

## Sådan udfylder du spørgeskemaet

- 1) Brug kun en sort eller blå kuglepen.
- 2) Læs hvert enkelt spørgsmål og alle svarkategorier igennem før du svarer og vær opmærksom på, om du må sætte ét eller flere krydser.
- 3) Markér det spørgsmål, der passer bedst på din mening.



- 4) Hvis du laver en fejl eller skifter mening, fylder du bare den forkerte boks helt ud og markerer den nye boks.



- 5) Nogle spørgsmål er lettere at besvare end andre. Hvis du er i tvivl, sætter du kryds i den kasse, der passer bedst til dig. Er der spørgsmål, du ikke kan eller ønsker at besvare, går du videre til næste spørgsmål.
- 6) Når du er færdig, er det vigtigt, at du returnerer hele hæftet i vedlagte svarkuvert, også selvom der eventuelt er spørgsmål, du har sprunget over.

**HUSK**, at det ikke er en test. Der findes ingen rigtige eller forkerte svar - du skal kun give de svar, der passer bedst til dig.

## Hvordan er unges sundhed og livsstil i dag?

Vi har brug for din hjælp til at blive klogere på unges livsstil og sundhedsvaner. Det tager ca. en halv time at udfylde spørgeskemaet, og vi håber, at du har tid og lyst til at udfylde spørgeskemaet.

### Din deltagelse betyder meget

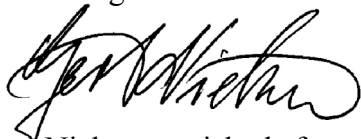
Spørgeskemaet handler om din livsstil og dagligdag og har spørgsmål om fysisk aktivitet, rygning, alkohol, stoffer og trivsel. Du er blevet udtrukket til at deltage i undersøgelsen sammen med 3000 andre unge fra hele landet.

**Dit svar hjælper os i vores arbejde med at forebygge at danskere får kræft eller andre livsstilssygdomme. Alle svar hjælper, så det er lige meget, om du er fysisk aktiv, inaktiv, er ryger eller ikke ryger osv.**

De anonyme svar bliver udgivet som en rapport, der viser hvordan unge lever i dag.

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte projektchef Gert Nielsen på tlf. 35 25 75 16 eller pr. mail: [gnielsen@cancer.dk](mailto:gnielsen@cancer.dk). Hvis du gerne vil vide mere om projektet, kan du læse om de tidligere undersøgelser på [www.muld-survey.dk](http://www.muld-survey.dk)

Med venlig hilsen



Gert Nielsen, projektchef  
Kræftens Bekæmpelse

Vi har udtrukket dit CPR-nr. i CPR-registeret. Undersøgelsen følger datatilsynets regler, hvor det kun er forskere, der har lov til at sammenkæde CPR-nr. og spørgeskemaet. Alle svar behandles strengt fortroligt. Spørgeskemaet er mærket med et studienummer, der kobler til en liste over de, der har fået tilsendt skema, så forskerne kan holde styr på hvem, der har svaret hvad, og vi kan sende præmierne det rette sted hen. Man kan ikke se direkte i spørgeskemaet, at det er dig, der har svaret.

**Du har også mulighed for at besvare spørgeskemaet på nettet. Gå ind på [www.e-muld.dk](http://www.e-muld.dk) og tast din personlige kode. Koden står i det vedlagte brev.**

## Først nogle spørgsmål om dig selv

### 1 Køn

Pige  Dreng

### 2 Alder

16 år  17 år  18 år  19 år  20 år

### 3 Går du i skole, er under uddannelse eller andet?

(sæt kun ét X)

Jeg går i skole/er under uddannelse → Gå til spm. 4

Jeg laver noget andet → Gå til spm. 5

### 4 Hvis du går i skole, er under uddannelse eller står i lære, hvilken skole eller uddannelse går du så på?

(sæt kun ét X)

#### Grundskole (9.-10. klasse)

Alm. folkeskole  Privat skole  Efterskole

#### Gymnasial uddannelse

Alm. gymnasium  Hf  Handelsgymnasium (Hh/Hhx)  Teknisk gymnasium (Htx)

#### Erhvervsuddannelse

Grundforløb på Teknisk skole (f.eks. teknologi og kommunikation eller fra jord til bord)

Grundforløb på Handelsskole (f.eks. HG)

I lære (f.eks. elektriker, murer eller datamatiker) eller i skolepraktik på Teknisk skole

I lære på Handelsskole (f.eks. salgsassistent eller dekoratør) eller i skolepraktik på Handelsskole

Landbrugsuddannelse

#### Social- og sundhedsskolerne

Social- og sundhedsuddannelserne

#### Videregående uddannelse

Kort videregående uddannelse, under 3 år  
(f.eks. laborant, markedsføringsøkonom, installatør eller produktionsteknolog)

Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år  
(f.eks. sygeplejerske, diplomingeniør, folkeskolelærer, socialrådgiver eller pædagog)

Lang videregående uddannelse, over 4 år  
(f.eks. læge, gymnasielærer, civilingeniør eller biolog)

Andet (f.eks. produktionsskole): \_\_\_\_\_



Gå til spørgsmål 6

### 5 Hvis du ikke går i skole eller er i gang med en uddannelse, hvad laver du så?

(gælder ikke fritidsarbejde) (sæt kun ét X)

Erhvervsarbejde

Soldat, værnepligtig eller på kontrakt

Arbejdsløs/under aktivering

Under revalidering eller lignende

Langtidssygemeldt

Andet, f.eks. sabbatår

## Daglige aktiviteter

### Stillesiddende aktiviteter

6 Hvor meget af din fritid bruger du på en normal dag (medregn lektielæsning).....?

(Besvar hver linje. Svar 0 timer, hvis du normalt **aldrig** bruger tid på den givne aktivitet. **Angiv kun hele tal**)

	timer	minutter	
ved computeren – det gælder uanset hvad du laver ved computeren	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pr. dag
med at se tv medregn DVD/video, spil fx playstation mm.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pr. dag
andre stillesiddende aktiviteter, som at sidde og snakke, læse, spille klaver mm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pr. dag



Hvis du **ikke** har arbejde eller fritidsarbejde, gå til spørgsmål 8

### Arbejde

7 Hvor lang tid bruger du **normalt pr. uge** på følgende typer arbejde (medregn **IKKE** lektielæsning)?

(Besvar hver linje. Svar 0 timer, hvis du normalt **aldrig** bruger tid på det givne arbejde. **Angiv kun hele antal timer**)

	timer	
Meget anstrengende fysisk aktivitet som f.eks. tunge løft, bære tunge ting, bygge eller gravearbejde.....	<input type="text"/>	pr. uge
Jævn fysisk aktivitet som at løfte eller bære lette ting.....	<input type="text"/>	pr. uge
Stillesiddende arbejde f.eks. ved arbejdsbord eller computer.....	<input type="text"/>	pr. uge
7a Hvor mange timer arbejder du i alt i gennemsnit pr. uge?.....	<input type="text"/>	pr. uge

### Transport

Disse spørgsmål handler om, hvordan du transporterer dig fra sted til sted f.eks. til arbejde, skole, fritidsaktiviteter osv.

8 Hvor tit har du de sidste 7 dage ...

	Dage	Typisk tid pr. dag	
	pr. uge	Timer	Minutter
a....cyklet?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b..... gået?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c..... kørt? (f.eks. med bil, bus, tog, motorcykel eller lignende)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8a Hvordan opfatter du normalt din gå- eller cykeltur?

- Anstrengende fysisk aktivitet, som får dig til at blive meget forpustet eller svedig
- Jævn fysisk aktivitet, som får dig til at blive lettere forpustet eller en smule svedig
- Let fysisk aktivitet, som ikke får dig til at blive specielt forpustet eller svedig



Hvis **ikke** du går i skole eller er i gang med anden uddannelse, gå til spørgsmål 10

## Skole og uddannelse

9 Hvor mange idrætstimer har du **normalt pr. uge** i skolen eller på anden uddannelse?  
(hele tal)

timer pr. uge (kun hele tal)

9a Hvordan opfatter du normalt idrætstimerne?

- Anstrengende fysisk aktivitet, som får dig til at blive meget forpustet eller svedig  
 Jævn fysisk aktivitet, som får dig til at blive lettere forpustet eller en smule svedig  
 Let fysisk aktivitet, som ikke får dig til at blive specielt forpustet eller svedig

## Fritidsaktiviteter

10 Hvor lang tid bruger du **normalt pr. uge** på fysisk aktivitet i fritiden, - alt fra dans og skateboard til idræt i en klub og konkurrencesport? (medregn **ikke** din fysiske aktivitet på arbejde, ved transport og idræt i skolen)

timer pr. uge (kun hele tal)

- Bruger normalt **aldrig** tid på fysisk aktivitet i fritiden → gå til spørgsmål 11

10a Hvordan opfatter du den fysiske aktivitet, du normalt laver i fritiden?

- Anstrengende fysisk aktivitet, som får dig til at blive meget forpustet eller svedig  
 Jævn fysisk aktivitet, som får dig til at blive lettere forpustet eller en smule svedig  
 Let fysisk aktivitet, som ikke får dig til at blive specielt forpustet eller svedig

11 Hvis vi ser på det sidste halve år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af dine fysiske aktiviteter i fritiden?

(sæt max. ét X)

- Jeg træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen  
(f.eks. konkurrencesvømmer, håndbold/fodbold på konkurrenceplan)  
 Jeg dyrker motionsidræt eller har tungt arbejde mindst 4 timer pr. uge  
(f.eks. motionsløb, styrketræning, aerobic 1-2 gange ugentligt, tungt bygge- eller gravearbejde)  
 Jeg spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge  
(transport til og fra arbejde)  
 Jeg bruger tiden på at læse, se fjernsyn, spille computer eller anden stillesiddende beskæftigelse

12 Hvad er de væsentligste grunde til, at du dyrker idræt? (besvar hver linie)

	Stor betydning	Nogen betydning	Slet ingen betydning
Kammeratskab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konkurrencen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For at tabe mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afstresning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For at blive professionel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det styrker selvtilliden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oplevelse af velvære	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er "in"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er sundt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi det er sjovt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg dyrker slet ikke idræt/motion

**13 Kunne du tænke dig at bevæge dig mere, end du gør i dag?**

- Ja
- Nej
- Ved ikke

## Tobaksrygning

### 14 Ryger du?

(sæt kun ét X)

- Ja, hver dag → gå til næste spm.
- Ja, mindst én gang om ugen → gå til spm. 16
- Ja, men sjældnere end hver uge → gå til spm. 16
- Nej → gå til spm. 19

### 15 Hvor mange cigaretter ryger du dagligt?

(sæt kun ét X)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ryger ikke <i>cigaretter</i> hver dag | <input type="checkbox"/> 15-19 cigaretter            |
| <input type="checkbox"/> 1-4 cigaretter                        | <input type="checkbox"/> 20-24 cigaretter            |
| <input type="checkbox"/> 5-9 cigaretter                        | <input type="checkbox"/> 25-29 cigaretter            |
| <input type="checkbox"/> 10-14 cigaretter                      | <input type="checkbox"/> 30 cigaretter eller derover |

### 16 Har du inden for det seneste år forsøgt at holde op med at ryge eller at nedsætte dit tobaksforbrug?

(gerne flere X)

- Ja, jeg har forsøgt at holde op
- Ja, jeg har forsøgt at nedsætte tobaksforbruget
- Nej

### 17 Vil du gerne holde op med at ryge?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

### 18 Har du konkrete planer om at holde op med at ryge?

(sæt kun ét X)

- Ja, inden for den kommende måned
- Ja, om 1-6 måneder
- Ja, længere ude i fremtiden
- Nej, har ikke planer om at holde op med at ryge
- Ved ikke



Gå til spørgsmål 22

### 19 Har du røget tidligere?

(sæt kun ét X)

- Ja, men jeg holdt op for mindre end 12 måneder siden
- Ja, men jeg holdt op for mere end 12 måneder siden
- Ja, men jeg har bare røget nogle få gange
- Nej, jeg har aldrig røget → gå til spørgsmål 22

**20 Hvor mange cigaretter røg du dagligt?**

(sæt kun ét X)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Røg ikke cigaretter hver dag | <input type="checkbox"/> 15-19 cigaretter            |
| <input type="checkbox"/> 1-4 cigaretter               | <input type="checkbox"/> 20-24 cigaretter            |
| <input type="checkbox"/> 5-9 cigaretter               | <input type="checkbox"/> 25-29 cigaretter            |
| <input type="checkbox"/> 10-14 cigaretter             | <input type="checkbox"/> 30 cigaretter eller derover |

**21 Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge mindst en gang om ugen?**

år

- Har aldrig røget mindst en gang om ugen  
 Husker ikke



De næste spørgsmål besvares af alle

**22 Har du nogensinde røget vandpibe?**

- Nej  
 Ja, en enkelt gang  
 Ja, flere gange  
 Ja, ryger det mindst en gang om ugen  
 Ja, ryger det hver dag

**23 Har du nogensinde prøvet snus/skrå?**

- Nej  
 Ja, en enkelt gang  
 Ja, flere gange  
 Ja, tager det mindst en gang om ugen  
 Ja, tager det hver dag

**24 Bruger du nikotintyggegummi?**

- Ja  
 Nej

**25 Bruger du nikotinplaster?**

- Ja  
 Nej

**26 Bruger du andre nikotinpræparater fra apoteket?**

- Ja  
 Nej

**27 Ryger din.....?**

(ét X i hver linie. Hvis du ikke har følgende familiemedlemmer, sætter du X i "Har ikke")

	Ja	Nej	Har ikke
a. Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Stedmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Stedfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mindst en af dine søskende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kæreste/samlever/ægtefælle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bedste ven eller veninde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**27a Er du udsat for passiv rygning på nogle af følgende steder:**

*(ét X i hver linie.)*

	Ja	Nej	Kommer der ikke
Din skole/uddannelsesinstitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din arbejdsplads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit fritidsarbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit hjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrætsklubber/sportshaller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caféer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauranter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**28**

1. **Forestil dig at du i fremtiden ryger en pakke cigaretter hver dag. Hvor stor sandsynlighed mener du så, der er for, at du udvikler lungekræft i løbet af dit liv? (sæt kun ét X)**

Slet ikke sandsynligt      1       2       3       4       5       Meget Sandsynligt

2. **Forestil dig at du i fremtiden ikke ryger overhovedet. Hvor stor sandsynlighed mener du så, der er for, du udvikler lungekræft i løbet af dit liv? (sæt kun ét X)**

Slet ikke sandsynligt      1       2       3       4       5       Meget Sandsynligt

3. **Tror du, at du vil ryge om et år? (sæt kun ét X)**

Slet ikke sandsynligt      1       2       3       4       5       Meget sandsynligt

## Øl, vin og spiritus

### 29 Hvor mange genstande drak du på hver af dagene i sidste uge?

(HUSK: Kun hele tal, - rund op, hvis det er nødvendigt. Skriv 0 hvis du ikke drak øl/vin/spiritus den pågældende dag)

Mandag	<input type="text"/>	genstande
Tirsdag	<input type="text"/>	genstande
Onsdag	<input type="text"/>	genstande
Torsdag	<input type="text"/>	genstande
Fredag	<input type="text"/>	genstande
Lørdag	<input type="text"/>	genstande
Søndag	<input type="text"/>	genstande

Med "alkohol" menes *alt*, der indeholder alkohol, - såsom øl, vin, spiritus mv.

1 alm. øl = 1 genstand

1 stærk øl = 1,5 genstand

1 glas vin = 1 genstand

1 flaske vin = 6 genstande

4 cl spiritus = 1 genstand

1 sodavandsprodukt med alkohol (f.eks. Barcardi Breezer, Smirnoff ice)= 1,5 genstand

Drikker slet ikke øl, vin eller spiritus → gå til spørgsmål 36

Drikker øl, vin eller spiritus, men drak ikke i sidste uge

### 30 Hvor gammel var du, da du første gang drak en hel øl, et glas vin eller spiritus?

 år

### 31 Hvor gammel var du, da du første gang var fuld?

 år

Har aldrig været fuld

### 32 Tænk tilbage på de sidste 30 dage. Ved hvor mange lejligheder har du drukket øl, vin eller spiritus? (sæt kun ét X)

0 gange      1-2 gange      3-5 gange      6-9 gange      10+ gange

### 33 Tænk tilbage på de sidste 30 dage. Ved hvor mange lejligheder har du:

(ét X i hver linje)

	0 gange	1-2 gange	3-5 gange	6-9 gange	10+ gange
a. Drukket alm. øl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Drukket stærk øl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Drukket vin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Drukket sodavandsprodukter med alkohol (f.eks. Barcardi Breezer, Smirnoff ice)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Drukket spiritus (f.eks. rom, gin, tequilla)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34 Tænk tilbage på de sidste 30 dage. Ved hvor mange lejligheder har du:**

(ét X i hver linje)

	0 gange	1-2 gange	3-5 gange	6-9 gange	10+ gange
a. Drukket mere end 5 genstande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Været fuld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35 Har du nogensinde haft et eller flere af følgende problemer, fordi du har drukket øl, vin eller spiritus?**

(ét X i hver linje)

	Aldrig	1 gang	2 gange	3 el. flere gange
a. Været i slagsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Involveret i ulykke/uheld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mistet penge eller andre ting af værdi for dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haft problemer med dine forældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Haft problemer med dine venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Nedsat din præstation i skolen eller på arbejdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Har haft samleje, selv om du ikke ønskede det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kørt motorcykel/bil under påvirkning af alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Problemer med politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Været på hospitalet eller skadestue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Taget stoffer du <u>ikke</u> ville have taget, hvis du var ædru – hash, ecstasy, heroin el. lign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Stoffer

### 36 Har du nogensinde prøvet et eller flere af følgende stoffer?

(ét X i hver linje)

	Ja, inden for den seneste måned	Ja, inden for det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)	Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)	Nej, har aldrig prøvet stoffet
a. Hash (pot, marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Amfetamin (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Rygeheroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Euforiserende svampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Snifning af opløsningsmidler eller lightergas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Andre stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hvilke: _____				



*Hvis du aldrig har prøvet nogen af ovenstående stoffer, så gå til spørgsmål 40*

### 37 Hvor mange gange har du røget hash (pot, marihuana) de seneste 30 dage?

0 gange    1-2 gange    3-5 gange    6-9 gange    10-19 gange    20+ gange

### 38 Hvis du har prøvet at ryge hash, hvor gammel var du, da du prøvede det første gang?

år

har aldrig røget hash

### 39 Hvis du har prøvet andre stoffer end hash, hvor gammel var du, da du prøvede det første gang?

år

har aldrig prøvet andre stoffer end hash

## Krop og helbred

40 Hvad er din højde uden sko?

Angiv i centimeter (*kun hele tal*):

--	--	--	--	--

cm

41 Hvad vejer du?

Angiv i kg (*kun hele tal*):

--	--	--	--	--

kg

42 Hvordan vil du vurdere dit nuværende helbred?

- Virkelig godt  
 Godt  
 Nogenlunde  
 Dårligt  
 Meget dårligt

43 Hvordan vil du vurdere din fysiske form?

- Virkelig god  
 God  
 Nogenlunde  
 Dårlig  
 Meget dårlig

44 Har du inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af nedenfor nævnte former for smerter eller ubehag?

(ét X i hver linje)

	meget generet af	lidt generet af	næsten ikke generet af	slet ikke generet af
Smerter eller ubehag i skuldre eller nakke	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hurtig hjertebanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnbesvær, søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mavesmerter, ondt i maven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem, hududslet, kløe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forkølelse, snue, hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndedrætsbesvær, forpustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været irriteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Trivsel

**45 Føler du at du trives .....**

*(ét X i hver linie)*

	Ja, altid	Ja, for det meste	Nej, næsten aldrig	Nej, aldrig
I skolen/arbejdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På dit fritidsjob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**46 Føler du, at du for øjeblikket har personlige problemer, der gør det vanskeligt for dig at klare daglige gøremål?**

- Ja, meget
- Ja, i nogen grad
- Ja, i mindre grad
- Slet ikke

**47 Taler du i almindelighed med nogen om problemer?**

*(kun ét kryds)*

- Ja, jeg taler med nogen
- Nej, jeg klarer det selv
- Nej, jeg har ikke nogen at tale med

**48 Hvor mange nære venner har du?**

*(kun ét kryds)*

- Har ingen nære venner
- En
- To
- Tre eller flere

**49 Er det nemt eller svært for dig at få nye venner?**

- Meget nemt
- Nemt
- Svært
- Meget svært

**50 Hvor ofte i hverdagen føler du dig ensom?**

- Meget ofte
- Ofte
- Sjældent
- Aldrig



*Hvis **ikke** du går i skole eller er under anden uddannelse, gå til spørgsmål 52*

**51 Hvad synes du for tiden om at gå i skole eller være under uddannelse**

- Virkelig godt
- Godt
- Hverken godt eller dårligt
- Dårligt
- Virkelig dårligt



*Gå til spørgsmål 53*

**52 Hvis du er i arbejde (gælder ikke fritidsarbejde) eller står i lære, hvad synes du så om din arbejdsplads for tiden?**

- Virkelig godt
- Godt
- Hverken godt eller dårligt
- Dårligt
- Virkelig dårligt

**53 Hvor mange hele skoledage/arbejdsdage har du mistet i de sidste 30 dage?**

*(ét X i hver linie)*

	Ingen	1 dag	2 dage	3-4 dage	5-6 dage	7 eller flere dage
På grund af sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På grund af pjæk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**54 Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for mobning?**

*(ved mobning forstår man, at man gentagne gange bliver udsat for ubehagelige eller nedværdigende behandling, som det er svært at forsvare sig imod)*

- Ja, dagligt
- Ja, ugentligt
- Ja, månedligt
- Ja, af og til
- Nej

**55 Har du inden for de sidste 12 måneder mobbet andre?**

- Ja, dagligt
- Ja, ugentligt
- Ja, månedligt
- Ja, af og til
- Nej

## Til slut nogle spørgsmål om din familie

### 56 Hvem bor du sammen med?

(gerne flere X)

- |                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mor     | <input type="checkbox"/> Stedfar           | <input type="checkbox"/> Andre, f.eks. i kollektiv, på kollegium/<br>skolehjem |
| <input type="checkbox"/> Stedmor | <input type="checkbox"/> Søskende          | <input type="checkbox"/> Venner  |
| <input type="checkbox"/> Far     | <input type="checkbox"/> Kæreste/ægtefælle | <input type="checkbox"/> Ingen, jeg bor alene                                  |

### 57 Er dine forældre skilt/separeret/flyttet fra hinanden? Ja Nej

### 58 Hvad er din mors og fars højeste uddannelse?

(hvis du har mest kontakt med din stedmor/stedfar, angives hendes/hans uddannelse – kun ét X i hver kolonne)

#### Mor

- 7 år eller færre års skolegang
- 8-10 års skolegang
- Specialarbejder (f.eks. rengøringsass., chauffør, postarbejder eller dagplejemor)
- Læringeuddannelse eller anden faglig uddannelse (f.eks. tømreruddannelse, social- og sundhedsudd. eller landbrugsudd.)
- Gymnasial uddannelse (gymnasium, hf eller hh)
- Kort videregående uddannelse, under 3 år (f.eks. laborant, markedsøkonom, elinstallatør eller maskintekniker)
- Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. sygeplejerske, folkeskolelærer, socialrådgiver eller pædagog)
- Lang videregående uddannelse, over 4 år (f.eks. læge, gymnasielærer, civilingeniør eller biolog)
- Ved ikke
- Andet: \_\_\_\_\_

#### Far

- 7 år eller færre års skolegang
- 8-10 års skolegang
- Specialarbejder (f.eks. rengøringsass., chauffør, postarbejder eller dagplejemor)
- Læringeuddannelse eller anden faglig uddannelse (f.eks. tømreruddannelse, social- og sundhedsudd. eller landbrugsudd.)
- Gymnasial uddannelse (gymnasium, hf eller hh)
- Kort videregående uddannelse, under 3 år (f.eks. laborant, markedsøkonom, elinstallatør eller maskintekniker)
- Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. sygeplejerske, folkeskolelærer, socialrådgiver eller pædagog)
- Lang videregående uddannelse, over 4 år (f.eks. læge, gymnasielærer, civilingeniør eller biolog)
- Ved ikke
- Andet: \_\_\_\_\_

### 59 Hvilken religiøs baggrund har du?

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Protestantisk<br>(Den Danske Folkekirke) | <input type="checkbox"/> Jødisk       | <input type="checkbox"/> Ved ikke             |
| <input type="checkbox"/> Katolsk                                  | <input type="checkbox"/> Buddhistisk  | <input type="checkbox"/> Anden, hvilken _____ |
| <input type="checkbox"/> Islamisk                                 | <input type="checkbox"/> Ikke troende |   |

### 60 Hvor er din far født?

- Danmark
- Andet land, hvilket \_\_\_\_\_



**61 Hvor er din mor født?**

- Danmark  
 Andet land, hvilket \_\_\_\_\_

**62 Hvor er du født?**

- Danmark  
 Andet land, hvilket \_\_\_\_\_

**63 Hvilket sprog taler du og dine forældre mest i hjemmet?**

(gerne flere krydser)

	Dig selv	Dine forældre		Dig selv	Dine forældre
Dansk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arabisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet nordisk sprog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk, tysk, spansk eller andet vesteuropæisk sprog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprog fra Pakistan/Indien (urdu, punjabi, hindi mv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyrkisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bosnisk/serbisk/kroatisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Kommentarer**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---