du helst vil være "begge steder på én gang"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde (studie) tager så meget af din energi, at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde (studie) tager så meget af din tid, at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siger familie eller venner til dig, at du arbejder for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102. Hvor mange timers erhvervsarbejde plejer du at have om ugen?

Antal timer om ugen (- hvis ingen skriv 0)

103. Hvor mange timer om ugen plejer du at bruge på dit studie?

Inklusiv hjemmearbejde.

Antal timer om ugen (- hvis ingen skriv 0)

104. Hvilke 2 af følgende grunde var vigtigst for dit valg af arbejde (studie)?

(Sæt 2 X)

Går stadig i skole (folkeskole, gymnasium eller lignende)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 105
Gode karrieremuligheder	<input type="checkbox"/>	
Spændende udfordringer	<input type="checkbox"/>	
Interesse for faget	<input type="checkbox"/>	
Gode indtjeningsmuligheder	<input type="checkbox"/>	
Mine forældre (lærer) opfordrede mig	<input type="checkbox"/>	
Andet	<input type="checkbox"/>	

→ **105. Føler du, at din arbejdsevne er nedsat?** Her tænkes på en mere varig nedsættelse af arbejdsevnen, *ikke* nedsættelse som følge af forbigående sygdom m.v.

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, en smule	<input type="checkbox"/>
Ja, en del	<input type="checkbox"/>
Ja, meget	<input type="checkbox"/>

106. Hvor stor var din indkomst i 2009 før skat og andre fradrag?
Bruttoindkomst.

(Kun ét X)

Din egen indkomst

0 - 99.000 kr.	<input type="checkbox"/>
100.000 - 149.000 kr.	<input type="checkbox"/>
150.000 - 249.000 kr.	<input type="checkbox"/>
250.000 - 374.000 kr.	<input type="checkbox"/>
375.000 - 524.000 kr.	<input type="checkbox"/>
525.000 kr. og derover	<input type="checkbox"/>

Så er der ikke flere spørgsmål – men har du lyst til at uddybe noget eller kommentere undersøgelsen, kan det gøres her:



Tak for hjælpen!

Riv denne side af.

Returnér venligst det udfyldte skema i svarkuverten, porto er betalt.

Det er Center for Folkesundhed i Region Midtjylland, der koordinerer undersøgelsen. Og det er kun forskere herfra, der får adgang til spørgeskemaerne, som bliver behandlet anonymt.

Du kan læse om undersøgelsen og dens resultater på hjemmesiden:
www.hvordanhardudet.rm.dk

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe på telefon 2033 2820 (man-fre 10-20, lør-søn 10-15) eller sende en e-mail til hvordanhardudet@rm.dk

Det er os, der laver undersøgelsen. Vi glæder os til at modtage dine svar.



