

1	SAMBAND VIÐ FORELDRA / FORRÁÐAMENN	
	Þegar þú varst að alast upp, á fyrstu 18 æviárum þínum...	
	1.1 Skildu foreldrar/forráðamenn þínir vandamál þín og áhyggjur?	<input type="checkbox"/> Alltaf <input type="checkbox"/> Oftast <input type="checkbox"/> Stundum <input type="checkbox"/> Sjaldnast <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
	1.2 Vissu foreldrar/forráðamenn þínir hvað þú varst í raun og veru að gera í frítíma þínum þegar þú varst ekki í skólanum eða vinnu?	<input type="checkbox"/> Alltaf <input type="checkbox"/> Oftast <input type="checkbox"/> Stundum <input type="checkbox"/> Sjaldnast <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
2		
	2.1 Hversu oft gáfu foreldrar/forráðamenn þínir þér ekki nægan mat jafnvel þegar þau hefðu auðveldlega geta gert það?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
	2.2 Voru foreldrar / forráðamenn þínir undir það miklum áhrifum áfengis eða fíkniefna að þeir gátu ekki hugsað um þig?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
	2.3 Hversu oft gættu foreldrar / forráðamenn þínir ekki að því að þú færir í skóla þegar hann var starfrækur?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
3	FJÖLSKYLDU UMHVERFI	
	Þegar þú varst að alast upp, á fyrstu 18 æviárum þínum...	
	3.1 Þjó einhver á heimili þínu sem átti við áfengisvandamál að stríða eða var alkóhólisti, eða misnotaði lyf eða fíkniefni?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara

3.2 Þjó einhver á heimili þínu sem var þunglyndur, með geðræn vandamál eða í sjálfsmorðshugleiðingum?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
3.3 Þjó einhver á heimili þínu sem fór einhvern tímann í gæsluvarðhald eða fangelsi?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
3.4 Slitu foreldrar þínir einhvern tímann samvistum eða skildu?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
3.5 Lést móður þín, faðir eða forráðamaður?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
Næstu spurningar eru um vissa hluti sem þú gætir í raun hafa heyrt eða séð Á ÞÍNU HEIMILI. Þetta eru hlutir sem gætu átt við annan heimilismeðlim en ekki endilega þig.	
Þegar þú varst að alast upp, á fyrstu 18 æviárum þínum...	
3.6 Sást þú eða heyrðir þú öskur, blót, móðgun eða niðurlægingu gagnvart foreldri eða öðrum sem bjó á heimili þínu?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
3.7 Sást þú eða heyrðir þú foreldri eða heimilismeðlim vera sleginn, kýldur, sparkað í eða verða fyrir öðrum barsmiðum á heimili þínu?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara
3.8 Sást þú eða heyrðir þú foreldri eða heimilismeðlim vera sleginn eða skorinn með hlut, eins og priki (eða staf), flösku, kylfu, hnífi, svipu o.s.frv. á heimili þínu?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara

Næstu spurningar eru um vissa hluti sem ÞÚ gætir hafa upplifað.

Þegar þú varst að alast upp, á fyrstu 18 æviárum þínum...

4		
4.1 Varstu móðgaður, niðurlægður, var öskrað eða æpt á þig eða þér blótað af foreldri, forráðamanni eða öðrum heimilismeðlimi?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	
4.2 Hótaði foreldri, forráðamaður eða annar heimilismeðlimur að yfirgefa þig eða henda þér út af heimilinu eða gerði það í raun?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	
4.3 Flengdi, sló, sparkaði, kýldi eða lamdi foreldri, forráðamaður eða annar heimilismeðlimur þig?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	
4.4 Sló eða skar foreldri, forráðamaður eða annar heimilismeðlimur þig með hlut, eins og priki (eða staf), flösku, kylfu, hnífi, svipu o.s.frv.?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	
4.5 Snerti einhver þig eða þuklaði á þér á kynferðislegan hátt þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	
4.6 Lét einhver þig snerta líkama sinn á kynferðislegan hátt þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	
4.7 Gerði einhver tilraun til að eiga við þig munnmök, endaparmök eða mök í gegnum leggöng þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	

<p>4.8 Hafði einhver munmök, endaþarmsmök eða mök í gegnum leggöng við þig þegar þú vildir ekki að hann/hún gerðu það?</p>	<p><input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara</p>
<p>5</p>	
<p>Hér fyrir neðan er spurt um EINELTI að hálfu jafnaldra á uppvaxtarárum sem hér er skilgreint á eftirfarandi hátt: Einelti er þegar ungur einstaklingur eða hópur af ungu fólki segir eða gerir slæma eða óþægilega hluti við annan ungan einstakling. Það er líka að leggja í einelti þegar ungum einstaklingi er mikið strítt á óþægilegan hátt eða þegar ungur einstaklingur er viljandi skilin útundan. Það er ekki einelti þegar tveir ungir einstaklingar með svipaðan styrk eða mátt deila eða rífast eða stríða hvor öðrum á vinalegan eða skemmtilegan hátt.</p> <p>Þegar þú varst að alast upp, á fyrstu 18 æviárum þínum....</p>	
<p>5.1 Hversu oft varðst þú fyrir einelti?</p>	<p><input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei (<i>farðu á sp. 5.3</i>) <input type="checkbox"/> Vil ekki svara</p>
<p>5.2 Með hvaða hætti varðst þú oftast lögð/lagður í einelti?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ég var lamin(n), sparkað í mig, ýtt, hrint, eða læst(ur) inni <input type="checkbox"/> Það var gert grín af mér vegna kynþáttar míns, þjóðernis eða litar <input type="checkbox"/> Það var gert grín af mér vegna trúar minnar <input type="checkbox"/> Það var gert grín af mér með kynferðislegum bröndurum, athugasemdum, eða látbragði <input type="checkbox"/> Ég var viljandi skilin(n) útundan frá athöfnum eða algjörlega hunsuð/hunsaður <input type="checkbox"/> Það var gert grín af mér vegna þess hvernig líkaminn minn eða andlit leit út <input type="checkbox"/> Ég var lögð/lagður í einelti á einhvern annan hátt <input type="checkbox"/> Vil ekki svara</p>

Næsta spurning er um **SLAGSMÁL**. Slagsmál eiga sér stað þegar tvær ungar manneskjur af svipuðum styrk ákveða að slást.

Þegar þú varst að alast upp, á fyrstu 18 æviárum þínum...

5.3 Hversu oft varst þú í slagsmálum?

- Mörgum sinnum
- Nokkrum sinnum
- Einu sinni
- Aldrei
- Vil ekki svara

6

VERÐA VITNI AF OFBELDI Í SAMFÉLAGINU

Næstu spurningar eru um hversu oft, þegar þú varst barn, ÞÚ gætir hafa séð eða heyrt ákveðna hluti í þínu **HVERFI EÐA SAMFÉLAGI** (ekki inn á heimilinu þínu eða í sjónvarpinu, bíómyndum, eða útvarpi).

Þegar þú varst að alast upp, á fyrstu 18 æviárum þínum....

6.1 Sástu einhvern eða heyrðir þú í einhverjum sem var verið að lemja í raunveruleikanum?

- Mörgum sinnum
- Nokkrum sinnum
- Einu sinni
- Aldrei
- Vil ekki svara

6.2 Sástu einhvern eða heyrðir þú í einhverjum sem var verið að stinga eða skjóta í raunveruleikanum?

- Mörgum sinnum
- Nokkrum sinnum
- Einu sinni
- Aldrei
- Vil ekki svara

6.3 Sástu eða heyrðir þú að einhverjum var ógnað með hnífi eða byssu í raunveruleikanum?

- Mörgum sinnum
- Nokkrum sinnum
- Einu sinni
- Aldrei
- Vil ekki svara

7	UPPLIFUN AF STRÍÐI /OFBELDI AF VÖLDUM HÓPA	
Þegar þú varst að alast upp, á fyrstu 18 æviárum þínum...		
Upplifðir þú stríða eða annað ofbeldi af völdum hópa (t.d. gengja eða lögreglu) á fyrstu 18 æviárum þínum?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	
7.1 Varst þú þvinguð/þvingaður til að fara og búa á öðrum stað vegna einhverra slíkra atburða?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	
7.2 Upplifðir þú vísvitandi eyðileggingu á heimili þínu vegna einhverra slíkra atburða?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	
7.3 Varst þú lamin(n) af hermönnum, lögreglu, uppreisnarher eða gengjum?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	
7.4 Var fjölskyldumeðlimur eða vinur drepinn eða laminn af hermönnum, lögreglu, uppreisnarher eða gengjum?	<input type="checkbox"/> Mörgum sinnum <input type="checkbox"/> Nokkrum sinnum <input type="checkbox"/> Einu sinni <input type="checkbox"/> Aldrei <input type="checkbox"/> Vil ekki svara	

Þýðendur: Edda Björk Þórðardóttir og Jóhann Pálmar Harðarson (2017)