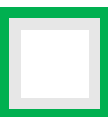


# Spurningalisti fyrir nemendur



## A) Spurningar um þig

1.) Ertu strákur eða stelpa?      Strákur      Stelpa

2.) Hversu gamall/gömul ert þú?             ára

3.) Hversu vel finnst þér eftirfarandi staðhæfingar eiga við um þig?  
(Merktu í EINN reit í hverjum lið)

	Á nær alltaf við um mig	Á oft við um mig	Á stundum við um mig	Á sjaldan við um mig	Á nær aldrei við um mig
Mér finnst námið tilgangslaust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mér leiðist námið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mér finnst ég illa búin(n) undir kennslustundir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mér finnst ég ekki leggja nægjanlega rækt við námið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mér finnst námið vera of létt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mér finnst námið vera of þungt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mér líður illa í skólanum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mig langar til að hætta í skólanum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mig langar til að skipta um skóla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mér semur illa við kennarana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.) Hversu vel eiga eftirfarandi fullyrðingar við um þig?  
(Merktu í EINN reit í hverjum lið)

	Á mjög vel við um mig	Á frekar vel við um mig	Á frekar illa við um mig	Á mjög illa við um mig
Foreldrar mínir þekkja vini/vinkonur mína(r)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrar mínir þekkja foreldra vina/vinkvenna minna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrar mínir tala oft við foreldra vina/vinkvenna minna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrar mínir og foreldrar vina/vinkvenna minna hittast stundum til að tala saman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrar mínir fylgjast með því hvað ég geri í frístundum mínum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.) Stundar þú íþróttir eða líkamsrækt? (Merktu aðeins í EINN reit)

Nær aldrei	1 sinni í viku	2 sinnum í viku	3 sinnum í viku	4-6 sinnum í viku	Svo til á hverjum degi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.) Eftirfarandi spurningar eru um íþróttir og líkamsrækt? (Merktu í EINN reit í hverjum lið)

	Nær aldrei	1 sinni í viku	2 sinnum í viku	3 sinnum í viku	4-6 sinnum í viku	Svo til á hverjum degi
Hversu oft tekur þú þátt í íþróttum og líkamsþjálfun í skólanum, fyrir utan skyldutíma (leikfimitíma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hve oft stundar þú íþróttir (æfir eða keppir) með íþróttafélagi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hve oft stundar þú íþróttir eða æfingar, hvorki á vegum skólans né íþróttafélaga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hversu oft reynir þú á þig líkamlega þannig að þú mældist verulega eða svitnir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.) Hve margir sem þú æfir venjulega með íþróttir utan skólans eru góðir vinir þínir?  
(Merktu aðeins í EINN reit)

Stunda hvorki íþróttir né líkamsrækt	Ég æfi venjulega ein(n)	Engir	Fæstir	Um helmingur	Flestir	Nær allir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.) Stundar þú eitthvað af eftirtöldu?  
(Merktu í EINN reit í hverjum lið)

	Nær aldrei	Nokkrum sinnum í mánuði	1-2 sinnum í viku	3 sinnum í viku	4 sinnum í viku eða oftar
Handbolta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fótbolta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körfubolta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fimleika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frjálsar íþróttir eða hlaup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tennis, badminton, borðtennis eða veggtennis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjálfsvarnaríþróttir (júdó, box, karate, glímu, taekwondo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skíði, snjóbretti eða skauta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Líkamsrækt í líkamsræktarstöð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Líkamsrækt annars staðar en í líkamsræktarstöð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aðrar íþróttir, hvaða? \_\_\_\_\_

9.) Hversu miklum tíma verð þú að jafnaði í eftirtalið á hverjum degi?  
(Merktu í EINN reit í hverjum lið)

	Nær engum tíma	½-1 klst.	Um 1 klst.	Um 2 klst.	Um 3 klst.	Um 4 klst.	Um 5 klst.	6 klst. eða fleiri
Horfa á sjónvarp/videó/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spila tölvuleiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vera á netinu (Veraldarvef eða spjallrásur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nota tölvur í annað en vera á netinu eða spila tölvuleiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blogga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.) Stundar þú eitthvað af eftirtöldu?  
(Merktu í EINN reit í hverjum lið)

	Nær aldrei	Nokkrum sinnum á ári	Nokkrum sinnum í mánuði	1-2 sinnum í viku	3 sinnum í viku eða oftar
Böll í félagsmiðstöð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Félags- og tómstundastarf í félagsmiðstöð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tónlistarnám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skátastarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K.F.U.M. eða K.F.U.K.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Æskulýðsstarf þjóðkirkjunnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Æskulýðsstarf annarra trúfélaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bindindisfélag (I.O.G.T.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Útivist (fjallganga eða útilegur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiðar (stang- eða skotveiðar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annað, hvað? \_\_\_\_\_

11.) Þessar spurningar eru um það sem foreldrar eða forráðamenn gera. Hvernig myndir þú lýsa þínum?  
(Merktu í EINN reit í hverjum lið)

Foreldrar / forráðamenn mínir ...	Yfirleitt alltaf	Stundum	Aldrei
Hjálpa mér eins mikið og ég þarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leyfa mér að gera það sem mig langar til að gera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eru ástríkir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skilja vandamál mín og áhyggjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eru ánægðir með að ég taki mínar eigin ákvarðanir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reyna að stjórna öllu sem ég geri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koma fram við mig eins og barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Láta mér líða betur þegar ég er í uppnámi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.) Hér er listi yfir atriði sem sumar fjölskyldur gera saman. Hve oft gerir fjölskyldan þín eitthvað af eftirfarandi saman? (Merktu í EINN reit í hverjum lið)

Fjölskyldan mín ...	Alla daga	Flesta daga	Vikulega	Sjaldnar	Aldrei
Horfir á sjónvarp, DVD eða bíómyndir saman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Borðar saman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fer eitthvað saman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.) Hve oft ert þú ósammála foreldrum þínum eða hefur lent í rífrildi við þá um eftirfarandi atriði? (Merktu í EINN reit í hverjum lið)

Ég er ósammála eða rífst við foreldra mína um ...	Alla daga	Flesta daga	Vikulega	Sjaldnar	Aldrei
Heimavinnuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Þrif í húsinu og herberginu mínu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hverjir vinir mínir eru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Að ég reyki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Að ég drekki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Það sem ég má horfa á í sjónvarpi, DVD og á internetinu eða bíó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.) Þessar spurningar eru um þær reglur sem gilda á þínu heimili um útivistartíma í frítíma þínum (á kvöldin, um helgar eða í fríum) (Merktu í EINN reit í hverjum lið)

Þegar þú ferð út ...	Alltaf	Oftast	Stundum	Aldrei
Þarftu þá að vera komin/h heim á ákveðnum tíma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er þá einhver vakandi þegar þú kemur heim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Þarftu að hringja eða senda SMS (smáskilaboð) ef áætlunin breytist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vita foreldrar/forráðamenn þínir í raun og veru hvar þú ert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.) Gerðu grein fyrir því hvort og í hve miklum mæli eftirfarandi aðstæður eiga við hjá þér.  
(Merktu í EINN reit í hverjum lið)

	Nær aldrei	Sjaldan	Stundum	Oft	Nær alltaf
Foreldrar þínir eru illa staddir fjárhagslega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrar þínir hafa ekki efni á að eiga og reka bíl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrar þínir hafa varla næga peninga til að borga brýnustu nauðsynjar (t.d. mat, húsnæði, síma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrar þínir hafa ekki ráð á þeirri tómskundastarfsemi sem þú vilt helst stunda (t.d. ástundum tónlistar eða íþróttar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.) Hverjir eftirtalinna búa á sama heimili og þú (þar sem þú býrð alltaf eða mest)?  
(Merktu í einn eða fleiri reiti eftir því sem við á)

- Faðir
- Móðir
- Sambýlismaður foreldris
- Sambýliskona foreldris
- Systkini
- Aðrir, hverjir? \_\_\_\_\_

17.) Hver er menntun móður þinnar? (Ef þú ert að mestu alin/n upp hjá fósturmóður, svarar þú fyrir hana)  
(Merktu aðeins í EINN reit)

- Lauk grunnskólaprófi eða minna
- Hóf framhaldsskólanám í menntaskóla eða iðnskóla
- Lauk framhaldsskóla í menntaskóla eða iðnskóla
- Hóf háskólanám
- Lauk háskólanámi
- Veit ekki, eða á ekki við

18.) Hver er menntun föður þíns? (Ef þú ert að mestu alin/n upp hjá fósturföður, svarar þú fyrir hann)  
(Merktu aðeins í EINN reit)

- Lauk grunnskólaprófi eða minna
- Hóf framhaldsskólanám í menntaskóla eða iðnskóla
- Lauk framhaldsskóla í menntaskóla eða iðnskóla
- Hóf háskólanám
- Lauk háskólanámi
- Veit ekki, eða á ekki við

**B) Spurningar um reykingar**

19.) Hversu margar sígarettur hefur þú reykt á ævinni?

Enga

Tekið nokkra smóka

1 til 19  
sígarettur20 til 100  
sígaretturMeira en 100  
sígarettur

20.) Hversu oft reykir þú núna?

Ég reyki ekki

Sjaldnar en einu sinni í mánuði

Að minnsta kosti einu sinni í mánuði, þó ekki vikulega

Að minnsta kosti vikulega, þó ekki daglega

Daglega

21.) Heldur þú að þú munir reykja sígarettur eftir eitt ár?

Já, örugglega

Já, líklega

Líklega ekki

Örugglega ekki

22.) Ef einn af þínum bestu vinum/vinkonum býði þér sígarettu, myndir þú reykja hana?

Já, örugglega

Já, líklega

Líklega ekki

Örugglega ekki

23.) Hvað telur þú að margir fullorðnir reyki sígarettur?

Enginn

Fáir

Nokkrir

Flestir

Allir

24.) Hvað telur þú að margir af jafnöldrum þínum reyki sígarettur?

Enginn

Fáir

Nokkrir

Flestir

Allir

25.) Hversu margir af vinum þínum reykja sígarettur?

Enginn

Fáir

Nokkrir

Flestir

Allir

+

+

26.) Hér eru nokkrar fullyrðingar um reykingar. Hversu ósammála/sammála ert þú þeim?  
(Vinsamlegast merktu í einn reit í hverri línu)

	Ósam- mála	Frekar ósam- mála	Frekar sammála	Sammála
Reykingar eru afslappandi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reykingar hjálpa manni að komast í samband við aðra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reykingar koma manni í gott skap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reykingar eru jákvæðar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reykingar eru grennandi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reykingar draga úr þoli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reykingar eru ávanabindandi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reykingar eru dýrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reykingar eru hættulegar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C) Nú koma spurningar um áfengi.

**Með áfengi er átt við bjór, léttvín, áfenga gosdrykki og sterkt áfengi.**

27.) Hefur þú einhvern tíma drukkið áfengi, jafnvel bara einn sopa?

Já

Nei

28.) Hefur þú einhvern tíma drukkið áfengi sem foreldrar þínir eða forráðamenn vissu ekki af?

Já

Nei

29.) Á hve mörgum, ef einhverjum, af síðastliðnum 30 dögum hefur þú drukkið áfengi?

Aldrei

1-2 daga

3-5 daga

6-9 daga

10-19 daga

20-29 daga

Alla dagana

30.) Hversu margir vina þinna drekka áfengi?

Enginn

Fáir

Nokkrir

Flestir

Allir

31.) Hvað telur þú að margir fullorðnir drekki áfengi?

Enginn

Fáir

Nokkrir

Flestir

Allir

32.) Hvað telur þú að margir af jafnöldrum þínum drekki áfengi?

Enginn

Fáir

Nokkrir

Flestir

Allir

+

+



33.) Ef þú drekkur áfengi, hversu marga drykki drekkur þú venjulega í hvert skipti?

- Ég drekk aldrei áfengi
- Minna en einn drykk
- 1-2 drykki
- 3-4 drykki
- 5-6 drykki
- Fleiri en 6 drykki

34.) Hversu oft hefur þú fengið þér 5 eða fleiri áfenga drykki af sama tilefni?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aldrei                   | Einu sinni               | 2 til 5 sinnum           | Oftar en 5 sinnum        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

35.) Telur þú líklegt að þú munir drekka áfengi eftir eitt ár?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Já, örugglega            | Já, líklega              | Líklega ekki             | Örugglega ekki           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36.) Ef einn af þínum bestu vinum/vinkonum byði þér áfengi, myndir þú drekka það?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Já, örugglega            | Já, líklega              | Líklega ekki             | Örugglega ekki           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

37.) Hér eru nokkrar fullyrðingar um áfengi. Hversu ósammála/sammála ert þú þeim?  
(Vinsamlegast merktu við einn kassa í hverri línu)

	Ósam- mála	Frekar ósam- mála	Frekar sammála	Sammála
Áfengi er afslappandi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áfengi hjálpar manni að komast í samband við aðra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áfengi kemur manni í gott skap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áfengi er jákvætt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áfengi hefur skaðleg áhrif á heilsuna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áfengi dregur úr þoli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áfengi dregur úr rökhugsun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áfengi hefur áhrif á proska unglunga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38.) Ef þú vildir: Hversu auvelt eða erfitt væri það fyrir þig að horfa á kvikmynd sem er bönnuð þínum aldri á eftirtöldum stöðum?(Merktu í EINN reit í hverjum lið)

	Mjög erfitt	Frekar erfitt	Frekar auðvelt	Mjög auðvelt
Í bíó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heima (í sjónvarpinu, DVD eða netinu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heima hjá vini/vinkonu (í sjónvarpinu, DVD eða netinu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39.) Hefur þú einhvern tíma á ævinni séð kvikmynd sem vakti hjá þér löngun til þess að prófa að reykja?

Já

Nei

Ef já, vinsamlegast skrifaðu hvað kvikmyndin heitir:  
(Skrifaðu einn staf í hvern reit)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

40.) Hefur þú einhvern tíma á ævinni séð kvikmynd sem vakti hjá þér löngun til þess að drekka áfengi?

Já

Nei

Ef já, vinsamlegast skrifaðu hvað kvikmyndin heitir:  
(Skrifaðu einn staf í hvern reit)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Kærar þakkir fyrir þátttöku í rannsókninni!**