

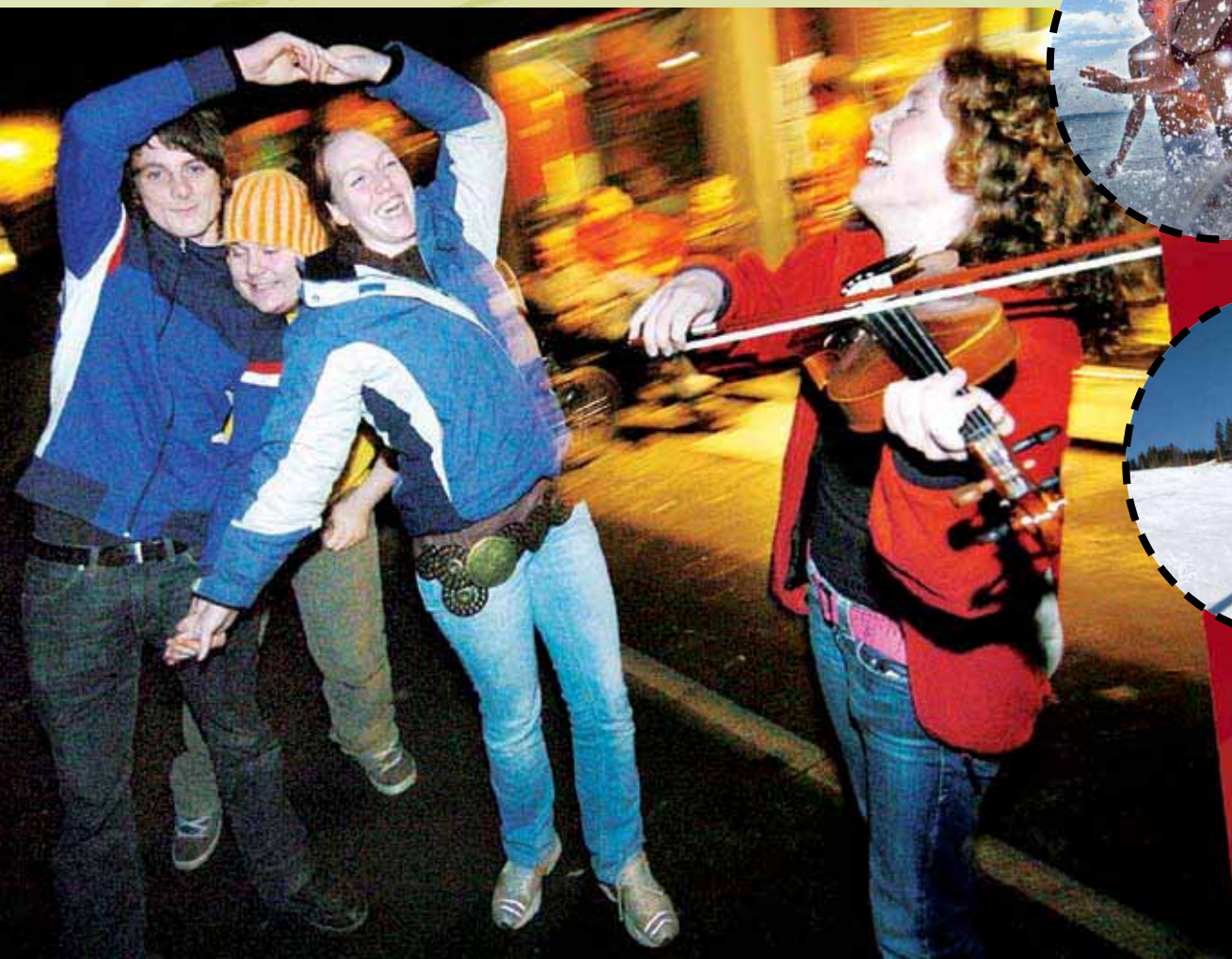


UNG

hunt 3

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Spørreskjema for ungdom



**Nå er det din tur
til å delta i den store
helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag!**

Vi håper du har lest igjennom informasjonsbrosjyren
du fikk om Ung-HUNT og bestemt deg for å være med!



92300000019



NTNU

Det skapende universitet

En time for bedre helse

Samtykkeerklæringen ligger sammen med spørreskjemaet. Sjekk at det er ditt navn som står der! Kryss av for om du vil delta eller ikke, og undertegn. Lever samtykket til læreren.

Navnet ditt skal IKKE være med på spørreskjemaet!

Sett et kryss i rutene du synes passer for deg. Svar så godt du kan! Spørsmål du ikke ønsker å svare på, kan du hoppe over.

Når du er ferdig, legger du spørreskjemaet i den konvolutt du har fått, klistrer igjen og leverer konvolutt til læreren. Lever spørreskjemaet selv om du ikke har svart på alle spørsmålene.

Alle svarene dine blir behandlet med taushetsplikt!

Ingen på skolen får se svarene dine.

Hvis du ønsker å snakke med noen om undersøkelsen, kan du ta kontakt med Ung-HUNT-sykepleieren når hun kommer på skolen din, eller ringe HUNT forskningscenter i Verdal (se baksiden).

Lykke til og tusen takk!

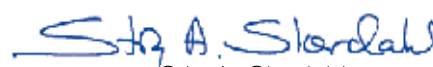
Vennlig hilsen



Turid Lingaas Holmen
Førsteamanuensis, barnelege
Leder for Ung-HUNT



Jostein Holmen
Professor, daglig leder
HUNT forskningscenter



Stig A. Slørdahl
Professor, dekanus
Det medisinske fakultet, NTNU

Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest av en maskin
- Det er derfor viktig at du krysser slik: Rett Galt
- Krysser du feil sted, tar du bort krysset ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.



Dato for utfylling av skjema / 20
DATO MÅNED ÅR

- 1.** For de som går i ungdomsskolen: **Hvilken linje vil du velge på videregående skole?**
 Allmennfag (studiekompetanse) Yrkesfag Vet ikke
- 2.** **Hvilke planer for videre utdanning har du?** *Sett ett eller flere kryss*
- Høgskole eller universitet i 4 år eller mer
 - Høgskole eller universitet mindre enn 4 år.....
 - Annen yrkesutdanning
 - Ingen planer.....
 - Vet ikke

OM DER DU BOR

- 3.** **Hvilken type bolig (hus) bor du i?** *Sett bare ett kryss*
- Enebolig
 - Rekkehus/2-4 mannsbolig
 - Blokk/leilighet
 - Gårdsbruk med dyrehold
 - Gårdsbruk uten dyrehold
 - Annen bolig
- 4.** **Hvem bor du sammen med nå?** *Sett ett eller flere kryss*
- Mor
 - Far
 - 1-2 søsken
 - 3 eller flere søsken
 - Mors nye mann eller samboer
 - Fars nye kone eller samboer .
 - Fosterforeldre
 - Adoptivforeldre
 - Besteforeldre/andre
 - Ektefelle/samboer
 - Venner
 - Alene/på hybel
- 5.** **Hvis mor og far ikke bor sammen, hvem bor du sammen med?**
 Mest med mor Mest med far Like mye hos begge
- 6.** **Er det kjæledyr i boligen hjemme hos deg?**
- Nei
 - Ja, katt
 - Ja, hund
 - Ja, andre pelskledde dyr
 - Ja, fugl
 - Ja, andre





OM HELSA DI

7. Hvordan er helsa di nå? *Sett ett kryss*

- Dårlig
- Ikke helt god
- God
- Svært god

8. Er du hemmet på noen av disse måtene? *Sett ett kryss for hver linje*

- | | Nei | Litt | Middels | Mye |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Er bevegeshemmet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Har nedsatt syn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Har nedsatt hørsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hemmet pga. kroppslig sykdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hemmet pga. psykiske plager | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Hvor plaget har du vært de siste 12 månedene med noe av det som står nedenfor: *Sett ett kryss for hver linje*

- | | Ikke noe | Litt | Mye |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Hjertebank | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Treg mage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diaré/løs mage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vekslende treg mage og diaré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Oppblåsthet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kvalme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OM ALLERGI

10. Er du allergisk? Ja Nei Vet ikke

Hvis **ja**, hva kjenner du selv at du er allergisk for? *Sett ett eller flere kryss*

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| • Gress/trær <input type="checkbox"/> | • Hund <input type="checkbox"/> | • Mat <input type="checkbox"/> |
| • Husstøv <input type="checkbox"/> | • Katt <input type="checkbox"/> | • Annet <input type="checkbox"/> |
| | • Hest <input type="checkbox"/> | • Vet ikke <input type="checkbox"/> |

11. Har du tatt allergitest hos lege (blodprøve, hudtest)? Ja Nei Vet ikke

Hvis **ja**, hva reagerte du allergisk på i testen? *Sett ett eller flere kryss*

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| • Ingenting <input type="checkbox"/> | • Hund <input type="checkbox"/> | • Mat <input type="checkbox"/> |
| • Gress/trær <input type="checkbox"/> | • Katt <input type="checkbox"/> | • Annet <input type="checkbox"/> |
| • Husstøv <input type="checkbox"/> | • Hest <input type="checkbox"/> | • Vet ikke <input type="checkbox"/> |



OM LUFTVEISPLAGER

12. Har du noen gang hatt tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet?
Ja Nei
HVIS DU HAR SVART «NEI» GÅ TIL SPØRSMÅL 15
13. Har du hatt tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet i løpet av de siste 12 månedene ?
Ja Nei
HVIS DU HAR SVART «NEI» GÅ TIL SPØRSMÅL 15
14. Hvor mange anfall med tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet har du hatt i løpet av de siste 12 månedene?
Ingen 1 til 3 4 til 12 Mer enn 12
-
15. Har du, eller har du hatt astma?
Ja Nei
Hvis ja, har lege sagt at du har/har hatt astma?
Ja Nei
16. Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet under eller etter fysisk trening, aktiv lek eller mosjonering?
Ja Nei
17. Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt tørr hoste om natten uten å være forkjølet eller ha annen luftveisinfeksjon?
Ja Nei

OM NESEPLAGER

18. Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt problemer med nysing, rennende eller tett nese uten å ha vært forkjølet eller å ha hatt influensa?
Ja Nei
HVIS DU HAR SVART «NEI» GÅ TIL SPØRSMÅL 21
19. Har disse neseproblemene vært ledsaget av kløende, rennende øyne?
Ja Nei
20. Hvor mye har disse neseproblemene virket inn på den daglige aktiviteten din? *Sett ett kryss*
Ikke i det hele tatt Litt Mye Veldig mye
-
21. Har du noen gang hatt høysnue eller neseallergi?
Ja Nei



OM UTSLETT

22. Har du hatt kløende utslett i løpet av de siste 12 månedene? Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI» GÅ TIL SPØRSMÅL 25

23. Har dette kløende utslettet sittet på noen av de følgende stedene: albuebøyene (på innsiden), bak knærne, foran på ankene, under baken eller rundt hals, ører eller øyne? Ja Nei

24. Hvor ofte i gjennomsnitt har du blitt holdt våken om natten på grunn av dette kløende utslettet? *Sett ett kryss*
 Ingen ganger Mindre enn en natt per uke En natt eller mer per uke

25. Har du noen gang hatt eksem? Ja Nei

Hvis ja, har lege sagt at du har eller har hatt "atopisk eksem"? Ja Nei

OM KVISER

26. Har du noen gang vært plaget med kviser? Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI» GÅ TIL SPØRSMÅL 31

27. Hvor sitter/satt kvisene dine? *Sett ett eller flere kryss*

- Panne • Kinn • Skuldre • Andre steder
- Nese • Bryst • Rygg

28. Hvor mye har kvisene plaget deg? Svært mye Mye Litt Ikke noe
Sett ett kryss

29. Har du brukt reseptfrie kremer, hudvann el. lign mot kviser? (F.eks. kjøpt på apotek eller parfymeri, ikke foreskrevet av lege) Ja Nei

Hvis ja, har denne behandlingen hjulpet? Nei Noe Godt
Sett ett kryss

30. Har du oppsøkt lege på grunn av kviser? Ja Nei

Hvis ja, har du fått noen av disse behandlingene av legen? *Sett ett kryss for hver linje*

- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Lokalbehandling (f.eks. kremer eller oppløsninger) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antibiotika-tabletter (tetracykliner) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Roaccutan tabletter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis ja, har denne behandlingen hjulpet? Nei Noe Godt
Sett ett kryss



OM SMERTER

31. Hvor ofte har du hatt noen av disse plagene i løpet av de siste 3 månedene?

(Uten at du har skadet deg eller har en kjent sykdom som er årsak til smertene)

Se på figurene og sett ett kryss for hver linje

		Aldri/ sjelden	Omtrent en gang i måneden	Omtrent en gang i uka	Flere ganger i uka	Nesten hver dag
	A. Hodepine/migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B. Nakke-/skuld smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C. Smerter i øvre del av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D. Smerter i nedre del av ryggen/setet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E. Smerter i brystkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F. Magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	G. Smerter i venstre arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H. Smerter i høyre arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	I. Smerter i venstre bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J. Smerter i høyre bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andre smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVIS DU HAR SVART «ALDRI/SJELDEN» PÅ ALT: GÅ TIL SPØRSMÅL 34

Hvis du har hatt smerter i løpet av de siste 3 månedene:

32. Stemmer noe av det som står nedenfor på deg? Sett ett kryss for hver linje

	Stemmer	Stemmer ikke
• Smerter gjør det vanskelig for meg å sovne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Smerter forstyrrer den gode nattesøvnen min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Smerter gjør det vanskelig å sitte i skoletimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Smerter gjør det vanskelig for meg å gå mer enn en kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• På grunn av smerter har jeg problemer i gymtimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Har smertene alt i alt hindret deg i å utføre daglige aktiviteter? Sett ett kryss for hver linje

	Nei	Ja, av og til	Ja, ofte
• På skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• I fritida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, hva slags smerter hindret deg i å utføre daglige aktiviteter? Sett ett eller flere kryss

Hodepine/migrene Magesmerter Muskel-/leddsmerter Andre smerter





OM ANDRE SYKDOMMER

- 34. Har lege sagt at du har:** *Sett ett kryss for hver linje*
- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Epilepsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes (sukkersyke) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Migrene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Barneleddgikt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andre sykdommer som har vart over 3 måneder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OM MEDISINER

- 35. Hvor ofte i de siste 3 månedene har du brukt reseptfrie medisiner mot noen av plagene nedenfor?** (medisiner ikke foreskrevet av lege, f.eks. kjøpt på butikk eller apotek)
- Sett ett kryss for hver linje*
- | | Aldri | 1 dag i uka
eller sjeldnere | 2 dager
i uka | 3 dager
i uka | 4 dager i
uka eller mer |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| • Hodepine/migrene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Muskel-/leddsmerter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ryggsmerter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Magesmerter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andre plager | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 36. Bruker du medisiner som du har fått av lege på resept?** Ja Nei

- 37. Bruker du noen av disse medisinene eller kosttilskuddene?**
- Sett ett kryss for hver linje*
- | | Aldri | Av og til | Nesten
daglig |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Jerntabletter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avføringsstabletter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vitaminer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tran | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Homeopatmedisin, naturmedisin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Annet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OM RØYK

- 38. Røyker noen hjemme hos deg?** *Sett ett eller flere kryss*
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Nei, ingen | • Ja, mor | • Ja, søsken |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | • Ja, far | • Ja, andre |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 39. Har du prøvd å røyke** (minst en sigarett)? Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI» GÅ TIL SPØRSMÅL 43



40. Røyker du selv?

Sett ett kryss og oppgi eventuelt antall sigaretter.

En pakke tobakk er ca. 50 sigaretter.

- Ja, jeg røyker ca. sigaretter daglig
- Ja, jeg røyker av og til, men ikke daglig
- Nei, ikke nå, men tidligere røykte jeg av og til
- Nei, ikke nå lenger, men tidligere røykte jeg ca. sigaretter daglig
- Nei, jeg røyker ikke

HVIS DU HAR SVART «NEI, JEG RØYKER IKKE» GÅ TIL SPØRSMÅL 43

41. Hvis du røyker eller har røykt daglig:

- Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? år gammel
- Hvis du har sluttet å røyke daglig, hvor gammel var du da du sluttet? .. år gammel

42. Hvis du røyker eller har røykt av og til:

- Hvor gammel var du da du begynte å røyke av og til? år gammel
- Hvor mange dager har du røykt den sist måneden? ant. dager
Sett 0 hvis du ikke har røykt den siste måneden
- Omtrent hvor mange sigaretter har du røykt den siste måneden? . ant. sigaretter
Sett 0 hvis du ikke har røykt den siste måneden
- Hvis du har sluttet å røyke av og til, hvor gammel var du da du sluttet? .. år gammel

- 43. Hvor mange av vennene dine røyker?** Ingen Noen få Nesten alle
Sett ett kryss

OM SNUS

44. Bruker du eller har du brukt snus eller lignende? *Sett ett kryss*

Nei, aldri Ja, men jeg har sluttet Ja, av og til Ja, hver dag

HVIS DU HAR SVART «NEI, ALDRI» GÅ TIL SPØRSMÅL 48

45. Hvis du bruker eller har brukt snus:

- Hvor gammel var du da du begynte med snus? år gammel
- Hvis du har sluttet med snus, hvor gammel var du da du sluttet? år gammel
- Hvor mange esker snus bruker eller brukte du i måneden? antall esker
Sett 0 hvis du bruker mindre enn en eske i måneden



46. Hvis du bruker eller har brukt både sigaretter og snus, hva begynte du med først?

Sett ett kryss

- Snus
- Omtrent samtidig (innenfor tre måneder)
- Sigaretter
- Husker ikke

47. Begynte du å bruke snus for å prøve å slutte å røyke eller redusere røykingen?

Sett ett kryss

- Nei Ja, for å slutte å røyke Ja, for å redusere røykingen

48. Hvor mange av vennene dine bruker snus/skrå? Sett ett kryss

- Ingen Noen få Nesten alle

49. Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre narkotiske stoffer?

Sett ett kryss

- Ja Nei

Hvis ja, hvor gammel var du første gang? år gammel

50. Har du venner eller bekjente som bruker narkotiske stoffer? Ja Nei

OM IDRETT OG MOSJON

51. Utenom skoletida: Hvor mange dager i uka driver du idrett, eller mosjonerer du så mye at du blir andpusten og/eller svett? Sett bare ett kryss

- Hver dag
- Sjeldnere enn en gang i uka
- 4-6 dager i uka
- Sjeldnere enn en gang i måneden
- 2-3 dager i uka
- Aldri
- 1 dag i uka

52. Utenom skoletida: Til sammen hvor mange timer i uka driver du idrett eller mosjonerer du så mye at du blir andpusten og/eller svett? Sett bare ett kryss

- Ingen
- Omtrent 2-3 timer
- Omtrent ½ time
- Omtrent 4-6 timer
- Omtrent 1-1½ time
- 7 timer eller mer

53. Tenk på de siste 7 dagene: Hvor lang tid brukte du på å sitte en vanlig hverdag?

Dette kan være tiden du sitter ved PC, gjør lekser, er hos venner, mens du sitter eller ligger og leser eller ser på TV. Regn med tiden du bruker både på skolen og i fritida.

antall timer

54. Trener du på helsestudio? Ja Nei

55. Hvor ofte har du drevet med følgende treningsaktiviteter de siste 12 månedene?

Sett ett kryss for hver linje

	Aldri	Under en gang i uka	En gang i uka	Flere ganger i uka
• Utholdenhetsidrett (f.eks. løp, langrenn, sykling, svømming)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lag/balldretter (f.eks. fotball, volleyball, håndball, ishockey, squash) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Estetisk idrett (f.eks. dans, turn, aerobics)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Styrkeidrett (f.eks. vektløfting, bryting, bodybuilding)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kampsport (f.eks. judo, karate, taekwondo, boksing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tekniske idretter (f.eks. ridning, friidrett, alpint, hopp, snowboard, rullebrett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Risikosport (f.eks. elvepadling, fjellklatring, paragliding)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lett jogging eller gange/turgåing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Hvis du ikke har drevet med noen av disse idrettene de siste 12 månedene, men gjorde det tidligere, hvor gammel var du da du sluttet?

år gammel

57. Deltar du i idrettskonkurranser, kamper? Sett ett kryss

Ja Nei, men jeg deltok før Nei

ALKOHOL

58. Har du noen gang prøvd å drikke alkohol? (Dvs. alkoholholdig øl, vin, rusbrus, brennevin eller hjemmebrent)

Ja Nei Vet ikke

Hvis ja, drikker du av og til alkohol nå? Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI» GÅ TIL SPØRSMÅL 64

59. Hvor gammel var du da du begynte å drikke (mer enn en sup)? år gammel

60. Har du noen gang drukket så mye alkohol at du har vært beruset (full)? Sett ett kryss

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| • Nei, aldri | <input type="checkbox"/> | • Ja, 4-10 ganger | <input type="checkbox"/> |
| • Ja, en gang | <input type="checkbox"/> | • Ja, 11-25 ganger | <input type="checkbox"/> |
| • Ja, 2-3 ganger | <input type="checkbox"/> | • Ja, mer enn 25 ganger..... | <input type="checkbox"/> |

61. Omtrent hvor mye øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av to uker?

Regn ikke med lettøl. Sett 0 hvis du ikke drikker.

- | | | | | | |
|-------------|----------------------|---------------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|
| • Øl | <input type="text"/> | antall flasker (ca. 3 dl) | • Brennevin | <input type="text"/> | antall glass (ca. ½ dl) |
| • Vin | <input type="text"/> | antall glass (ca. 1 dl) | • Hjemmebrent . | <input type="text"/> | antall glass (ca. ½ dl) |
| | | | • Rusbrus/cider | <input type="text"/> | antall flasker |



62. Hvor ofte drikker du alkohol nå for tiden? *Sett ett kryss*

- Hver uke eller oftere
- Hver annen uke
- Sjeldnere enn hver annen uke, men oftere enn en gang i måneden
- En gang i måneden eller sjeldnere
- Aldri

63. På hvilke ukedager drikker du som oftest alkoholholdige drikker? *Sett ett eller flere kryss*

Drikker ikke Fredager/lørdager Andre dager i uka

64. Har du noen gang sett at noen av dine foreldre har vært beruset? *Sett ett kryss*

- Aldri • Noen ganger i året
- Noen få ganger • Noen ganger i måneden
- Noen ganger i uka

OM KOSTHOLD OG SPISEVANER

65. Hvor ofte spiser du til vanlig disse måltidene? *Sett ett kryss for hver linje*

	Hver dag	4-6 dager i uka	1-3 dager i uka	Sjelden eller aldri
• Frokost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Formiddagsmat/nistepakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Varm middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Prøver du å slanke deg? *Sett ett kryss*

Nei, vekten min er passe Nei, men jeg trenger å slanke meg Ja

67. Hva pleier du vanligvis å spise på skolen? *Sett ett kryss*

Matpakke Kjøper mat i kantinen Spiser ikke på skolen

68. Nedenfor er en liste over ting som gjelder spisevaner. Opplever du noe av dette?

Sett ett kryss for hver linje

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid
• Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg kaster opp etter at jeg har spist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg bruker for mye tid til å tenke på mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg føler at maten kontrollerer livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Når jeg spiser, skjærer jeg maten opp i små biter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg bruker lengre tid enn andre på et måltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andre mennesker synes at jeg er for tynn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg føler at andre presser meg til å spise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



69. Hvor ofte drikker du vanligvis noe av følgende? Sett ett kryss for hver linje

	Sjelden/ aldri	1-6 glass pr. uke	1 glass pr. dag	2-3 glass pr. dag	4 glass el. mer pr. dag
• Cola/brus/saft med sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cola/brus/saft uten sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Helmelk/kefir/yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lettmelk/cultura/lettyoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Skummet melk (sur/søt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fruktjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene? Sett ett kryss for hver linje

	Flere ganger om dagen	En gang om dagen	Hver uke, men ikke hver dag	Sjeldnere enn hver uke	Aldri
• Grovt brød/knekkebrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Feit fisk (laks, ørret, makrell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hvit ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Potetgull o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sukkertøy, sjokolade, andre søtsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Hva slags fett bruker du vanligvis på brødet? Sett ett kryss

Smør/hard margarin Myk/lett margarin Flytende margarin/olje Bruker ikke

72. Vil du si om deg selv at du er: Sett ett kryss

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| • Svært tykk | <input type="checkbox"/> | • Heller tynn | <input type="checkbox"/> |
| • Litt tykk | <input type="checkbox"/> | • Svært tynn | <input type="checkbox"/> |
| • Omtrent som andre | <input type="checkbox"/> | | |

HVORDAN HAR DU DET

73. Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd eller er du stort sett misfornøyd? Sett ett kryss

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Svært fornøyd | <input type="checkbox"/> | • Nokså misfornøyd | <input type="checkbox"/> |
| • Meget fornøyd | <input type="checkbox"/> | • Meget misfornøyd | <input type="checkbox"/> |
| • Ganske fornøyd | <input type="checkbox"/> | • Svært misfornøyd | <input type="checkbox"/> |
| • Både og | <input type="checkbox"/> | | |

74. Føler du deg stort sett sterk og opplagt eller trøtt og sliten? Sett ett kryss

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| • Meget sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> | • Ganske trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |
| • Sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> | • Trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |
| • Ganske sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> | • Svært trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |
| • Både og | <input type="checkbox"/> | | |



75. Er du vanligvis glad eller nedstemt (trist)? *Sett ett kryss*

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| • Svært nedstemt (trist) | <input type="checkbox"/> | • Nokså glad | <input type="checkbox"/> |
| • Nedstemt (trist) | <input type="checkbox"/> | • Glad | <input type="checkbox"/> |
| • Nokså nedstemt (trist) | <input type="checkbox"/> | • Svært glad | <input type="checkbox"/> |
| • Både og | <input type="checkbox"/> | | |

76. Nedenfor er en liste over noen problemer eller plager. Har du vært plaget av noe av dette de siste 14 dagene? *Sett ett kryss for hver linje*

- | | Ikke plaget | Litt plaget | Ganske plaget | Veldig plaget |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Vært stadig redd og engstelig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Følt deg anspent eller urolig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Følt håpløshet når du tenker på framtida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Følt deg nedfor eller trist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bekymret deg for mye om forskjellige ting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

77. Hva slags oppfatning har du av deg selv? *Kryss av for hver av setningene under ettersom du er enig eller uenig i at de passer for deg. Sett ett kryss for hver linje*

- | | Svært enig | Enig | Uenig | Svært uenig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Jeg har en positiv holdning til meg selv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Jeg føler at jeg er en verdifull person, i hvert fall på lik linje med andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

78. Hvor ofte opplever du disse reaksjonene som er beskrevet nedenfor?

Sett ett kryss for hver linje

- | | Aldri | Sjelden | Noen ganger | Ofte | Alltid |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Jeg føler meg engstelig, og vet ikke hva jeg skal gjøre i en pinlig situasjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Jeg føler meg engstelig når jeg er sammen med andre og jeg må gjøre noe mens de ser på meg (f.eks. være med i et skuespill, spille, drive sport) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Jeg føler meg engstelig når jeg må snakke eller lese høyt foran en gruppe mennesker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Før jeg skal et sted, der jeg kommer til å være sammen med flere (f.eks. en fest, skolen, fotballkamp) kjenner jeg meg svett, hjertet slår fort og/eller jeg har vondt i hodet eller magen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Før jeg skal i selskap, eller et sted sammen med andre, tenker jeg på hva som kan gå galt, (f.eks. at jeg gjør feil, virker dum og/eller -tenk hvis de ser hvor redd jeg er!) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Jeg føler meg engstelig, og vet ikke hva jeg skal gjøre, når jeg er i en ny situasjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



79. Hvordan har du tenkt og følt om deg selv, og om familien din i løpet av den siste måneden? *Sett ett kryss for hver linje*

	Helt enig	Litt enig	Middels enig	Litt uenig	Helt uenig
• Jeg får lett andre til å trives sammen med meg ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• I familien min er vi enige om hva som er viktig i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg har lett for å finne nye venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg trives godt i familien min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg er flink til å snakke med nye folk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Familien min ser positivt på tiden framover selv om det skjer noe veldig leit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg finner alltid noe artig å snakke om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• I familien min støtter vi opp om hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**81. Har du i løpet at den siste måneden:***Sett ett kryss for hver linje*

- | | Nesten
hver natt | Ofte | Av og til | Aldri |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Hatt vanskelig for å sovne om kvelden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Våknet for tidlig og ikke sovnet igjen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

82. Har du noen gang opplevd noen av disse hendelsene? *Sett ett kryss for hver linje*

- | | Nei | Ja, siste
året | Ja, i løpet
av livet |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • At noen i familien din har vært alvorlig syk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dødsfall hos noen som sto deg nær | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • En katastrofe (brann, ras, flodbølge, orkan e.l) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • En alvorlig ulykke (f.eks. en svært alvorlig bilulykke) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Blitt utsatt for vold (banket opp eller skadet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sett andre bli utsatt for vold | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Blitt utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger
av jevnaldrende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Blitt utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger
av voksne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Blitt truet eller fysisk plaget av medelever på skolen i lengere tid .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fått smertefull eller skremmende behandling på
sykehus i forbindelse med sykdom eller skade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Opplevd noe annet som var veldig skremmende,
farlig eller voldelig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HVIS DU HAR SVART «NEI» PÅ ALLE HENDELSENE GÅ TIL SPØRSMÅL 87

Dersom du har opplevd noen slik hendelse:

- 83. Tenker du fortsatt mye på det som skjedde?** Ja Nei
- Hvis ja, har du skremmende tanker, ser for deg bilder eller hører lyder fra det som skjedde, selv om du ikke vil det?** Ja Nei
- 84. Når noe minner deg om det som skjedde, blir du veldig ute av deg, redd eller trist?** Ja Nei
- 85. Forsøker du å ikke snakke om det, tenke på det eller ha følelser rundt det som skjedde?** Ja Nei
- 86. Hvis du har vært utsatt for en skade eller ulykke, har du fått fysiske (kroppslige) senfølger eller plager etterpå?** Ja Nei





OM FRITIDA

87. Hvor mange lag eller foreninger er du med i (f.eks. idrettslag, speiderforening, musikk-korps)?

Ingen En To eller flere

88. Hvor ofte gjorde du noen av disse aktivitetene i løpet av den siste uka?

Sett ett kryss for hver linje

	Ingen	1 gang	2-3 ganger	4 ganger eller flere
• Besøkte noen du kjente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fikk besøk hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leste en bok, blad, tegneserie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hørte på musikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spilte et instrument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Var ute mer enn 2 timer av gangen med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Var på møte eller trening i en forening eller et lag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Drev med en annen hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gjorde lekser eller hjemmearbeid lenger enn 1 time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Så på TV/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spilte PC/TV spill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spilte, chattet eller surfet på internett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Var på biblioteket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Var på kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Var på kafe eller annet møtested for ungdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spilte teater/revy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Drev med film/foto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Var på konsert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Var tilskuer på idrettsarrangement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sang i kor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Dersom du vanligvis driver med noen av disse aktivitetene: hvor lenge pleier du å holde på hver gang? *Sett ett kryss for hver linje*

	Mindre enn ½ time	½ -1 time	Mer enn 1 time
• Ser på TV/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spiller PC/TV spill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spiller, chatter eller surfer på nettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hører på musikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Har du mobiltelefon?

Ja Nei

Hvis ja:

- Hvor lenge snakker du vanligvis i mobiltelefonen i løpet av dagen? ant. minutter
- Hvor mange meldinger får du vanligvis i døgnet? ant. meldinger
- Hvor mange meldinger sender du vanligvis i døgnet? ant. meldinger



92300000019

OM FAMILIE OG VENNER

- 91.** Omtrent hvor mange nære venner har du? (Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg god hjelp når du trenger det. Regn ikke med de du bor sammen med, men regn med andre slektninger.) *Sett ett kryss*

Ingen En To eller flere

- 92.** Har du fast kjæreste? Ja Nei, ikke nå, men før Nei

- 93.** Er foreldrene dine separert eller skilt, eller har de noen gang vært fra hverandre for mer enn ett år? *Sett ett kryss og eventuelt alderen din*

 Nei Ja, de flyttet fra hverandre eller ble separert da jeg var år gammel, men flyttet senere sammen igjen Ja, de ble skilt eller flyttet fra hverandre for godt da jeg var år gammel.

- 94.** Hvor god råd synes du familien din har i forhold til de fleste andre? *Sett ett kryss*

Omtrent som de fleste andre Bedre råd Dårligere råd

- 95.** Har det vært eller er det ofte kranling i familien din? *Sett ett kryss*

Nei Ja, siste 12 mnd Ja, tidligere

- 96.** Hvor godt forhold føler du at du har til den nære familien din? *Sett et kryss for de familiemedlemmene som er aktuelle for deg. Hvis du har flere søsken, tenk på den du har det beste forholdet til. Sett ett kryss for hver linje*

	Svært godt	Godt	Ikke så godt	Dårlig
• Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Søsken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stemor eller stefar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 97.** Hender det ofte at du føler deg ensom? *Sett ett kryss*

• Svært ofte • Sjelden • Ofte • Svært sjelden eller aldri • Av og til



OM SKOLEN

98. Hender noe av dette deg på skolen nå, eller har det hendt før? *Sett ett kryss for hver linje*

	Aldri	En gang i blant	Ofte	Svært ofte
• Har vanskelig for å konsentrere deg i timen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Synes gym eller formingstimen er morsomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Synes andre timer er morsomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krangler med læreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gleder deg til å gå på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Skulker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Forstår når lærerne underviser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Har det morsomt i friminuttene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Er fornøyd med resultatene på prøver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kommer i slåsskamp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Får skjenn av læreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Klarer ikke å være rolig i timene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kjeder deg, eller mistrives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Får hjelp med lese og skrivevansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blir kalt noe negativt av andre elever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blir holdt utenfor av andre elever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OM HELSETJENESTEN

99. Har du i løpet av de siste 12 månedene vært hos: *Sett ett kryss for hver linje*

	Ja	Nei
• Allmennpraktiserende lege (fastlegen, lege utenom sykehus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lege på sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Helsestasjon for ungdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Skolehelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kiropraktor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Annen behandler (homøopat, naturmedisiner, fotsoneterapeut, håndspålegger, "healer", "synsk" e.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. Har du vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 12 månedene?

Ja Nei

101. Hvor ofte har du vært borte fra skolen p.g.a. sykdom de siste 12 månedene?

Mindre enn en uke 1-2 uker Mer enn 2 uker



92300000019



OM UTVIKLING

Her er noen spørsmål om kroppslige forandringer som skjer gjennom ungdomstiden:

102. Når man er tenåring, er det perioder da man vokser raskt. Har du merket at kroppen din har vokst raskt (blitt høyere)? Sett ett kryss

- Nei, den har ikke begynt å vokse raskt
- Ja, den har så vidt begynt å vokse raskt
- Ja, den har helt tydelig begynt å vokse raskt
- Ja, det virker som om jeg er ferdig med å vokse raskt

103. Og hva med hår på kroppen (under armene og i skrittet)? Vil du si at håret på kroppen din har: Sett ett kryss

- Ikke begynt å vokse enda
- Såvidt begynt å vokse
- Helt tydelig begynt å vokse
- Det virker som om håret på kroppen er utvokst

104. Når du ser på deg selv nå, mener du at du er/var tidligere eller senere fysisk moden enn andre på din alder? Sett ett kryss

- | | |
|---|--|
| • Mye tidligere <input type="checkbox"/> | • Lite grann senere <input type="checkbox"/> |
| • Noe tidligere <input type="checkbox"/> | • Noe senere <input type="checkbox"/> |
| • Lite grann tidligere <input type="checkbox"/> | • Mye senere <input type="checkbox"/> |
| • Akkurat som andre <input type="checkbox"/> | |

SPØRSMÅL FOR GUTTER

105. Har du begynt å komme i stemmeskiftet? Sett ett kryss

- Nei, har ikke begynt ennå
- Ja, har så vidt begynt
- Ja, har helt tydelig begynt
- Det virker som om stemmeskiftet er ferdig

106. Har du begynt å få bart eller skjegg? Sett ett kryss

- Nei, har ikke begynt ennå
- Ja, har så vidt begynt
- Ja, har helt tydelig begynt
- Ja, har fått en god del skjeggvekst

SPØRSMÅL FOR JENTER

107. Har du begynt å få bryster? *Sett ett kryss*

- Nei, har ikke begynt ennå
- Ja, har helt tydelig begynt
- Ja, har så vidt begynt
- Det virker som om brystene er fullt utviklet

108. Har du fått menstruasjon («mensen»)? Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI» GÅ TIL SPØRSMÅL 113

109. Hvor gammel var du da du fikk din første menstruasjon? Jeg var år og måneder

110. Hvor mange menstruasjoner har du hatt de siste 12 månedene? antall

111. Hvor lenge er det vanligvis mellom menstruasjonene dine?

(Fra første dag i en menstruasjon til første dag i neste)

Mindre enn 3 uker 3-4 uker Mer enn 4 uker

112. Har du noen gang etter en menstruasjonsblødning vært blødningsfri i flere måneder?

(Uten å ha vært gravid) *Sett ett kryss*

- Ja, 2-5 mnd
- Ja, mer enn 1 år
- Ja, 6-12 mnd
- Nei, aldri

113. Har du noen gang brukt p-piller eller minipiller?

Ja, jeg bruker det nå Ja, jeg har brukt det før Nei

Hvis ja:

Hvor gammel var du første gang du brukte p-piller/minipiller? år gammel

Hvor mange år har du brukt p-piller/minipiller til sammen? år til sammen

Sett 0 hvis du har brukt p-piller/minipiller mindre enn ett år



FOR ELEVER I VIDEREGÅENDE SKOLE

Disse spørsmålene skal bare besvares av de som går i videregående skole:

- 114.** Har du i løpet av det siste året ofte følt at du har presset deg, eller stadig drevet deg selv framover?

Ja Nei Vet ikke

- 115.** Føler du deg under tidspress, også når det gjelder daglige gjøremål?

Alltid, eller nesten alltid Noen ganger Aldri

- 116.** Har du hatt tanker om å ta ditt eget liv?

Ja Nei

- 117.** Har du noen gang brukt anabole steroider eller andre dopingmidler?

Ja Nei

- 118.** Har du noen gang hatt samleie?

Ja Nei

Hvis **ja**, hvor gammel var du første gang? år gammel

- 119.** For JENTER: Har du noen gang vært gravid uten at du ønsket det?

Ja Nei

- 120.** For GUTTER: Har en jente noen gang blitt gravid med deg uten at det var meningen?

Ja Nei Vet ikke

Hvis **ja**: (for både gutter og jenter)

Hvor gammel var du da dette skjedde? år gammel

Ble det utført abort?

Ja Nei Vet ikke



KOMMENTARER

Hvis du har tid, kan du gjerne skrive litt om det du synes er viktig, men som det ikke er spurt etter i spørreskjemaet. Hvordan synes du det er å være ung i dag? Er det noe du mener kan bli bedre når det gjelder helse og trivsel for dere som er unge?



Tusen takk for innsatsen!



92300000019



HUNT forskningscenter

HUNT forskningscenter ligger i Verdal og er en del av Det medisinske fakultet, NTNU. HUNT forskningscenter gjennomfører befolkningsundersøkelser i Nord-Trøndelag, forvalter forskningsdata og driver medisinsk og helsefaglig forskning.

Hvis du har spørsmål om Ung-HUNT 3 kan du ta kontakt med:
HUNT forskningscenter • Neptunveien 1, 7650 Verdal
Telefon: 74 07 51 80 • Faks: 75 07 51 81 • hunt@medisin.ntnu.no • www.hunt.ntnu.no

