

# Skolbarns hälsovanor

(Health Behaviour in School-Aged Children)

1997/1998

År 7-9



**Frågeformulär**  
Internationell standardiserad version

En nationsjämförande kartläggning  
från Världshälsöorganisationen  
(A WHO Cross National Survey)

## Till dig som svarar på denna enkät

Genom att svara på de här frågorna hjälper du oss att få reda på mer om hur unga människor har det idag. Samma frågor ställs till skolbarn i många länder runt om i Europa, USA och Canada.

Du skall inte skriva ditt namn - dina svar kommer att hållas hemliga.

Läs frågorna i tur och ordning. Försök svara så ärligt du kan.

När du fyllt i formuläret, lägger du det i kuvertet du fått och klistrar igen det.

Ingen i skolan kommer att få se ditt ifyllda frågeformulär.

Tack på förhand för din medverkan!

Ulla Marklund  
Forskningsledare

### 1. Är du pojke eller flicka

- 1  Pojke      2  Flicka

### 2. Vilken månad är du född?

.....

### 3. Vilket år är du född?

.....

### 4. Vilken årskurs går du i?

- 1  Årskurs 5  
2  Årskurs 7  
3  Årskurs 9

### 5. I vilket land är du född?

- 1  I Sverige  
2  I Norge, Danmark, Finland eller Island  
3  I ett annat land i Europa  
4  I ett land utanför Europa

### 6. Var är dina föräldrar födda?

	I Sverige	I Norge, Finland, Danmark, eller Island	I annat land i <u>Europa</u>	I annat land <u>utanför Europa</u>
Pappa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mamma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

### 7. Hur bor du?

- 1  I lägenhet  
2  I radhus/kedjehus  
3  I villa

### 8. Hurdan plats bor du på?

- 1  Storstad  
2  Förort till en storstad  
3  Stad  
4  Samhälle  
5  Landsbygd

### 9. Vad tror du att du kommer att göra när du slutat grundskolan?

- 1  Gå på något av gymnasiets teoretiska program  
2  Gå på något av gymnasiets praktiska program  
3  Få ett arbete  
4  Få praktik- eller lärlingsjobb  
5  Bli arbetslös  
6  Jag vet inte

### 10. Hur duktig tror du din/dina lärare/klassföreståndare tycker du är i skolan jämfört med dina klasskamrater?

- 1  Mycket duktig  
2  Duktig  
3  Medelbra  
4  Under genomsnittet

### 11. Vad tycker du om skolan nu för tiden?

- 1  Jag tycker mycket bra om den  
2  Jag tycker ganska bra om den  
3  Jag tycker inte särskilt bra om den  
4  Jag tycker inte alls om den

12. Hur mycket pengar får du varje vecka? (Det gäller både fickpengar och pengar som du själv tjänar)  
.....kronor

13. Har du någonsin rökt? (Minst en cigarett, cigarr eller pipa)  
1  Ja    2  Nej

14. Hur ofta röker du nu för tiden?  
1  Varje dag  
2  Minst en gång i veckan, men inte varje dag  
3  Mindre än en gång i veckan  
4  Jag röker inte

15. Hur många cigaretter i veckan röker du vanligtvis?  
..... cigaretter i veckan

16. Har du någonsin smakat alkohol?  
(Med alkohol menas öl, vin, sprit, cider, alkoholäsk)  
1  Ja  
2  Nej

17. Hur ofta dricker du alkohol nu för tiden, som t ex öl, vin, sprit, cider, alkoholäsk?  
*Försök att även ta med de gånger då du bara dricker lite grann (sätt ett kryss på varje rad).*

	Varje dag	Varje vecka	Varje månad	Mer sällan än en gång i månaden	Aldrig
	1	2	3	4	5
Öl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholäsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Har du någonsin druckit så mycket alkohol att du blivit riktigt full?  
1  Nej, aldrig  
2  Ja, en gång  
3  Ja, 2-3 gånger  
4  Ja, 4-10 gånger  
5  Ja, mer än 10 gånger

19. Blir du bjuden på alkohol av din mamma/pappa då de själva dricker?  
1  Min mamma/pappa dricker inte alkohol  
2  Nej, aldrig  
3  Ja, någon enstaka gång  
4  Ja, ofta  
5  Ja, men jag får bara smaka ur deras glas

20. Har det hänt att din mamma/pappa köpt hem öl, starköl, vin eller sprit till dig?  
(Här kan du sätta fler än ett kryss)  
1  Jag dricker inte alkohol  
2  Ja, öl  
3  Ja, starköl  
4  Ja, vin  
5  Ja, sprit  
6  Nej, det har de aldrig gjort

21. Vad tror du din mamma/pappa tycker om att man dricker alkohol när man är i din ålder?  
1  De tycker inte det gör något om man dricker sig full ibland  
2  De tycker inte det gör något om man dricker, bara man inte dricker så mycket att man blir full  
3  De tycker inte man ska dricka alkohol alls när man är i min ålder

22. Berättar du för din mamma/pappa hur mycket alkohol du dricker?  
1  Jag dricker inte alkohol  
2  Jag berättar precis som det är  
3  Jag berättar att jag dricker, men inte hur mycket  
4  Jag berättar ingenting om mina alkoholvanor

23. Hur ofta brukar du träna på din fritid, (dvs utanför skoltid), så att du blir anfdad eller svettas?

- 1  Varje dag
- 2  4-6 gånger i veckan
- 3  2-3 gånger i veckan
- 4  En gång i veckan
- 5  En gång i månaden
- 6  Mindre än en gång i månaden
- 7  Aldrig

24. Hur många timmar i veckan brukar du träna på din fritid, (dvs utanför skoltid), så att du blir andfdad eller svettas?

- 1  Aldrig
- 2  Ungefär en halvtimme
- 3  Ungefär en timme
- 4  Ungefär 2-3 timmar
- 5  Ungefär 4-6 timmar
- 6  Mer än 7 timmar

25. Hur ofta håller du på med annat som ger motion som ex promenerar, cyklar, åker rullskridskor, hoppar rep osv på din fritid, dvs utanför skoltid?

- 1  Varje dag
- 2  4-6 gånger i veckan
- 3  2-3 gånger i veckan
- 4  En gång i veckan
- 5  En gång i månaden
- 6  Mindre än en gång i månaden
- 7  Aldrig

26. Hur ofta borstar du tänderna?

- 1  Mer än en gång om dagen
- 2  En gång om dagen
- 3  Åtminstone en gång i veckan, men inte varje dag
- 4  Mindre än en gång i veckan
- 5  Aldrig

27. Hur ofta äter eller dricker du något av följande?

(Sätt ett kryss på varje rad.)

	Mer än en gång om dagen	En gång om dagen	Varje vecka	Sällan	Aldrig
	1	2	3	4	5
Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Råa grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokta grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca cola eller andra sockrade läskedrycker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Godis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kakor eller tårter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pommes frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamburgare eller varm korv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullkornsbröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättmjölk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mjök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Håller du på att banta?

- 1  Nej, för jag tycker att jag är lagom som jag är
- 2  Nej, men jag borde gå ner i vikt
- 3  Ja

29. Hur ofta använder du säkerhetsbälte när du åker bil?

- 1  Alltid
- 2  Ofta
- 3  Ibland
- 4  Sällan eller aldrig
- 5  Det finns oftast inget säkerhetsbälte där jag sitter
- 6  Jag åker aldrig bil

30. Har du någon cykelhjälm?

- 1  Ja
- 2  Nej

**31. Hur ofta använder du cykelhjälm när du cyklar?**

- 1  Alltid
- 2  Ofta
- 3  Ibland
- 4  Sällan eller aldrig
- 5  Jag cyklar aldrig

**32. Hur frisk tycker du att du är?**

- 1  Mycket frisk
- 2  Ganska frisk
- 3  Inte särskilt frisk

**33. Hur trivs du i stort sett med livet just nu?**

- 1  Jag trivs mycket bra
- 2  Jag trivs ganska bra
- 3  Jag trivs inte så bra
- 4  Jag trivs inte alls

**34. Känner du dig någonsin ensam?**

- 1  Ja, mycket ofta
- 2  Ja, ganska ofta
- 3  Ja, ibland
- 4  Nej

**35. Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär?**  
(Sätt ett kryss på varje rad)

	I stort sett varje dag	Mer än en gång i veckan	Ungefär en gång i veckan	Ungefär en gång i månaden	Sällan eller aldrig
	1	2	3	4	5
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt mig nere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt mig nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt mig yr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36. Hur ofta känner du dig trött när du går till skolan på morgonen?**

- 1  Sällan eller aldrig
- 2  Då och då
- 3  1-3 gånger i veckan
- 4  4 gånger i veckan eller mer

**37. Har du under den senaste månaden ätit tabletter eller någon annan medicin mot följande besvär?**  
(Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja, en gång	Ja, mer än en gång
	1	2	3
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervositet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. Hur många timmar om dagen brukar du titta på TV?**

- 1  Inte alls
- 2  Mindre än en halv timme
- 3  1/2 - 1 timme
- 4  2-3 timmar
- 5  4 timmar
- 6  Mer än fyra timmar

**39. Hur många timmar i veckan brukar du se på video?**

- 1  Inte alls
- 2  Mindre än 1 timme i veckan
- 3  1-3 timmar
- 4  4-6 timmar
- 5  7-9 timmar
- 6  10 timmar eller mer

**40. Hur många timmar i veckan brukar du spela dataspel?**

- 1  Inte alls
- 2  Mindre än 1 timme i veckan
- 3  1-3 timmar
- 4  4-6 timmar
- 5  7-9 timmar
- 6  10 timmar eller mer

**41. Kryssa för de personer som bor hemma hos dig. Om din mamma och pappa bor på olika ställen, ska ditt svar gälla det hem där du bor mest. (Sätt ett kryss på varje rad.)**

	1	2
Jag bor med:	Ja	Nej
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styvpappa (mammans nya man eller sambo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styvmamma (pappas nya fru eller sambo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42. Hur många av följande personer bor hemma hos dig?**

Systrar .....

Bröder .....

Far-/morföräldrar .....

Andra personer .....

**43. Vad gör din pappa?**

- 1  Arbetar på heltid
- 2  Arbetar på deltid
- 3  Är arbetslös
- 4  Studerar
- 5  Är barnledig/hemmaman
- 6  Är pensionär/sjukpensionär
- 7  Vet inte

**44. Vad gör din mamma?**

- 1  Arbetar på heltid
- 2  Arbetar på deltid
- 3  Är arbetslös
- 4  Studerar
- 5  Är barnledig/hemmafru
- 6  Är pensionär/sjukpensionär
- 7  Vet inte

**45. Vad har dina föräldrar för arbete?**

*Försök beskriv deras arbete så noga du kan, t ex sekreterare, jordbrukare, lastbilschaufför, läkare, hårfrisörska, lärare*

Min pappas arbete:

.....

Min mammas arbete:

.....

**46. Hur lätt har du för att prata med följande personer om saker som bekymrar dig?**

*(Sätt ett kryss på varje rad.)*

	Mycket lätt	Lätt	Svårt	Mycket svårt	Har ingen/vi träffas inte
	1	2	3	4	5
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldre bror/ bröder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldre syster/ systrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänner av samma kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänner av motsatt kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**47. Hur många nära vänner har du?**

- 1  Ingen
- 2  En
- 3  Två
- 4  Tre eller fler

**48. Har du lätt eller svårt för att skaffa nya vänner?**

- 1  Mycket lätt
- 2  Lätt
- 3  Svårt
- 4  Mycket svårt

**49. Hur ofta är du tillsammans med kompisar direkt efter skolan?**

- 1  4-5 dagar i veckan
- 2  2-3 dagar i veckan
- 3  1 gång i veckan eller mindre
- 4  Har inga kompisar just nu



50. Hur många kvällar i veckan brukar du vara ute med kompisar?

0 1 2 3 4 5 6 7 kvällar

51. Finns det något du skulle vilja ändra på när det gäller din kropp?

- 1  Ja  
 2  Nej

52. Tycker du att du är:

- 1  Alldeles för mager  
 2  Lite för mager  
 3  Lagom  
 4  Lite för tjock  
 5  Alldeles för tjock  
 6  Jag tänker inte på det

53. Tycker du att du:

- 1  Ser mycket bra ut  
 2  Ser ganska bra ut  
 3  Ser ut som de flesta andra  
 4  Inte ser speciellt bra ut  
 5  Inte alls ser bra ut  
 6  Jag tänker inte på hur jag ser ut

54. Hur ofta känner du dig .....

	Alltid 1	Ofta 2	Ibland 3	Sällan 4	Aldrig 5
...utanför?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hjälplos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...säker på dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Hur många gånger har du varit i slagsmål under de senaste 12 månaderna?

- 1  Jag har inte varit i slagsmål  
 2  1 gång  
 3  2 gånger  
 4  3 gånger  
 5  4 eller fler gånger

56. Läs noga igenom följande påståenden om din skola.

Kryssa i en ruta för varje påstående

	1	2	3	4	5
På vår skola är eleverna med och bestämmer reglerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eleverna behandlas för strängt på den här skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reglerna är rättvisa på den här skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår skola är ett trevligt ställe att vara på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner att jag hör hemma på den här skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Kryssa i en ruta för varje påstående om dina lärare. Om du bara har en lärare, tänk då på den personen när du svarar på frågorna.

	1	2	3	4	5
Jag upp-muntras till att säga vad jag tycker i klassen/ klasserna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våra lärare behandlar oss rättvist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag behöver extra hjälp, så får jag det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina lärare är intresserade av mig som person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**58. Kryssa i en ruta för varje påstående om dina klasskamrater.**

	Alltid 1	Ofta 2	Ibland 3	Sällan 4	Aldrig 5
Eleverna i min klass trivs tillsammans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De flesta av mina klasskamrater är snälla och hjälpsamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina klasskamrater accepterar mig som jag är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**59. Hur ofta tycker du att det är tråkigt att gå i skolan?**

- 1  Mycket ofta
- 2  Ofta
- 3  Ibland
- 4  Sällan
- 5  Aldrig

**Här kommer några frågor om mobbning. Vi menar att en elev MOBBAS då en annan elev, eller en grupp elever, säger eller gör elaka och otrevliga saker mot honom eller henne. Det är också mobbning då en elev ständigt blir retad på ett sätt som han eller hon inte tycker om. Men det är INTE MOBBNING då två ganska jämnstarka elever grälar eller slåss.**

**60. Hur ofta har du blivit mobbad i skolan den här terminen?**

- 1  Jag har inte blivit mobbad i skolan den här terminen
- 2  En eller ett par gånger
- 3  Några gånger
- 4  Ungefär en gång i veckan
- 5  Flera gånger i veckan

**61. Hur ofta har du varit med och mobbat andra elever i skolan den här terminen?**

- 1  Jag har inte mobbat någon i skolan den här terminen
- 2  En eller ett par gånger
- 3  Några gånger
- 4  Ungefär en gång i veckan
- 5  Flera gånger i veckan

**62. Hur ofta händer det att andra elever inte vill vara med dig i skolan och att du blir lämnad ensam?**

- 1  Det har inte hänt någon gång den här terminen
- 2  En eller ett par gånger
- 3  Några gånger
- 4  Ungefär en gång i veckan
- 5  Flera gånger i veckan

**63. Hur många dagar har du skolkat från skolan under den här terminen?**

- 1  Ingen dag
- 2  1 dag
- 3  2 dagar
- 4  3 dagar
- 5  4 dagar eller fler

**64. Kryssa i en ruta för varje påstående om dina föräldrar. Om din mamma och pappa bor på olika platser, ska dina svar gälla det hem där du bor mesta tiden.**

	Alltid 1	Ofta 2	Ibland 3	Sällan 4	Aldrig 5
Om jag har problem i skolan försöker mina föräldrar hjälpa mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina föräldrar kommer gärna till skolan och pratar med mina lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina föräldrar uppmuntrar mig att vara duktig i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**65. Känner du dig säker i skolan?**

- 1  Alltid
- 2  Ofta
- 3  Ibland
- 4  Sällan
- 5  Aldrig



**66. Kryssa i en ruta för varje påstående:**

	Instämmer absolut	Instämmer	Tveksam	Instämmer inte	Instämmer absolut inte
Mina föräldrar väntar sig för mycket av mig i skolan	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mina lärare väntar sig för mycket av mig i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**67. Hur pass stressad känner du dig av ditt skolarbete?**

- 1  Inte alls
- 2  Lite grann
- 3  Ganska mycket
- 4  Mycket

**68. Hur ofta brukar du skolka?**

- 1  Nästan varje dag
- 2  Ett par gånger i veckan
- 3  Några gånger i månaden
- 4  Några gånger per termin
- 5  En gång per termin eller mindre
- 6  Aldrig

**69. Har din familj någon dator?**

- 1  Nej
- 2  Ja

**70. Har din familj någon bil?**

- 1  Nej
- 2  Ja, en bil
- 3  Ja, två bilar eller fler

**71. Har du ett eget rum?**

- 1  Ja
- 2  Nej



**72. Hur pass bra ställt ekonomiskt tycker du att din familj har det?**

- 1  Mycket bra
- 2  Bra
- 3  Genomsnittligt
- 4  Inte så bra
- 5  Inte alls bra

**73. Hur många gånger har du rest bort på semester med din familj under det senaste året?**

- 1  Ingen gång
- 2  En gång
- 3  Två gånger
- 4  Mer än två gånger

**74. Har du någon form av allergi?**

- 1  Ja  Svara också på fråga 75-79
- 2  Nej  Gå vidare till fråga 80

**75. Vad är du allergisk mot? (här kan du sätta fler än ett kryss)**

- 1  Mat
- 2  Pollen
- 3  Pälsdjur
- 4  Damm
- 5  Annat Vad? \_\_\_\_\_
- 6  Vet ej

**76. Tar du medicin mot dina allergiska besvär? (här kan du sätta fler än ett kryss)**

- 1  Ja, alltid då jag har besvär
- 2  Ja, ibland då jag har besvär
- 3  Ja, i förväg för att inte få besvär
- 4  Nej, jag tar inte någon medicin

**77. Hur många dagar har du under de senaste 12 månaderna varit tvungen att stanna hemma från skolan för din allergi?**

\_\_\_\_\_ dagar

**78. Vet dina klasskamrater om att du är allergisk?**

- 1  Ja, alla
- 2  Ja, många
- 3  Ja, några
- 4  Ja, en eller ett par
- 5  Nej, ingen
- 6  Vet inte

**79. Vet din lärare/klassföreståndare om att du är allergisk?**

- 1  Ja
- 2  Nej
- 3  Vet inte

80. Hur mycket väger du utan kläder?

\_\_\_\_\_ kg

81. Hur lång är du utan skor?

\_\_\_\_\_ cm

82. Vem på skalan är mest lik dig?

Kryssa för den figur du tycker  
mest liknar din egen.

FLICKOR



1



2



3



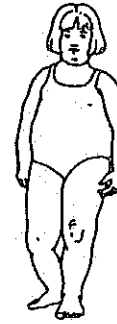
4



5



6



7

POJKAR



1



2



3



4



5



6



7

Många unga människor gör sig illa eller skadas på gatan, hemma, då de idrottar eller i slagsmål med andra.

Att skada sig kan också innebära att man får i sig något giftigt eller att man bränner sig. Men sjukdomar som mässlingen eller influensa räknas inte hit.

De följande frågorna handlar om skador som du kan ha råkat ut för under de senaste 12 månaderna.

**83. Hur många gånger har du under de senaste 12 månaderna skadat dig så illa att du blivit behandlad av en läkare eller sjuksköterska?**

- 1  Jag har inte blivit behandlad av läkare eller sjuksköterska för någon skada
- 2  1 gång
- 3  2 gånger
- 4  3 gånger
- 5  4 gånger eller fler

Om du inte har blivit behandlad av en läkare eller sjuksköterska för någon skada under de senaste 12 månaderna behöver du inte svara på några fler frågor. *Bläddra till sista sidan!*

Om du blivit behandlad av en läkare eller sjuksköterska för någon skada under de senaste 12 månaderna, var snäll och svara på följande 6 frågor.

Om du har skadats fler än 1 gång ska du tänka på den svåraste skadan (den skada som tog längst tid att bli bra ifrån) då du svarar på frågorna.

**84. Var var du när du skadade dig?**

*Kryssa i det svar som bäst beskriver din svåraste skada.*

- 1  Hemma (hos dig eller hos någon annan)
- 2  I skolan (inom hela skolområdet)
- 3  På en idrottsanläggning (ej i skolan)
- 4  På gatan eller på vägen
- 5  På annan plats (ange var):

**85. Vad gjorde du då du blev skadad?**

*Kryssa i det svar som bäst beskriver din svåraste skada.*

- 1  Cyklade
- 2  Åkte skridskor, rullskridskor (roller blades) eller skateboard
- 3  Tävlade eller tränade i någon sport/idrott (inte cykling eller skridskor)
- 4  Åkte bil eller annat motorfordon
- 5  Promenerade/sprang (men inte i idrottslag eller träning)
- 6  Slogs
- 7  Annat (ange vad):

**86. Blev du skadad medan du höll på med någon sport eller någon annan fysisk aktivitet?**

- 1  Nej
- 2  Ja, i en idrottsförening eller klubb
- 3  Ja, fast inte i en idrottsförening eller klubb

**87. Ledde skadan till att du missade åtminstone en hel skoldag eller en hel dags andra normala aktiviteter?**

- 1  Ja
  - 2  Nej
- Om svaret är *ja*, hur många dagar missade du? \_\_\_\_\_

**88. Titta på listan och kryssa för vilka följderna blev av din svåraste skada:**

- 1  Jag blev gipsad
- 2  Jag blev sydd
- 3  Jag behövde kryckor eller en rullstol
- 4  Jag opererades
- 5  Jag stannade på sjukhus över natten

**89. Vilka kroppsskador fick du av din svåraste skada?**

- 1  Brutet, urläddet eller stukat ben
- 2  Vrickning, stukning eller muskelsträckning
- 3  Skär- och sticksår eller annat öppet sår
- 4  Hjärnskakning, nackskada, whiplash eller medvetlöshet
- 5  Blåmärken eller invärtes blödning
- 6  Brännskador
- 7  Annan typ av kroppsskada (ange vilken):

90. Vissa skador behöver inte behandlas av en läkare eller sjuksköterska.

Hur många gånger har du skadats så att du missat en hel dag i skolan eller andra aktiviteter men inte behövt behandlas av en läkare eller sjuksköterska, under de senaste 12 månaderna?

- 1  Ingen gång
- 2  1 gång
- 3  2 gånger
- 4  3 gånger
- 5  4 eller fler gånger

Tack ska du ha för hjälpen!  
Hoppas du tycker  
det var intressant  
att svara på frågorna.

Så småningom kommer du  
att få läsa i tidningarna  
om hur svenska elever  
har svarat jämfört med  
elever i andra  
europeiska länder.