

+



Kæri nemandi,

Takk fyrir að svara þessum spurningalista – **við vitum að það eru margar kannanir í gangi núna** og það getur verið þreytandi að svara svipuðum spurningum í mörgum spurningalistum. Við erum þess vegna mjög ánægð að þú skulir taka þátt í okkar rannsókn.

Með því að svara spurningunum hjálpar þú okkur að skilja hvernig það er að vera unglingur á Íslandi miðað við önnur lönd í Evrópu. Þessa dagana er verið að leggja svona spurningalista fyrir meira en **100.000 nemendur í fjörutíu löndum**.

Vegna þess að rannsóknin er alþjóðleg geta sumar spurningarnar átt illa við um íslenska unglunga. Stundum getur líka verið erfitt að velja bara eitt svar og stundum passar ekkert svar nákvæmlega. Það er samt mikilvægt að þú veljir það svar sem þér finnst að passi helst fyrir þig.

Það sem þú þarft að vita

Svör þín verða trúnaðarmál og enginn á að vita hver svaraði hvaða lista. Þess vegna mátt þú ekki skrifa nafnið þitt á spurningalistann. Þegar þú hefur svarað öllum spurningum skal þú setja spurningalistann í umslagið og líma vel fyrir.

Það er ekki skylda að taka þátt í rannsókninni. Ef þú treystir þér ekki til að svara einverri spurningu skaltu sleppa henni. Við vonum samt að þú svarir þeim öllum. Öll íslensku umslögin verða opnuð í einu og spurningalistarnir verða lesnir beint inn í tölvu. Enginn í skólanum þínum mun sjá spurningalistann þinn.

Best er að nota dökkkan blýant eða bláan eða svartan penna til að svara. Settu kross í reitinn sem þú hefur valið því annars getum við ekki talið svar þitt með. **Ekki fylla alveg út í reitina sem þú merkir – gerðu bara X.**

Þú getur fengið meiri upplýsingar um ESPAD rannsóknina á slóðinni **www.espad.is**. Þar getur þú líka bráðum séð hvað kom út úr könnuninni sem þú ert að fara að svara.

Þakka þér kærlega fyrir að taka þátt!

Starfsfólk Rannsóknarseturs forvarna við Háskólann á Akureyri

Eftirfarandi spurningar eru um bakgrunn þinn og daglegt líf

1. Ert þú strákur eða stelpa?

- Strákur
 Stelpa

2. Hvaða ár ert þú fædd(ur)?

- 1989
 1990
 1991
 1992
 1993

3. Í hvaða bekk ert þú?

8. bekk
 9. bekk
 10. bekk

4. Hversu oft (ef nokkru sinni) gerir þú eftirfarandi?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	Nokkrum sinnum á ári	1-2 sinnum í mánuði	A.m.k. vikulega	Nánast daglega
a) Spilar tölvuleiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tekur þátt í íþróttum eða líkamsrækt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lest bækur þér til skemmtunar (ekki skólabækur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ferð út á kvöldin (t.d. á ball, kaffihús, í partí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sinnir áhugamálum (t.d. spilar á hljóðfæri, syngur, teiknar, skrifar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ert á ferðinni með vinum (t.d. í verslunarmiðstöð, úti á götu eða á opnu svæði)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Notar internetið til skemmtunar (t.d. spjall, sækja tónlist, spila leiki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Spilar á spilakassa sem gefa peninga í vinning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hversu oft (ef nokkru sinni) gerir þú eftirfarandi?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	Nokkrum sinnum á ári	1-2 sinnum í mánuði	A.m.k. vikulega	Nánast daglega
a) Lest dagblöðin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hlustar á tónlist í útvarpinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hlustar á annað í útvarpinu (t.d. fréttir, spjallþætti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hlustar á tónlist sem þú velur sjálf/ur (t.d. af geisladiski, netinu, IPod)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Horfir á bíómynd eða framhaldspátt á sjónvarpsstöð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Horfir á bíómynd eða framhaldspátt á vídeó eða DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Horfir á bíómynd eða framhaldspátt af netinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Skrifar á þína eigin bloggsíðu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Lest bloggsíður annarra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hversu lengi ert þú fyrir framan sjónvarp eða tölvu á venjulegum degi?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Ekkert	Hálftíma eða minna	Um 1 klukku tíma	Um 2 klukku tíma	Um 3 klukku tíma	Um 4 klukku tíma	5 eða fleiri klukku tíma
a) Sjónvarp (t.d. sjónvarpsstöð, vídeó, DVD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tölvu (t.d. skólaverkefni, á netinu, bíómyndir, tölvuleiki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Bloggsíður hjá hverjum lest þú yfirleitt?

Merktu við allt sem við á.

- Ég les yfirleitt aldrei blogg annarra
- Einhverjum í fjölskyldunni minni
- Besta vini/bestu vinum
- Kunningjum eða skólafélögum
- Ungu fólki sem ég þekki lítið eða ekkert
- Fullorðnu fólki sem ég þekki lítið eða ekkert
- Annað, hvað?

8. Hversu marga daga hefur þú misst af einni eða fleiri kennslustundum Á SÍÐUSTU 30 DÖGUM?
Merktu í einn reit í hverri línu.

	Engan dag	1 dag	2 daga	3-4 daga	5-6 daga	7 eða fleiri daga
a) Vegna veikinda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Skrópaðir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Af öðrum ástæðum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hvaða einkunn lýsir best meðaleinkunn þinni á síðustu jólaprófum?
Merktu aðeins í einn reit.

Um 5 eða lægra	Um 6	Um 7	Um 8	Um 9	Um 10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hvað finnst þér líklegt að þú gerir næsta vetur?
Merktu í einn reit í hverri línu.

	Mjög ólíklegt	Frekar ólíklegt	Hvorki né	Frekar líklegt	Mjög líklegt
a) Farir að vinna fulla vinnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Farir í framhaldsskóla til að taka stúdentspróf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Farir í framhaldsskóla til að stunda iðnnám (t.d. rafvirkjun, gullsmíði, hárgreiðslu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hvað vinnur þú marga tíma í launaðri vinnu með skólanum Á VIKU?
Merktu aðeins í einn reit.

Vinn ekki í vetur	1-4 klukkutíma	5-9 klukkutíma	10-14 klukkutíma	15-19 klukkutíma	20-24 klukkutíma	25 klukkutíma eða meira
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hversu oft í viku gerir þú eftirfarandi?
Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	Sjaldnar en vikulega	Einu sinni í viku	Tvisvar í viku	Þrisvar í viku	4-5 sinnum í viku	Nánast daglega
a) Tekur þátt í leikfimi eða sundi í skólanum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Æfir eða keppir með íþróttafélagi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Stundar íþróttir eða æfingar <u>hvorki</u> á vegum skólans <u>né</u> íþróttfélags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hér er spurt um sígarettur og annað tóbak

13. Hversu erfitt væri fyrir þig að útvega þér sígarettur ef þú vildir?

Merktu aðeins í einn reit.

Útilokað	Mjög erfitt	Frekar erfitt	Frekar auðvelt	Mjög auðvelt	Ég veit það ekki
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hvenær (ef nokkru sinni) gerðir þú eitthvað af eftirtöldu í fyrsta skipti?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	9 ára eða yngri	10 ára	11 ára	12 ára	13 ára	14 ára	15 ára	16 ára eða eldri
a) Reyktir fyrstu sígarettuna	<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) Reyktir sígarettur daglega	<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"/>

15. Hversu oft (ef nokkru sinni) UM ÆVINA hefur þú reykt sígarettur eða notað annað tóbak?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	1-2 sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10-19 sinnum	20-39 sinnum	40 sinnum eða oftar
a) Reykt sígarettur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Notað munntóbak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Notað neftóbak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hversu mikið (ef nokkuð) hefur þú reykt að jafnaði SÍÐUSTU 30 DAGA?

Merktu aðeins í einn reit.

Ekkert	Minna en 1 sígarettu á viku	Minna en 1 sígarettu á dag	1-5 sígarettur á dag	6-10 sígarettur á dag	11-20 sígarettur á dag	Meira en 20 sígarettur á dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hversu oft (ef nokkru sinni) hefur þú notað annað tóbak SÍÐUSTU 30 DAGA?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	1-2 sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10-19 sinnum	20-39 sinnum	40 sinnum eða oftar
a) Munntóbak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Neftóbak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Reykir einhver heima hjá þér?

Merktu við allt sem við á.

Það reykir enginn heima hjá mér	Pabbi reykir	Mamma reykir	Eitthvert systkini reykir	Einhver annar á heimilinu reykir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hér er spurt um áfengi – t.d. bjór, áfenga gosdrykki, léttvín og sterkt áfengi

19. Hversu erfitt væri fyrir þig að útvega þér eftirtalið ef þú vildir?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Útilokað	Mjög erfitt	Frekar erfitt	Frekar auðvelt	Mjög auðvelt	Ég veit það ekki
a) Bjór	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Áfengan síder (cider)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Áfenga gosdrykki (t.d. Breezer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Léttvín (t.d. hvítvín, rauðvín)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sterkt áfengi (t.d. vodka, gin, viskí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Hvenær (ef nokkru sinni) gerðir þú eitthvað af eftirtöldu í fyrsta skipti?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	9 ára eða yngri	10 ára	11 ára	12 ára	13 ára	14 ára	15 ára	16 ára eða eldri
a) Drakkst bjór (a.m.k. 1 glas)	<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) Drakkst áfengan síder (a.m.k. 1 glas)	<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) Drakkst áfengan gosdrykk (amk. 1 glas)	<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) Drakkst léttvín (a.m.k. 1 glas)	<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) Drakkst sterkt áfengi (a.m.k. 1 drykk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Varðst drukkin/n	<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"/>

21. Hversu oft (ef nokkru sinni) hefur þú drukkið áfengi af einhverju tagi?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	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) Síðustu 12 mánuði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Síðustu 30 daga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Hvað er langt síðan þú drakkst SÍÐAST áfengi?

Merktu aðeins í einn reit.

Aldrei	1-7 dagar	8-14 dagar	15-30 dagar	Einn mánuður til eitt ár	Meira en eitt ár
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Hversu oft (ef nokkru sinni) hefur þú orðið drukkin/n?Merktu í einn reit í hverri línu.

	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) Síðustu 12 mánuði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Síðustu 30 daga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Hversu drukkin/n varstu síðast þegar þú drakkst áfengi (ef nokkru sinni)?Merktu aðeins í einn reit.

Ekkert drukin/n	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mjög drukin/n	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"/>

 Ég drekk aldrei áfengi**25. Hugsaðu um SÍÐUSTU 30 DAGA. Hversu oft (ef nokkru sinni) hefur þú druggið fimm eða fleiri áfenga drykki í röð?** (Einn drykkur er t.d. ein bjórdós, eitt glas af léttvíni, einn drykkur af sterku áfengi).Merktu í einn reit.

Aldrei	1 skipti	2 skipti	3-5 skipti	6-9 skipti	10 skipti eða oftar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Hugsaðu um SÍÐUSTU 30 DAGA. Í hversu mörg skipti (ef nokkru sinni) hefur þú druggið eftirtalið?Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	1-2 sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10-19 sinnum	20-39 sinnum	40 sinnum eða oftar
a) Bjór	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Áfengan síder (cider)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Áfenga gosdrykki (t.d. Breezer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Léttvín (t.d. hvítvín, rauðvín)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sterkt áfengi (t.d. blandað eða óblandað vodka, gin, viskí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hér er spurt um SÍÐASTA SKIPTIÐ sem þú drakkst áfengi (ef nokkru sinni)

27. Hugsaðu um SÍÐASTA SKIPTIÐ sem þú drakkst áfengi af einhverju tagi. Hvaða tegundir af áfengi drakkstu þann dag? Merktu við allt sem við á.

- Ég drekk aldrei áfengi
- Bjór
- Áfengan síder (cider)
- Áfengan gosdrykk (t.d. Breezer, Woody's)
- Léttvín (t.d. hvítvín, rauðvín)
- Sterkt áfengi (t.d. blandað eða óblandað vodka, gin, viskí)

28. Drakkstu einhvern bjór SÍÐAST þegar þú drakkst áfengi?

Merktu aðeins í einn reit.

Nei, ég drekk
aldrei bjór

Nei, ég drakk ekki
bjór síðast

Já, minna en eina
dós/flösku

Já, 1-2
dósir/flöskur

Já, 3-4
dósir/flöskur

Já, meira en
4 dósir/flöskur

29. Drakkstu einhvern áfengan síder (cider) SÍÐAST þegar þú drakkst áfengi?

Merktu aðeins í einn reit.

Nei, ég drekk
aldrei áfengan síder

Nei, ég drakk ekki
áfengan síder síðast

Já, minna en eina
dós/flösku

Já, 1-2
dósir/flöskur

Já, 3-4
dósir/flöskur

Já, meira en
4 dósir/flöskur

30. Drakkstu áfengan gosdrykk (t.d. Breezer, Woody's) SÍÐAST þegar þú drakkst áfengi?

Merktu aðeins í einn reit.

Nei, ég drekk
aldrei áfenga gosdrykki

Nei, ég drakk ekki
áfengan gosdrykk síðast

Já, minna en eina
flösku

Já, 1-2
flöskur

Já, 3-4
flöskur

Já, meira en
4 flöskur

31. Drakkstu eitthvað léttvín (t.d. hvítvín, rauðvín) SÍÐAST þegar þú drakkst áfengi?

Merktu aðeins í einn reit.

Nei, ég drekk
aldrei léttvín

Nei, ég drakk ekki
léttvín síðast

Já, minna en
tvö glös

Já, 2-3
glös

Já, 4-6
glös

Já, meira en
6 glös

32. Drakkstu eitthvað sterkt áfengi (t.d. blandað eða óblandað vodka, gin, viskí) SÍÐAST þegar þú drakkst áfengi? Merktu aðeins í einn reit.

Nei, ég drekk
aldrei sterkt áfengi

Nei, ég drakk ekki
sterkt áfengi síðast

Já, minna en
tvo drykki

Já, 2-3
drykki

Já, 4-6
drykki

Já, meira en
6 drykki

Hér eru nokkrar viðbótarspurningar um áfengi og fleira

33. Hversu oft (ef nokkru sinni) um ævina hefur þú fengið áfengi á eftirfarandi hátt?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	Einu sinni	Tvisvar sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10 sinnum eða oftar
a) Þú sjálf/ur farið inn í vínbúð og keypt áfengi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Foreldrar þínir keypt áfengi fyrir þig í vínbúð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Einhver annar keypt áfengi fyrir þig í vínbúð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vinir eða kunningjar gefið þér áfengi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Þú útvegað þér heimabruggað áfengi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Þú útvegað þér smyglað áfengi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Þú tekið áfengi heima hjá þér án þess að foreldrar þínir vissu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Hversu oft á SÍÐUSTU 12 MÁNUÐUM lentir þú í eftirtöldu vegna PINNAR EIGIN ÁFENGISNEYSLU?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	1-2 sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10-19 sinnum	20-39 sinnum	40 sinnum eða oftar
a) Lent í slagsmálum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Orðið fyrir slysi eða meiðslum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lent í vandræðum við foreldra þína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lent í vandræðum við vini þína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Staðið þig illa í skóla eða vinnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Einhverju verið stolið eða rænt frá þér	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Lent í vandræðum við lögregluna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Lent á spítala eða slysadeild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Haft samfarir án þess að nota smokk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Haft samfarir sem þú sást eftir næsta dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Hefur þú einhvern tíma notað róandi lyf eða svefnlyf vegna þess að læknir sagði þér að gera það?

Merktu aðeins í einn reit.

Nei, aldrei

Já, í minna en þrjár vikur

Já, í meira en þrjár vikur

Hér er spurt um ýmis vímuefni

36. Hversu erfitt væri fyrir þig að útvega þér hass eða marjúana (kannabis) ef þú vildir?

Merktu aðeins í einn reit.

Útilokað	Mjög erfitt	Frekar erfitt	Frekar auðvelt	Mjög auðvelt	Ég veit það ekki
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Hversu oft (ef nokkru sinni) hefur þú notað hass eða marjúana (kannabis)?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	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) Síðustu 12 mánuði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Síðustu 30 daga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Hvenær (ef nokkru sinni) prófaðir þú hass eða marjúana (kannabis) í fyrsta skipti?

Merktu aðeins í einn reit.

Aldrei	9 ára eða yngri	10 ára	11 ára	12 ára	13 ára	14 ára	15 ára	16 ára eða 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"/>

39. Hversu oft UM ÆVINA hefur þú haft TÆKIFÆRI til að prófa hass eða marjúana EN EKKI PRÓFAÐ?

Merktu aðeins í einn reit.

Aldrei	1-2 sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10-19 sinnum	20-39 sinnum	40 sinnum eða oftar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Hversu erfitt væri fyrir þig að útvega þér eftirtalin efni ef þú vildir?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Útilokað	Mjög erfitt	Frekar erfitt	Frekar auðvelt	Mjög auðvelt	Veit ekki
a) Svefntöflur eða róandi lyf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Amfetamín eða spítt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) E-töflu (alsælu, ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Efni til að „sniffa“ (t.d. lím)	<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 notað e-töflu (alsælu, ecstasy)?Merktu í einn reit í hverri línu.

	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) Síðustu 12 mánuði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Síðustu 30 daga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Hversu oft (ef nokkru sinni) hefur þú „sniffað“ (t.d. lím) til að komast í vímu?Merktu í einn reit í hverri línu.

	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) Síðustu 12 mánuði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Síðustu 30 daga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Hversu oft (ef nokkru sinni) hefur þú notað eftirtalin efni um ævina?Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	1-2 sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10-19 sinnum	20-39 sinnum	40 sinnum eða oftar
a) Svefntöflur eða róandi lyf (án lyfseðils frá lækni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Amfetamín eða spítt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD eða sýru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Krakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kókaín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Relevín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Heróín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sveppi sem valda vímu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Smjörσύru (GHB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Anabólíska stera (t.d. bola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Vímuefni með sprautu í æð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Áfengi með pillum til að auka vímu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hvenær (ef nokkru sinni) gerðir þú eitthvað af eftirtöldu í fyrsta skipti?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	9 ára		10 ára	11 ára	12 ára	13 ára	14 ára	15 ára	16 ára
	Aldrei	eða yngri							eða eldri
a) Prófaðir amfetamín eða spítt	<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) Prófaðir svefntöflur/róandi lyf (án lyfseðils frá lækni)	<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) Prófaðir e-töflu (alsælu, ecstasy)	<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) Prófaðir að „sniffa“ (t.d. lím) til að komast í vímu	<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) Prófaðir áfengi með pillum til að auka vímu	<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"/>

45. Hversu oft á SÍÐUSTU 12 MÁNUÐUM lentir þú í eftirtöldu vegna ÞINNAR EIGIN neyslu á ólöglegum vímuefnum? (t.d. neyslu á hassi eða marjúana, e-töflu, amfetamíni).

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	1-2 sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10-19 sinnum	20-39 sinnum	40 sinnum eða oftar
a) Lent í slagsmálum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Orðið fyrir slysi eða meiðslum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lent í vandræðum við foreldra þína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lent í vandræðum við vini þína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Staðið þig illa í skóla eða vinnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Einhverju verið stolið eða rænt frá þér	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Lent í vandræðum við lögregluna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Lent á spítala eða slysadeild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Haft samfarir án þess að nota smokk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Haft samfarir sem þú sást eftir næsta dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Hugsaðu um SÍÐUSTU 30 DAGA. Hversu miklum peningum hefur þú eytt í tóbak, áfengi eða hass eða marjúana (kannabis)?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Engum peningum	300 kr. eða minna	400-600 krónur	700-1500 krónur	1600-3000 krónur	3000-7000 krónur	Meira en 7000 krónur
a) Tóbak (t.d. sígarettur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Áfengi (t.d. bjór, léttvín, sterkt áfengi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hass eða marjúana (kannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hér er spurt um skoðanir þínar og viðhorf

47. Hversu hátt hlutfall nemenda í 10. bekk á Íslandi telur þú að geri eftirtalið?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	0-9%	10-19%	20-29%	30-39%	40-49%	50-59%	60-69%	70-79%	80-89%	90-100%
a) Reyki daglega	<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) Drekki áfengi mánaðarlega eða oftar	<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"/>

48. Hversu mikla fræðslu hefur þú fengið frá starfsmönnum skólans um eftirfarandi?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Enga	Of litla	Hæfilega	Of mikla
a) Tóbak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Áfengi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Önnur vímuefni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Hversu mikla fræðslu hefur þú fengið frá foreldrum eða öðrum fullorðnum ættingjum um eftirfarandi?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Enga	Of litla	Hæfilega	Of mikla
a) Tóbak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Áfengi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Önnur vímuefni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Hversu margir af vinum þínum heldur þú að geri eftirtalið?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Engir	Fáir	Nokkrir	Flestir	Allir
a) Reyki sígarettur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Drekki áfengi (bjór, léttvín, sterkt áfengi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verði drukknir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Reyki hass eða marjúana (kannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Taki svefntöflur eða róandi lyf (án lyfseðils læknis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Noti e-töflur (alsælu eða ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Noti sniffefni til að komast í vímu (t.d. lím)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Gerir eitthvert eldri systkina þinna eftirtalið?Merktu í einn reit í hverri línu.

	Já	Nei	Veit ekki	Á ekki eldri systkini
a) Reykir sígarettur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Drekkur áfengi (bjór, léttvín, sterkt áfengi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verður drukkin/n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Reykir hass eða marjúana (kannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Tekur svefntöflur eða róandi lyf án lyfseðils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Notar e-töflur (alsælu eða ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) „Sniffar“ (t.d. lím) til að komast í vímu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Hversu mikla hættu telur þú vera á því að fólk skaði sig á eftirtöldu?Merktu í einn reit í hverri línu.

	Engin hætta	Lítill hætta	Nokkur hætta	Mikil hætta	Veit ekki
a) Að reykja sígarettur öðru hverju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Að reykja pakka eða meira af sígarettum á dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Að drekka 1-2 áfenga drykki á næstum hverjum degi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Að drekka 4-5 áfenga drykki á næstum hverjum degi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Að drekka fimm eða fleiri áfenga drykki um hverja helgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Að prófa hass eða marjúana einu sinni eða tvisvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Að reykja hass eða marjúana öðru hverju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Að reykja hass eða marjúana reglulega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Að prófa e-töflu (alsælu, ecstasy) einu sinni eða tvisvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Að nota e-töflu (alsælu, ecstasy) reglulega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Að prófa amfetamín eða spítt einu sinni eða tvisvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Að nota amfetamín eða spítt reglulega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Ef þú hefur prófað hass, heldurðu að þú hefur sagt frá því í þessum spurningalista?Merktu í einn reit.Ég er búinn að segja
að ég hef prófað hass

Já, örugglega

Já, líklega

Nei, líklega ekki

Nei, örugglega ekki

Eftirfarandi spurningar eru um bakgrunn þinn

54. Hverjir búa á sama heimili og þú?

(Ef þú býrð á fleiri en einu heimili svarar þú fyrir það heimili sem þér finnst þitt aðalheimili)
Merktu við allt sem við á.

- Ég bý ein/n
- Faðir
- Stjúpfaðir, fósturfaðir eða kærasti foreldris
- Móðir
- Stjúpmóðir, fósturmóðir eða kærasta foreldris
- Eldri systkini (stjúpsystkini eða fóstursystkini)
- Yngri systkini (stjúpsystkini eða fóstursystkini)
- Afi og/eða amma
- Aðrir ættingjar fjölskyldu minnar
- Kærasta mín/kærasti minn
- Aðrir sem ekki eru hluti af fjölskyldunni

55. Hver er menntun foreldra þinna? (Ef þú ert alin/n upp hjá fósturföður eða fósturmóður svarar þú fyrir hann eða hana). Merktu í einn reit í hverri línu.

	Lauk grunnskóla eða minna	Hóf nám í framhalds-skóla	Lauk námi í framhalds-skóla	Hóf nám í háskóla	Lauk námi í háskóla	Veit ekki	Á ekki við
a) Menntun föður þíns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Menntun móður þinnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Hversu gott hefur fjölskylda þín það peningalega miðað við aðrar fjölskyldur í landinu?

Merktu í einn reit.

Miklu betra	Töluvert betra	Svolítið betra	Svipað og aðrar	Svolítið verra	Töluvert verra	Miklu verra
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Hefur þú einhvern tímann um ævina búið í öðru landi í eitt ár eða lengur? Merktu við allt sem við á.

Nei, aldrei	Já, þegar ég var 12 ára eða yngri	Já, þegar ég var 13 ára eða eldri
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Svaraðu eftirfarandi spurningum eftir því sem þær eiga við um þig

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Á höfuðborgar-svæðinu	Í sjávarporpi	Í öðru þéttbýli	Í sveit	Í útlöndum
a) Hvar áttu heima núna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hvar finnst þér líklegast að þú munir búa í framtíðinni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hvar vildir þú helst búa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Er móðir þín af íslenskum uppruna? Merktu í einn reit.

- Já, hún er af íslenskum uppruna
- Nei, en hún fæddist samt á Íslandi
- Nei, hún flutti til Íslands áður en ég fæddist
- Nei, hún flutti til Íslands þegar ég var tólf ára eða yngri
- Nei, hún flutti til Íslands þegar ég var þrettán ára eða eldri
- Nei, hún hefur aldrei búið á Íslandi

60. Er faðir þinn af íslenskum uppruna? Merktu í einn reit.

- Já, hann er af íslenskum uppruna
- Nei, hann fæddist samt á Íslandi
- Nei, en hann flutti til Íslands áður en ég fæddist
- Nei, hann flutti til Íslands þegar ég var tólf ára eða yngri
- Nei, hann flutti til Íslands þegar ég var þrettán ára eða eldri
- Nei, hann hefur aldrei búið á Íslandi

61. Hvaða tungumál talar fjölskyldan heima hjá þér? Merktu í einn reit.

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Alltaf íslensku | Oftast íslensku en stundum annað mál | Jafnt íslensku og annað mál | Stundum íslensku en oftast annað mál | Aldrei íslensku |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

62. Hversu líklegt er að þú munir í framtíðinni flytja til útlanda? Merktu í einn reit.

- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Mjög ólíklegt | Frekar ólíklegt | Hvorki né | Frekar líklegt | Mjög líklegt |
| a) Í eitt ár eða meira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Fyrir fullt og allt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

63. Hversu stolt/ur ert þú af því að vera Íslendingur? Merktu í einn reit.

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Alls ekki stolt/ur | Ekki mjög stolt/ur | Frekar stolt/ur | Mjög stolt/ur | Á ekki við því ég er ekki íslensk/ur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

64. Hvað af eftirtöldu skiptir þig mestu máli? Merktu í einn reit.

- | | | | |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bærinn eða staðurinn þar sem ég bý | Landssvæðið þar sem ég bý | Ísland | Evrópa |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eftirfarandi spurningar eru um samband þitt við foreldra þína

65. Hversu oft á eftirfarandi við um þig?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Nær aldrei	Sjaldan	Stundum	Oft	Nær alltaf
a) Ég á auðvelt með að fá hlýju og/eða umhyggju frá mömmu og/eða pabba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ég á auðvelt með að fá andlegan stuðning frá mömmu og/eða pabba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ég á auðvelt með að fá hlýju og/eða umhyggju frá besta vini eða vinkonu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ég á auðvelt með að fá andlegan stuðning frá besta vini eða vinkonu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ég segi foreldrum mínum hvar ég er á kvöldin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ég geri það sem ég vil þótt foreldrar mínir banni það	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ég sleppi því að segja foreldrum mínum frá því sem ég ætla að gera ef ég held að þau myndu banna mér það	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ég get treyst á að mamma og/eða pabbi hjálpi mér ef ég lendi í vandræðum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Hversu oft á eftirfarandi við um foreldra þína?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Nær aldrei	Sjaldan	Stundum	Oft	Nær alltaf
a) Þau setja ákveðnar reglur um hvað ég má gera heima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Þau setja ákveðnar reglur um hvað ég má gera utan heimilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Þau vita með hverjum ég er á kvöldin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Þau vita hvar ég er á kvöldin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Þau þekkja bekkjarfélaga mína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Þau þekkja bestu vini mína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Þau þekkja foreldra bekkjarfélaga minna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Þau þekkja foreldra bestu vina minna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Þau hvetja mig til að gera mitt besta í öllu sem ég geri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Þau verða óvingjarnleg og kuldaleg við mig ef ég geri eitthvað sem þau eru á móti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Þau láta mig sjálfa(n) skipuleggja það sem mig langar til að gera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hér eru nokkrar spurningar um hvernig þér líður og hvað hefur komið fyrir þig

67. Hér fyrir neðan eru ýmsar staðhæfingar um tilfinningar þínar til sjálfs þín.

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Mjög sammála	Frekar sammála	Frekar ósammála	Mjög ósammála
a) Ég er ánægð/ur með sjálfa/n mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Stundum finnst mér ég einskis virði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mér finnst ég hafa marga góða eiginleika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ég get gert margt jafn vel og aðrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mér finnst ég ekki hafa margt til að vera stolt/ur af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Stundum finnst mér ég sannarlega vera gagnslaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mér finnst ég vera a.m.k. jafn mikils virði og aðrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ég vildi óska að ég gæti borið meiri virðingu fyrir sjálfum/sjálfri mér	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Þegar allt kemur til alls finnst mér ég vera misheppnaður/misheppnuð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ég hef jákvæða afstöðu til sjálfs mín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Síðustu SJÖ DAGA, hversu oft hefur þú fundið fyrir eftirfarandi?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Sjaldan eða aldrei	Stundum	Mörgum sinnum	Yfirleitt alltaf
a) Ekki haft neina matarlyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Átt erfitt með að einbeita þér að því sem þú vildir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verið þunglynd/ur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Þurft að hafa mikið fyrir hlutunum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Verið dapur/döpur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ekki getað unnið (heima, í skóla eða vinnu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Hversu sammála ertu eftirfarandi fullyrðingum?

Merktu í einn reit í hverri línu.

	Mjög sammála	Frekar sammála	Veit ekki	Frekar ósammála	Mjög ósammála
a) Flestar reglur má brjóta ef manni finnst þær ekki eiga við	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ég fylgi þeim reglum sem mér sjálfum/sjálfri sýnist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Í rauninni eru mjög fáar reglur algildar í lífinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Það er erfitt að treysta neinu því allt er svo breytilegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Í rauninni veit enginn til hvers er ætlast af honum í lífinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Maður getur aldrei verið viss um neitt í lífinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Hefur þú einhvern tímann gert eitthvað af eftirtöldu?Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	Einu sinni	Tvisvar sinnum	3-4 sinnum	5 sinnum eða oftar
a) Strokið að heiman í meira en einn dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hugsað um að meiða sjálfa/n þig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Reynt að fremja sjálfsmorð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Hversu oft hefur þú gert eftirtalið síðustu 12 mánuði?Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	1-2 sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10-19 sinnum	20-39 sinnum	40 sinnum eða oftar
a) Þú varst með hóp að stríða einstaklingi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Þú varst með hóp að meiða einstakling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Þú varst með hóp sem réðist á annan hóp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Þú byrjaðir á slagsmálum við einhvern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Þú stalst einhverju sem var meira en 2.000 króna virði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Þú braust inn til að stela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Þú skemmdir eitthvað viljandi sem þú áttir ekki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Þú seldir eitthvað sem þú vissir að væri stolið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Hversu oft hefur þú orðið fyrir eftirtöldu síðustu 12 mánuði?Merktu í einn reit í hverri línu.

	Aldrei	1-2 sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10-19 sinnum	20-39 sinnum	40 sinnum eða oftar
a) Heill hópur stríddi þér einum/einni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Heill hópur réðist á þig eina/einn og meiddi þig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Þú varst með hóp sem annar hópur réðist á	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Einhver byrjaði á slagsmálum við þig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Einhver stal frá þér einhverju sem var meira en 2.000 króna virði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Einhver braust inn heima hjá þér til að stela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Einhver skemmdi viljandi eitthvað sem þú áttir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Þú keyptir eitthvað sem þú vissir að væri stolið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

ESPAD á Íslandi
Rannsóknarsetur forvarna
Háskólanum á Akureyri
Sólborg við Norðurslóð
600 Akureyri

www.espad.is

+

+