

Bilag A:

Spørgeskema Børnesundhedsprofil 2021

Spørgsmål markeret med * indgår i både 2017 og 2021 undersøgelsen

Dig og din familie

(Sæt ét X i hver linje)	Altid	For det meste	En gang imellem	Sjældent	Aldrig
1a. Kan du lide at være sammen med en eller flere af dine forældre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Er en eller flere af dine forældre interesse for din skolegang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c. Viser en interesse for din skolegang? eller flere af dine forældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d. Viser en eller flere af dine forældre interesse for, hvad du laver i din fritid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, alle	Ja, de fleste	Ja, nogen	Ja, få	Nej, ingen
2a. Kender en eller flere af dine forældre dine venner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Kender en eller flere af dine forældre dine venners forældre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Synes du, at en eller flere af dine forældre bruger for meget tid på deres mobil, tablet og computer i deres fritid?

	(Kun ét X)
Aldrig	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
En gang imellem	<input type="checkbox"/>
Tit	<input type="checkbox"/>
Meget tit	<input type="checkbox"/>

Dig og din familie

4. Hvordan har du det for tiden*

(Sæt ét X i hver linje)

	Jeg har det rigtig godt	Jeg har det godt	Jeg har det nogenlunde	Jeg har det ikke så godt	Jeg har det slet ikke godt
a. i skolen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. i skolen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. med vennerne/i fritiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Her kommer en række spørgsmål om, hvordan du har haft det de sidste 2 uger. Kun udskoling

Sæt kryds i det felt, som passer bedst til, hvor ofte du har oplevet eller følt følgende:

I de sidste 2 uger...	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
a. har jeg været glad og i godt humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. har jeg følt mig rolig og afslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. har jeg følt mig aktiv og fuld af energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. er jeg vågnet frisk og udhvilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Synes du, at du har for meget at se til?

(Kun ét X)

Aldrig	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
En gang imellem	<input type="checkbox"/>
Tit	<input type="checkbox"/>
Meget tit	<input type="checkbox"/>

7a. Hvor vigtigt er det for dig, at du klarer dig godt i skolen? Kun udskoling*(Kun ét X)*

Meget vigtigt	<input type="checkbox"/>
Lidt vigtigt	<input type="checkbox"/>
Ikke vigtigt	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

7b. Føler du dig presset af test, eksamener og karakterer? Kun udskoling*(Kun ét X)*

Aldrig	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
En gang imellem	<input type="checkbox"/>
For det meste	<input type="checkbox"/>
Altid	<input type="checkbox"/>

Vises til elever som svarer ”En gang imellem”, ”Ja, for det meste” og ”Ja, altid” i spørgsmålet ”føler du dig presset af test, eksaminer og karakterer” får følgende spørgsmål.

8. Hvad presser dig ved test, eksamener og karakterer? Kun udskoling*(Du kan vælge flere svar)*

Jeg ved ikke, hvad testen/eksamen kommer til at handle om	<input type="checkbox"/>
Jeg vil gerne leve op til skolens/lærerens forventninger	<input type="checkbox"/>
Jeg vil gerne leve op til mine egne forventninger	<input type="checkbox"/>
Jeg vil gerne leve op til mine forældres forventninger	<input type="checkbox"/>
Jeg er nervøs for at klare mig dårligere end mine klassekammerater	<input type="checkbox"/>
Jeg har brug for bestemte karakterer for at komme ind på min ungdomsuddannelse	<input type="checkbox"/>
Jeg ved ikke, hvad jeg vil i fremtiden	<input type="checkbox"/>

Dig og de andre

9. Hvor tit gør du følgende i din fritid?

Sæt ét kryds i hver linje	2-3					
	Hver dag	Flere gange om ugen	En gang om ugen	gange om måneden	En gang om måneden	Sjældent eller aldrig
a. Er sammen med venner på internettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Er sammen med venner fysisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Har du nogen venner eller veninder at tale med, hvis noget går dig på eller gør dig ked af det?*

(Kun ét X)

Ja, flere	<input type="checkbox"/>
Ja, en enkelt	<input type="checkbox"/>
Nej, ingen	<input type="checkbox"/>

11. Har du nogen voksne at tale med, hvis noget går dig på eller gør dig ked af det?*

(Kun ét X)

Ja, flere	<input type="checkbox"/>
Ja, en enkelt	<input type="checkbox"/>
Nej, ingen	<input type="checkbox"/>

12. Følgende spørgsmål handler om, hvordan man nogle gange har det

Sæt ét kryds i hver linje	Sjældent	En gang imellem	Ofte
a. Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Føler du dig ensom?*

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, af og til	<input type="checkbox"/>
Ja, tit	<input type="checkbox"/>
Ja, meget tit	<input type="checkbox"/>

Tænk på de sidste 2 måneder.

14. Er du blevet mobbet i skolen?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle få gange	<input type="checkbox"/>
Ja, mange gange	<input type="checkbox"/>
Ved ikke/husker ikke	<input type="checkbox"/>

15. Har nogen mobbet dig på internettet eller sociale medier?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle få gange	<input type="checkbox"/>
Ja, mange gange	<input type="checkbox"/>
Ved ikke/husker ikke	<input type="checkbox"/>

16. Har du fået beskeder, billeder eller videoer, som har gjort dig ked af det, bange eller vred?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle få gange	<input type="checkbox"/>
Ja, mange gange	<input type="checkbox"/>
Ved ikke/husker ikke	<input type="checkbox"/>

17. Har du selv været med til at mobbe andre elever i skolen?*

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle få gange	<input type="checkbox"/>
Ja, mange gange	<input type="checkbox"/>
Ved ikke/husker ikke	<input type="checkbox"/>

18. Har du været med til at mobbe andre på internettet eller sociale medier?*

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle få gange	<input type="checkbox"/>
Ja, mange gange	<input type="checkbox"/>
Ved ikke/husker ikke	<input type="checkbox"/>

Søvn

19. Hvornår plejer du at falde i søvn, hvis du skal i skole næste dag? * Kun udskoling

(Kun ét X)

Kl. 21.00 eller tidligere	<input type="checkbox"/>
21.30	<input type="checkbox"/>
22.00	<input type="checkbox"/>
22.30	<input type="checkbox"/>
23.00	<input type="checkbox"/>
23.30	<input type="checkbox"/>
00.00	<input type="checkbox"/>
00.30	<input type="checkbox"/>
01.00	<input type="checkbox"/>
01.30	<input type="checkbox"/>
02.00 eller senere	<input type="checkbox"/>

20. Hvornår plejer du at falde i søvn, hvis du skal i skole næste dag? * Kun mellemtrin

(Kun ét X)

Kl. 20.00 eller tidligere	<input type="checkbox"/>
20.30	<input type="checkbox"/>
21.00	<input type="checkbox"/>
21.30	<input type="checkbox"/>
22.00	<input type="checkbox"/>
22.30	<input type="checkbox"/>
23.00	<input type="checkbox"/>
23.30	<input type="checkbox"/>
00.00 eller senere	<input type="checkbox"/>

21. Hvornår plejer du at vågne om morgenen, når du skal i skole? *

(Kun ét X)

Kl. 5.00 eller tidligere	<input type="checkbox"/>
05.30	<input type="checkbox"/>
06.00	<input type="checkbox"/>
06.30	<input type="checkbox"/>
07.00	<input type="checkbox"/>
07.30	<input type="checkbox"/>
08.00 eller senere	<input type="checkbox"/>

Tænk på hvordan du har sovet på det sidste.*

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Aldrig	Sjældent	Ca. 1 gang om ugen	Flere gange om ugen	Hver dag
22. Hvor ofte har du svært ved at falde i søvn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hvor ofte har du været så søvnig, at du har haft svært ved at koncentrere dig i skolen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hvor ofte sover du dårligt eller uroligt om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du...

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	0 dage	1-2 dage	3-4 dage	5 dage eller mere
a. brugt din mobiltelefon, tablet eller computer (fx i sengen), lige inden du lagde dig til at sove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. følt dig forstyrret af din mobiltelefon, tablet eller computer efter at du har lagt dig til at sove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din fritid

26. Hvor tit gør du følgende i din fritid?

(Sæt ét X i hver linje)

	Flere gange om ugen	En gang om ugen	2-3 gange om måneden	En gang om måneden	Sjældent eller aldrig
a. Går til sport i en forening eller klub (fx fodbold, håndbold, svømning eller ridning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dyrker fitness eller styrketræning i et fitnesscenter – kun udskoling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dyrker motion eller sport uden for en forening eller fitnesscenter (fx løber, skater, spiller Streetbasket, hopper trampolin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Går til e-sport i forening eller klub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Går til teater, musik, spejder, rollespil, skak eller lignende aktivitet i fx forening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Går i klub - fx juniorklub eller ungdomsklub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Arbejder i et fritidsjob – kun udskoling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Hvor tit gør du følgende i din fritid?

Sæt ét kryds i hver linje

	Mange gange om dagen	Et par gange om dagen	En gang om dagen	Flere gange om ugen	Et par gange om måneden	Sjældent/ aldrig
a. Har kontakt med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Har kontakt med familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Spiller spil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Er på sociale medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hører musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ser YouTube, serier eller film	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenstående spørgsmål vises ikke til respondenter som har svaret "sjældent / aldrig" i delspørgsmålene a., b. og d. i spørgsmålet "Hvor ofte gør du følgende på din mobil, tablet, computer eller spillekonsol i din fritid?"

28. Ved en eller flere af dine forældre, hvem du skriver eller taler med på internettet?

(Kun ét X)

Altid	<input type="checkbox"/>
For det meste	<input type="checkbox"/>
En gang imellem	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

29. Synes du, at du bruger for meget tid på mobil, tablet, computer og spillekonsol? Kun udskoling*(Kun ét X)*

Aldrig	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
En gang imellem	<input type="checkbox"/>
For det meste	<input type="checkbox"/>
Altid	<input type="checkbox"/>

30. Synes du, at du og dine venner bruger for meget tid på mobil, tablet, computer og spillekonsol, når I er sammen? Kun udskoling*(Kun ét X)*

Aldrig	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
En gang imellem	<input type="checkbox"/>
For det meste	<input type="checkbox"/>
Altid	<input type="checkbox"/>

31. Tænker du over, om det du læser og ser på internettet, er rigtigt? Kun udskoling*(Kun ét X)*

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, men ikke så ofte	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Krop og bevægelse

32. Føler du dig sund og rask?*

(Kun ét X)

Altid	<input type="checkbox"/>
For det meste	<input type="checkbox"/>
En gang imellem	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

33. Hvor tit bevæger du dig, så du bliver svedig eller forpustet?*

(Kun ét X)

Hver dag/flere gange om dagen	<input type="checkbox"/>
Næsten hver dag	<input type="checkbox"/>
Et par gange om ugen	<input type="checkbox"/>
En gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Mindre end en gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Aldrig/meget sjældent	<input type="checkbox"/>

34. Hvilken af følgende beskrivelser passer bedst på dine aktiviteter i din fritid?*

(Kun ét X)

Jeg dyrker meget sport. Træner flere gange om ugen, fx fodbold, håndbold, gymnastik eller anden sportsgren.	<input type="checkbox"/>
Jeg dyrker en del sport. Dyrker fx sport ca. 1 gang om ugen og får motion i hverdagen ved fx at cykle eller gå.	<input type="checkbox"/>
Jeg bevæger mig en del. Jeg går ikke til sport, men får motion i hverdagen fx ved at cykle eller gå.	<input type="checkbox"/>
Jeg bevæger mig ikke så meget.	<input type="checkbox"/>

(Sæt ét X i hver linje)	Meget tit	Tit	En gang imellem	Sjældent	Aldrig
35. Hvor tit er det vigtigt for dig at se godt ud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hvor tit er du tilfreds med, hvordan du ser ud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Hvor tit tænker du over krop, vægt og motion? Kun udskoling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Tænk på de sidste 2 uger: Har du...*

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, en enkelt gang	Ja, et par gange	Ja, mange gange
a.... haft hovedpine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.... haft mavepine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.... haft andre smerter, fx ondt i nakken eller ryggen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.... været irriteret/i dårligt humør?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Har du inden for de sidste 2 uger taget nogen former for smertestillende medicin, fx hovedpinepiller?*

(Kun ét X)

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

Nedenstående spørgsmål vises kun til elever som har svaret ja til spørgsmålet "Har du inden for de sidste 2 uger taget nogen former for smertestillende medicin, fx hovedpinepiller?"

40. Tænk på de sidste 2 uger. Hvor tit har du taget smertestillende medicin?*

(Kun ét X)

1-4 dage	<input type="checkbox"/>
5-9 dage	<input type="checkbox"/>
10-14 dage	<input type="checkbox"/>

Mad og måltider

41. Hvor tit spiser du morgenmad?

(Kun ét X)

Hver dag	<input type="checkbox"/>
5-6 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
3-4 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
1-2 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
Sjældent eller aldrig	<input type="checkbox"/>

De, som svarer ”5-6 dage om ugen”, ”3-4 dage om ugen”, ”1-2 dag om ugen” samt ”sjældent eller aldrig”, bliver spurgt om:

42. Hvor tit spiser du morgenmad?

(Du kan vælge flere svar)

Jeg er ikke sulten	<input type="checkbox"/>
Jeg har for travlt	<input type="checkbox"/>
Der er ikke noget morgenmad, jeg kan lide	<input type="checkbox"/>
Mine forældre sætter ikke morgenmad frem	<input type="checkbox"/>
I min familie spiser vi ikke morgenmad	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke lyst	<input type="checkbox"/>

43. Hvor tit spiser du frokost, når du er i skole?*

(Kun ét X)

Hver dag	<input type="checkbox"/>
3-4 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
1-2 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
Sjældent eller aldrig	<input type="checkbox"/>

44. Hvor tit spiser du aftensmad?*

(Kun ét X)

Hver dag	<input type="checkbox"/>
5-6 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
3-4 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
1-2 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
Sjældent eller aldrig	<input type="checkbox"/>

45. Tænk på en normal uge. Hvor tit...**(Sæt ét X i hver linje)*

	Hver dag	5-6 dage om ugen	3-4 dage om ugen	1-2 dage om ugen	Sjældent eller aldrig
a. spiser du frugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. spiser du grøntsager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. spiser du fisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. spiser du kød?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. får du mælkeprodukter fra en ko? Fx. mælk, ost, smør eller yoghurt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Drikker du vand i løbet af dagen?*(Kun ét X)*

Hver dag	<input type="checkbox"/>
De fleste dage	<input type="checkbox"/>
En gang imellem	<input type="checkbox"/>
Sjældent eller aldrig	<input type="checkbox"/>

47. Hvor tit drikker du energidrikke?**(Kun ét X)*

Sjældent eller aldrig	<input type="checkbox"/>
1-2 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
3-4 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
5-6 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
Hver dag	<input type="checkbox"/>
Flere gange dagligt	<input type="checkbox"/>

48. Hvor tit drikker du sodavand, saft eller kakao?**(Kun ét X)*

Sjældent eller aldrig	<input type="checkbox"/>
1-2 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
3-4 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
5-6 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
Hver dag	<input type="checkbox"/>

49. Hvor tit spiser du slik, chips eller kage?*(Kun ét X)*

Sjældent eller aldrig	<input type="checkbox"/>
1-2 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
3-4 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
5-6 dage om ugen	<input type="checkbox"/>
Hver dag	<input type="checkbox"/>

Tobak – Udskoling

50. Ryger du cigaretter?*

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har prøvet	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har tidligere røget jævnligt	<input type="checkbox"/>
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Ja, ikke hver dag, men hver uge	<input type="checkbox"/>
Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>

51. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge cigaretter?*

(Kun ét X)

16 år eller ældre	<input type="checkbox"/>
15 år	<input type="checkbox"/>
14 år	<input type="checkbox"/>
13 år	<input type="checkbox"/>
12 år eller yngre	<input type="checkbox"/>

52. Bruger du e-cigaretter?*

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har prøvet	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har tidligere røget jævnligt	<input type="checkbox"/>
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Ja, ikke hver dag, men hver uge	<input type="checkbox"/>
Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>

53. Må du ryge for dine forældre?*

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Mine forældre er uenige	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

54. Bruger du snus eller tyggetobak?**(Kun ét X)*

Nej	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har prøvet	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har tidligere brugt det jævnligt	<input type="checkbox"/>
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Ja, ikke hver dag, men hver uge	<input type="checkbox"/>
Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>

Nedenstående spørgsmål vises til respondenter som svarer ”Ja, sjældnere end hver uge”, ”Ja, ikke hver dag, men hver uge” eller ”Ja, hver dag” i spørgsmål ” Bruger du snus eller tyggetobak”.

55. Bruger du snus eller tyggetobak i løbet af din skoletid?*(Kun ét X)*

Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle gange	<input type="checkbox"/>
Ja, altid	<input type="checkbox"/>

56. Må du bruge snus eller tyggetobak for dine forældre?*(Kun ét X)*

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Mine forældre er uenige	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Alkohol – Udskoling

57. Har du prøvet at drikke alkohol?*

(Kun ét X)

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

Nedenstående spørgsmål vises kun til elever, som svarer ”Ja” i spørgsmålet ”Har du prøvet at drikke alkohol”.

58. Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol? (øl, vin, breezer eller lign.)*

(Kun ét X)

Aldrig	<input type="checkbox"/>
Sjældnere end 1 gang om måneden	<input type="checkbox"/>
Højest 1 gang om måneden	<input type="checkbox"/>
2-4 gange om måneden	<input type="checkbox"/>
2-3 gange om ugen	<input type="checkbox"/>
4 gange om ugen eller oftere	<input type="checkbox"/>

59a. Har du nogensinde drukket en hel genstand?*

(Kun ét X)

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

Nedenstående spørgsmål vises kun til elever, som svarer ”Ja” i spørgsmålet ”Har du prøvet at drikke alkohol”.

59b. Hvor gammel var du første gang, du drak en hel genstand?*

(Kun ét X)

16 år eller ældre	<input type="checkbox"/>
15 år	<input type="checkbox"/>
14 år	<input type="checkbox"/>
13 år	<input type="checkbox"/>
12 år eller yngre	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Nedenstående spørgsmål vises kun til elever, som svarer ”Ja” i spørgsmålet ”Har du prøvet at drikke alkohol”.

Det næste spørgsmål handler om at være fuld. Når man er fuld, kan man fx have svært ved at gå lige og tale tydeligt. Man kan også blive dårlig og kaste op.

60. Har du nogensinde prøvet at være fuld?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, en gang	<input type="checkbox"/>
Ja, 2 eller flere gange	<input type="checkbox"/>

60. Tænk tilbage på de sidste 30 dage. Hvor mange gange har du drukket 5 eller flere genstande ved samme lejlighed?*

(Kun ét X)

Ingen	<input type="checkbox"/>
1 gang	<input type="checkbox"/>
2 gange	<input type="checkbox"/>
3-5 gange	<input type="checkbox"/>
6-9 gange	<input type="checkbox"/>
10 gange eller flere	<input type="checkbox"/>

60. Hvad er grunden til, at du ikke drikker alkohol?

Du kan vælge flere svar

Jeg synes ikke, at jeg er gammel nok	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke lyst	<input type="checkbox"/>
Jeg bryder mig ikke om smagen af alkohol	<input type="checkbox"/>
Mine venner ikke drikker	<input type="checkbox"/>
Pga. sport	<input type="checkbox"/>
Jeg vil gerne passe på min krop og leve sundt	<input type="checkbox"/>
Jeg må ikke for mine forældre	<input type="checkbox"/>
Pga. religion	<input type="checkbox"/>
Jeg har oplevet problemer med alkohol i min familie	<input type="checkbox"/>

61. Synes du, det er i orden, at unge på din alder drikker alkohol?

(Kun ét X)

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

62. Har du oplevet ikke at blive inviteret med til hygge-aftener, fester eller lignende, fordi du ikke drikker/drak alkohol?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>
Mine venner drikker ikke	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

63. Har du følt dig presset til at drikke mere alkohol end du havde lyst til?

(Kun ét X)

Aldrig	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Nogle gange	<input type="checkbox"/>
Ofte	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Synlighed: Nedenstående spørgsmål vises kun til dem, som har svaret "Højest 1 gang om måneden", "2-4 gange om måneden", "2-3 gange om ugen" og "4 gange om ugen eller oftere" i spørgsmål "Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol? (øl, vin, breezer eller lign.)"

64. Hvad er grunden til, at du drikker alkohol?

(Du kan vælge flere svar)

Nogen af mine venner drikker	<input type="checkbox"/>
For at passe ind i en gruppe mennesker, jeg gerne vil være sammen med	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er sejt	<input type="checkbox"/>
Jeg bliver i bedre humør	<input type="checkbox"/>
Mine forældre drikker alkohol	<input type="checkbox"/>
For at blive fuld	<input type="checkbox"/>
Det plejer man at gøre til de fester, jeg er med til	<input type="checkbox"/>

65. Må du drikke alkohol for dine forældre?*

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>
Mine forældre er uenige	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Nedenstående spørgsmål vises kun til respondenter, der har svaret "Sjældnere end 1 gang om måneden", "Højest 1 gang om måneden", "2-4 gange om måneden", "2-3 gange om ugen" eller "4 gange om ugen eller oftere" i spørgsmålet "Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol?".

66. Ved dine forældre, hvor meget du drikker, når du er sammen med dine venner eller er til fest eller lignende? (Kun ét X)

Altid	<input type="checkbox"/>
Ofte	<input type="checkbox"/>
Nogle gange	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>
De ved ikke, at jeg drikker alkohol	<input type="checkbox"/>