

# SKOLBARNS HÄLSOVANOR

(Health Behaviour in School-Aged Children)



FRÅGEFORMULÄR FÖR 1993/94  
Internationell standardiserad version

EN NATIONSJÄMFÖRANDE KARTLÄGGNING  
FRÅN VÄRLDSHÄLSOORGANISATIONEN  
(A WHO Cross National Survey)

## **Till eleven**

Genom att svara på de här frågorna hjälper du oss att få reda på mer om hur unga människor har det idag. Vi kommer att ställa samma frågor till skolbarn i många länder i Europa. Du skall inte skriva ditt namn - dina svar kommer att hållas hemliga. Ingen i skolan kommer att få se ditt frågeformulär.

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 kuvertet.

Tack på förhand för din medverkan!



Ulla Marklund  
Forskningsledare

1. Är du pojke eller flicka?

Pojke 1                   Flicka 2

2. Vilken månad är du född? .....

3. Vilket år är du född .....

4. Vilken årskurs går du i?    Årskurs 5                  1   
    Årskurs 7                  2   
    Årskurs 9                  3

5. Hurdan plats bor du på?    Storstad eller                  1   
    förort till storstad  
    Stad                                  2   
    Samhälle                          3   
    Landsbygd                        4

6. Hur många personer bor hemma hos dig förutom du själv? Om din mamma och pappa bor på olika ställen, ska ditt svar gälla det hem där du bor mesta tiden.

..... personer förutom du själv

7. 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 mesta tiden.

Mamma    1

Pappa    1

Bröder, fyll i hur många som bor hemma hos dig: .....

Systrar, fyll i hur många som bor hemma hos dig: .....

Styvmamma (pappas nya fru eller fästmö)                  1

Styvpappa (mammans nya man eller fästman)                1

Mormor eller farmor, fyll i hur många som bor hemma hos dig: .....

Morfar eller farfar, fyll i hur många som bor hemma hos dig: .....

Andra släktingar, fyll i hur många som bor hemma hos dig: .....

Andra personer, fyll i hur många som bor hemma hos dig: .....

8. Vad gör din pappa?      Arbetar på heltid      1  ~~☑~~ Om du satt kryss här ska  
 Arbetar på deltid      2  ~~☑~~ du också svara på fråga 9  
 Är arbetslös      3   
 Studerar      4   
 Är barnledig/  
 hemmaman      5   
 Är pensinär/  
 sjukpensionär      6   
 Vet inte      7

9. Vad har din pappa för arbete? Försök beskriva hans arbete så noga du kan, t ex bilmekaniker, arbetare eller lastbilschaufför. Om du inte vet eller om din pappa inte bor tillsammans med dig behöver du inte skriva någonting
- .....

10. Vad gör din mamma?      Arbetar på heltid      1  ~~☑~~ Om du satt kryss här ska  
 Arbetar på deltid      2  ~~☑~~ du också svara på fråga 11  
 Är arbetslös      3   
 Studerar      4   
 Är barnledig/  
 hemmafru      5   
 Är pensinär/  
 sjukpensionär      6   
 Vet inte      7

11. Vad har din mamma för arbete? Försök beskriva hennes arbete så noga du kan, t ex sekreterare, tandläkare eller sjuksköterska. Om du inte vet eller om din mamma inte bor tillsammans med dig behöver du inte skriva någonting
- .....

12. Vad tror du du kommer att göra, när du slutat grundskolan?

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

13. Hur duktig tror du din klasslärare/föreståndare tycker du är i skolan jämfört med dina klasskamrater?

- Mycket duktig 1
- Duktig 2
- Medelbra 3
- Under genomsnitt 4

14. Vad tycker du om skolan nu för tiden?

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

15. Hur mycket pengar gör du vanligtvis av med för egen del varje vecka?  
(det gäller både fickpengar och pengar som du själv tjänar)

..... kronor

16. Har du någonsin rökt någon enda gång?

- Ja 1  Nej 2

17. Hur ofta röker Du nu för tiden?

- Varje dag 1
- Minst en gång i veckan,  
men inte varje dag 2
- Mindre än en gång i veckan 3
- Jag röker inte 4

18. Hur många cigaretter i veckan röker du vanligtvis?

..... cigaretter i veckan

19. Har du någonsin smakat alkohol

- Ja 1
- Nej 2
- Vet inte 3

20. Hur ofta dricker du följande drycker nu för tiden? Försök att räkna med även 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"/>

21. Har du någonsin druckit så mycket alkohol att du blivit riktigt berusad?

- Nej, aldrig
- Ja, 2-3 gånger
- Ja, 4-10 gånger
- Ja, mer än 10 gånger

22. Om du någonsin druckit dig riktigt berusad, hur gammal var du när du gjorde det första gången?

..... år gammal

23. Hur ofta brukar du träna så mycket på din fritid att du blir andfådd eller svettas?

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

24. Hur många timmar i veckan brukar du träna så mycket på din fritid att du blir andfådd eller svettas

- Inga
- Ungefär 1/2 timme
- Ungefär 1 timme
- Ungefär 2-3 timmar
- Ungefär 4-6 timmar
- 7 timmar eller mer

## 25. Hur ofta borstar du tänderna?

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

## 26. Hur ofta använder du tandtråd?

- Varje dag 1
- Varje vecka 2
- Sällan eller aldrig 3

## 27. Hur ofta brukar du äta eller dricka något av följande? Sätt ett kryss på varje rad.

	Mer än en gång om om dagen	En gång om dagen	Varje vecka	Sällan	Aldrig
	1	2	3	4	5
Kaffe	<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"/>
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"/>
Råa grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salta jordnötter	<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"/>
Lättmjök, lättfil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mjök, filmjök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apelsinjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**28. Hur ofta brukar du äta lagad mat till skollunch?**

- Varje skoldag 1
- Nästan varje skoldag 2
- För det mesta 3
- Ibland 4
- Nästan aldrig 5

**29. Brukar du tycka att skollunchen är god?**

- Alltid 1
- Nästan alltid 2
- För det mesta 3
- Ibland 4
- Nästan alltid 5

**30. Hur ofta brukar du äta något annat istället för den lagade maten (t ex sallad, fil, mjölk)?**

- Det finns inte på vår skola 1
- Varje skoldag 2
- Nästan varje skoldag 3
- För det mesta 4
- Ibland 5
- Nästan aldrig 6

**31. Hur ofta brukar du äta middag tillsammans med familjen?**

- Varje dag 1
- Nästan varje dag 2
- För det mesta 3
- Ibland 4
- Nästan aldrig 5

**32. Håller du på att banta?**

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



**33. Hur ofta använder du säkerhetsbälte när du åker bil?**

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

**34. Har du någon cykelhjälm?**

Ja 1  Nej 2

Om du svarat ja ska du också svara på fråga 35

**35. Hur ofta använder du hjälm när du cyklar?**

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

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

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

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

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

**38. Känner du dig någonsin ensam?**

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

39. Hur ofta har du under de senaste sex 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"/>

40. Hur ofta känner du dig trött när du ger dig iväg till skolan på morgonen?

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

41. Har du under den senaste månaden ätit medicin eller andra tabletter mot följande besvär? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Ja 1	Nej 2
Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förkylning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervositet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet/depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

43. Hur många timmar i veckan brukar du spela dataspel?

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

44. Läs noga igenom varje påstående om er skola. Kryssa för en ruta för varje påstående.

	Instämmer absolut	Instämmer	Tveksam	Instämmer inte	Instämmer absolut inte
	1	2	3	4	5
a) På vår skola är eleverna med och bestämmer reglerna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eleverna behandlas alltför strängt på den här skolan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Reglerna är rättvisa på den här skolan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vår skola är ett trevligt ställe att vara på.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 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"/>
f) Det är rent och snyggt på vår skola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Det är viktigt för mig att få bra betyg i skolan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Kryssa för en ruta för varje påstående om era lärare. Om ni bara har en lärare, tänk då på den personen när du svarar på frågorna.

	Instämmer absolut	Instämmer	Tveksam	Instämmer inte	Instämmer absolut inte
	1	2	3	4	5
a) Jag uppmuntras till att uttrycka mina egna åsikter i klassen/klasserna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Våra lärare behandlar oss rättvist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Om jag behöver extra hjälp, så får jag det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mina lärare är intresserade av mig som person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Kryssa för en ruta för varje påstående om eleverna i din klass/dina klasser.

	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
	1	2	3	4	5
a) Eleverna i min klass trivs tillsammans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) De flesta elever i min klass är snälla och hjälpsamma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) De andra eleverna accepterar mig som jag är.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 jämstarka elever grälar eller slåss.

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

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

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

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

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

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

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

- |   | Alltid<br>1              | Ofta<br>2                | Ibland<br>3              | Sällan<br>4              | Aldrig<br>5              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Om jag har problem i skolan, är mina föräldrar beredda att hjälpa mig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Mina föräldrar är villiga att komma till skolan och prata med lärarna. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Mina föräldrar uppmuntrar mig till att vara duktig i skolan.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

51. Kryssa för en ruta för vart och ett av följande påståenden.

- |  | Instämmer absolut<br>1   | Instämmer<br>2           | Tveksam<br>3             | Instämmer inte<br>4      | Instämmer absolut inte<br>5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| a) Mina föräldrar väntar sig alltför mycket av mig i skolan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| b) Mina lärare väntar sig alltför mycket av mig i skolan     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

52. Hur pass stressad känner du dig av ditt skolarbete? Kryssa för den ruta som passar bäst för dig personligen.

- Inte alls 1
- Litet grann 2
- Något 3
- Mycket 4

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

	Mycket lätt	Lätt	Svårt	Mycket svårt	Har/träffar inte den personen
	1	2	3	4	5
a) Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Äldre bror/ bröder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Äldre syster/ systrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Vänner av samma kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Vänner av motsatt kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Hur många nära vänner har du?

- Inga 1
- En 2
- Två eller flera 3

55. Hur ofta är du tillsammans med kompisar efter skolan?

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 kvällar

Här är några frågor om hur du ser på dig själv.

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

Ja 1  Nej 2

58. Tycker du att du är:

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

59. Tycker du att du:

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

60. Har du någonsin känt dig utanför?

Ja, ofta 1   
 Ibland 2   
 Nej, nästan aldrig 3

61. Har du lätt eller svårt att skaffa nya vänner?

Mycket lätt 1   
 Lätt 2   
 Svårt 3   
 Mycket svårt 4

**62. Känner du dig hjälplös?**

- |        |                            |
|--------|----------------------------|
| Alltid | 1 <input type="checkbox"/> |
| Ofta   | 2 <input type="checkbox"/> |
| Ibland | 3 <input type="checkbox"/> |
| Sällan | 4 <input type="checkbox"/> |
| Aldrig | 5 <input type="checkbox"/> |

**63. Känner du dig trygg i dig själv?**

- |        |                            |
|--------|----------------------------|
| Alltid | 1 <input type="checkbox"/> |
| Ofta   | 2 <input type="checkbox"/> |
| Ibland | 3 <input type="checkbox"/> |
| Sällan | 4 <input type="checkbox"/> |
| Aldrig | 5 <input type="checkbox"/> |

**64. Har din familj någon bil?**

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| Nej                 | 1 <input type="checkbox"/> |
| Ja, en              | 2 <input type="checkbox"/> |
| Ja, två eller flera | 3 <input type="checkbox"/> |

**65. Har du eget rum?**

- Ja 1     Nej 2

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

- |                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| Mycket bra        | 1 <input type="checkbox"/> |
| Bra               | 2 <input type="checkbox"/> |
| Genomsnittligt    | 3 <input type="checkbox"/> |
| Inte särskilt bra | 4 <input type="checkbox"/> |
| Inte alls bra     | 5 <input type="checkbox"/> |
| Jag vet inte      | 6 <input type="checkbox"/> |



Många ungdomar blir skadade på sådana ställen som på gatan, i hemmet, när de idrottar, eller i slagsmål med andra. De följande 8 frågorna gäller olyckor eller skador som du kan ha råkat ut för under det senaste året.

67. Har du blivit så illa skadad någon gång under de senaste 12 månaderna att du fått lov att behandlas av en doktor eller sköterska?

Ja 1     Nej 2

Om du svarat ja, hur många gånger har du blivit skadad?

Antal gånger .....

Om du svarat *nej* behöver du inte svara på fler frågor. *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.*

Om svaret är *ja*, skulle vi vilja att du tänker på den allvarligaste skadan eller olyckan som du haft under de senaste 12 månaderna.

68. Krävde skadan medicinsk behandling som tex gipsning, stygn, operation eller övernattnig på sjukhus?

Ja 1     Nej 2

69. Ledde skadan till att du missade åtminstone EN HEL SKOLDAG eller EN HEL DAGS andra normala aktiviteter?

Ja 1     Nej 2

Om svaret är ja, hur många dagar missade du? .....

70. Vilken månad och vilket år råkade du ut för den här skadan?

Månad:	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

År:            1992 1             1993 2             1994 3

**71. Vilken av följande platser beskriver BÄST var du blev skadad?**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| Hemma eller i trädgården                          | 1 <input type="checkbox"/> |
| I någon annans hem                                | 2 <input type="checkbox"/> |
| I skolan  | 3 <input type="checkbox"/> |
| På en idrottsanläggning                           | 4 <input type="checkbox"/> |
| På gatan/vägen <u>i närheten</u> av ditt hem      | 5 <input type="checkbox"/> |
| På gatan/vägen <u>inte i närheten</u> av ditt hem | 6 <input type="checkbox"/> |
| I en park eller ett fritidsområde                 | 7 <input type="checkbox"/> |
| På en bondgård                                    | 8 <input type="checkbox"/> |
| På arbetet  | 9 <input type="checkbox"/> |

På en annan plats: .....

**72. Vilken av följande beskrivningar passar BÄST in på vad som inträffade när du råkade ut för din skada?**

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| Cyklade   | 01 <input type="checkbox"/> |
| Åkte rullskridskor eller skateboard             | 02 <input type="checkbox"/> |
| Åkte bil eller annat fordon                     | 03 <input type="checkbox"/> |
| Blev påkörd av en bil eller annat fordon        | 04 <input type="checkbox"/> |
| Fick en idrottskada under träning eller tävling | 05 <input type="checkbox"/> |
| Skadad på skolgården under rast                 | 06 <input type="checkbox"/> |
| Råkade snubbla eller ramla omkull               | 07 <input type="checkbox"/> |
| Råkade bli träffad/slagen eller skuren av något | 08 <input type="checkbox"/> |
| Under slagsmål med en annan person              | 09 <input type="checkbox"/> |
| Ramlade ner från något                          | 10 <input type="checkbox"/> |

Någon annan slags händelse (ange vilken): .....

.....

73. Vilket av följande tillstånd beskriver BÄST den allvarligaste följden av den här skadan?

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| Brutet eller urledvridet ben                    | 1 <input type="checkbox"/> |
| Stukning, sträckning eller muskelsträckning     | 2 <input type="checkbox"/> |
| Skärsår eller annat öppet sår                   | 3 <input type="checkbox"/> |
| Hjärnskakning eller annan huvud eller halsskada | 4 <input type="checkbox"/> |
| Blåmärken eller invärtes blödning               | 5 <input type="checkbox"/> |
| Brännskada                                      | 6 <input type="checkbox"/> |
| Förgiftning                                     | 7 <input type="checkbox"/> |

Annan typ av skada (ange vilken): .....

*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.*

**Folkhälsoinstiutet, Box 27848, 115 93 Stockholm**  
**tel 08-783 35 00, fax 08-783 35 45**