

## Viðauki – Frum- og fylgibreytur

+

+

17. Hugsaðu um SÍÐUSTU 30 DAGA. Hversu oft (ef nokkru sinni) drakkstu 5 áfenga drykki eða fleiri í röð? (Einn drykkur telst vera t.d. ein bjóflaska, eitt glas af léttvíni eða einn drykkur af sterku áfengi) Merktu aðeins í einn reit

- Aldrei
- 1 skipti
- 2 skipti
- 3-5 skipti
- 6-9 skipti
- 10 skipti eða oftar

18. Hversu líklegt telur þú að eftirfarandi myndi koma fyrir þig ef þú drykkir áfengi?

(Svaraðu spurningunni þótt þú hafir aldrei drukkið áfengi)

Svaraðu öllum liðum, en merktu aðeins í einn reit við hvern lið

	Mjög líklegt	Fremur líklegt	Veit ekki	Fremur ólíklegt	Mjög ólíklegt
a) Slappaði betur af .....	<input type="checkbox"/>				
b) Lenti í vandræðum við löggreglu.....	<input type="checkbox"/>				
c) Skaðaði heilsu mína .....	<input type="checkbox"/>				
d) Yrði glaður/glöð.....	<input type="checkbox"/>				
e) Gleymdi vandræðum mínum .....	<input type="checkbox"/>				
f) Gæti ekki haett að drekka .....	<input type="checkbox"/>				
g) Fengi timburmenn daginn eftir.....	<input type="checkbox"/>				
h) Finnist ég vingjarnlegri og opnari.....	<input type="checkbox"/>				
i) Gerði eitthvað sem ég sæi eftir .....	<input type="checkbox"/>				
j) Skemmti mér vel .....	<input type="checkbox"/>				
k) Yrði veik/ur.....	<input type="checkbox"/>				

19. Hversu oft (ef nokkru sinni) hefur þú orðið drukkin/n?

Svaraðu öllum þremur liðum, en merktu aðeins í einn reit við hvern lið

	1-2 sinnum	3-5 sinnum	6-9 sinnum	10-19 sinnum	20-39 sinnum	40 sinnum	
	Aldrei	sinnum	sinnum	sinnum	sinnum	sinnum	eða oftar
a) Um ævina .....	<input type="checkbox"/>						
b) Síðustu 12 mánuði .....	<input type="checkbox"/>						
c) Síðustu 30 daga .....	<input type="checkbox"/>						

20. Á kvarða 1-10, hversu drukkin/n telurðu að þú hafir verið í síðasta skipti sem þú varðst drukkin/n? Merktu aðeins í einn reit

Bara svoltið  
kát/ur

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

Svo drukkin/n að ég  
gat varla staðið á fótunum

- 10

- Ég hef aldrei orðið drukkin/n

## Áfengisneysla sem orsök afbrota

+

+

Mikilvægt er að vita hvern þátt neysla áfengis eða annarra vímuefna eigi í því að fólk sé handtekið/yfirheyrta af löggreglu eða þurfi að leita til spítala/slysavarðsstofu. Við spyrjum fyrst um vandræði vegna áfengisneyslu, síðan um vandræði vegna neyslu annarra vímuefna, og loks um vandræði sem hvorki tengjast áfengis- né vímuefnaneyslu. Þessar spurningar eru nokkuð svipaðar og vel má vera að þær eigi ekki við um þig. Við biðjum þig samt að svara þeim öllum. Athugaðu að aðeins er spurt um slík vandræði á árinu 2002.

30. Lentir þú í einhverjum eftirtöldum vandræðum vegna þinnar eigin áfengisneyslu á árinu 2002 (1. jan til 31. des)? Svaraðu öllum liðum, en merktu aðeins í einn reit við hvern lið

Verið yfirheyrð/ur eða handtekin/n af löggreglunni vegna...	Aldrei	1 sinni	2 sinnum	3-4 sinnum	5-9 sinnum	10 sinnum eða oftar
a) ...gruns um skemmdarverk.....	<input type="checkbox"/>					
b) ...gruns um ofbeldisverk.....	<input type="checkbox"/>					
c) ...gruns um ölvun á almannafæri.....	<input type="checkbox"/>					
d) ...gruns um neyslu ólöglegra vímuefna.....	<input type="checkbox"/>					
e) ...gruns um eithvað annað.....	<input type="checkbox"/>					
Lent á spítala eða slysavarðsstofu vegna...						
f) ...óhapps eða slyss .....	<input type="checkbox"/>					
g) ...ofbeldis annarra.....	<input type="checkbox"/>					
h) ...hættulega mikillar ölvunar.....	<input type="checkbox"/>					
i) ...einhvers annars.....	<input type="checkbox"/>					

31. Lentir þú í einhverjum eftirtöldum vandræðum vegna þinnar eigin neyslu á vímefnum (öðrum en áfengi) á árinu 2002 (1. jan til 31. des)? Svaraðu öllum liðum, en merktu aðeins í einn reit við hvern lið

Verið yfirheyrð/ur eða handtekin/n af löggreglunni vegna...	Aldrei	1 sinni	2 sinnum	3-4 sinnum	5-9 sinnum	10 sinnum eða oftar
a) ...gruns um skemmdarverk.....	<input type="checkbox"/>					
b) ...gruns um ofbeldisverk.....	<input type="checkbox"/>					
c) ...gruns um ölvun á almannafæri.....	<input type="checkbox"/>					
d) ...gruns um neyslu ólöglegra vímuefna.....	<input type="checkbox"/>					
e) ...gruns um eithvað annað.....	<input type="checkbox"/>					
Lent á spítala eða slysavarðsstofu vegna...						
f) ...óhapps eða slyss .....	<input type="checkbox"/>					
g) ...ofbeldis annarra.....	<input type="checkbox"/>					
h) ...neyslu ólöglegra vímuefna.....	<input type="checkbox"/>					
h) ...einhvers annars.....	<input type="checkbox"/>					

+

+

+

+

32. Lentir þú í einhverjum eftirtöldum vandræðum af öðrum ástæðum en þinni eigin neyslu á áfengi eða öðrum vímefnum á árinu 2002 (1. jan-31. des)?

Svaraðu öllum liðum, en merktu aðeins í einn reit við hvern lið

	1	2	3-4	5-9	10 sinnum
	Aldrei	sinni	sinnum	sinnum	eða oftar
a) ...gruns um skemmdarverk.....	<input type="checkbox"/>				
b) ...gruns um ofbeldisverk.....	<input type="checkbox"/>				
c) ...gruns um ölvun á almannafærri .....	<input type="checkbox"/>				
d) ...gruns um neyslu ólägglegra vímuefna .....	<input type="checkbox"/>				
e) ...gruns um eitthvað annað .....	<input type="checkbox"/>				
Lent á spítala eða slysavarðsstofu vegna...					
f) ...óhapps eða slyss .....	<input type="checkbox"/>				
g) ...ofbeldis annarra.....	<input type="checkbox"/>				
h) ...einhvers annars.....	<input type="checkbox"/>				

33. Hversu oft (ef nokkurn tíma) spilar þú að jafnaði í söfnunarkassa (söfnunarkassi er spilakassi þar sem peningarnir fara í gott málefni)? Merktu aðeins í einn reit

Oft í viku	1 sinni í viku	1 sinni í mánuði	Sjaldnar	Ég hef aldrei spilað í söfnunarkassa
<input type="checkbox"/>				

34. Hefur þú fengið greiddan út vinning úr söfnunarkassa?

Merktu aðeins í einn reit

Nei, ég spila ekki	Nei, aldrei fengið greitt	Já, stundum fengið greitt	Já, oft fengið greitt	Já, nær alltaf fengið greitt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Gerir eitthvert eldri systkina þinna eftirtalið?

Svaraðu öllum liðum, en merktu aðeins í einn reit við hvern lið

	Já	Nei	Veit ekki	Á ekki eldri systkini
a) Reykir sigarettur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Drekkur áfengi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verður drukkin/n.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Reykir hass .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Tekur svefnöflur eða róandi lyf án lyfseðils...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Notar alsælu eða ecstasy .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+