

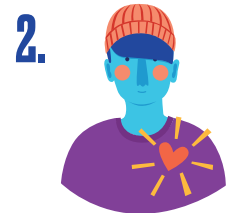
# Hej!

Vi hoppas att du vill svara på frågorna i enkäten Skolbarns hälsovanor. Dina svar hjälper våra politiker att förstå hur du och andra unga i Sverige mår. Det gör att de kan fatta bättre beslut som påverkar dig. Det är helt frivilligt att svara och du måste inte heller svara på alla frågor.

## Hur gör du?



Svaren är anonyma, skriv inte ditt namn på pappret.



Är det svårt att välja ett svar? Ta det som känns bäst!



Är det något du inte riktigt förstår, fråga läraren!



Lugn! Det gör inget om du inte hinner med alla frågorna.



Klar? Stoppa blanketten i kuvertet och klistra igen.

## Vad händer sen?

- Vi på Statistiska centralbyrån (SCB) tar hand om alla svar.
- Sen skickar vi svaren till Folkhälsomyndigheten.
- Svaren är anonyma så det går inte att se vem som har svarat vad.
- Folkhälsomyndigheten använder svaren till att få veta hur dagens skolbarn mår.
- Resultaten leder till något klokt och bra!


**Ingen kommer få veta vad du eller någon annan har svarat.**

### **Dina svar kan inte kopplas till dig**

Vi har utformat både urvalet av personer som inbjuds att svara och själva enkäten så att svaren som vi får in inte innehåller personuppgifter. Dina svar kan alltså inte kopplas till dig som person eller till din skola. Det kommer inte att gå att se vad en viss person har svarat när undersökningens resultat redovisas.

**Frågeblanketten läses maskinellt. Vi ber dig därför att:**

- Använda bläckpenna
- Skriva tydliga siffror, så här: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
- Markera dina svar med kryss, så här:
- Om du svarat fel täck hela rutan med det felaktiga krysset, så här: 

**Bakgrundsfrågor**

|           |                                     |                                    |  |                          |                              |                          |
|-----------|-------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Är du en flicka eller pojke?</b> |                                    |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> Flicka     |                                    |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> Pojke      |                                    |  |                          |                              |                          |
| <b>2.</b> | <b>Vilken månad är du född?</b>     |                                    |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> Januari    | <input type="checkbox"/> Juli      |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> Februari   | <input type="checkbox"/> Augusti   |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> Mars       | <input type="checkbox"/> September |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> April      | <input type="checkbox"/> Oktober   |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> Maj        | <input type="checkbox"/> November  |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> Juni       | <input type="checkbox"/> December  |  |                          |                              |                          |
| <b>3.</b> | <b>Vilket år är du född?</b>        |                                    |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> 2000       |                                    |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> 2001       |                                    |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> 2002       |                                    |  |                          |                              |                          |
|           | <input type="checkbox"/> 2003       |                                    |  |                          |                              |                          |
| <b>4.</b> | <b>I vilket land är...</b>          |                                    |  |                          |                              |                          |
|           | <i>Sätt ett kryss per rad.</i>      |                                    |  |                          |                              |                          |
|           |                                     | I Sverige                          | I Norge,<br>Finland,<br>Danmark eller<br>på Island | Annat land i<br>Europa   | Annat land<br>utanför Europa | Vet inte                 |
| a)        | ... du född?                        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| b)        | ... din mamma född?                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| c)        | ... din pappa född?                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

## Familj och vänner

5. **Alla familjer är olika. Ibland bor man med bara en förälder och ibland lever man med två familjer. Vi skulle vilja veta hur det ser ut för dig.**

**Den här frågan handlar om det hem där du bor hela tiden eller för det mesta. Om du bor i två eller flera hem, börja med den ena föräldern.**

*Kryssa för vilka du bor tillsammans med där.*

**Vuxna:**

- Mamma  
 Pappa  
 Pappas sambo/flickvän/partner  
 Mammas sambo/pojkvän/partner  
 Jag bor i familjehem eller liknande  
 Jag bor tillsammans med någon annan vuxen eller någon annanstans

**Barn:**

*Skriv hur många bröder och systrar som bor i den här familjen (räkna med halv-, styv- eller fostersyskon). Räkna inte med dig själv. Skriv antalet eller skriv 0 (noll) om det inte bor något annat barn här.*

Hur många bröder?

Hur många systrar?

6. **Har du ytterligare ett hem?**

*Det kan till exempel vara om dina föräldrar är separerade och du bor hos den andre föräldern ibland.*

- Nej —————> Gå till fråga 9  
 Ja

7. **Hur ofta bor du där?**

- Hälften av tiden  
 Regelbundet men mindre än hälften av tiden  
 Ibland  
 Nästan aldrig

8. **Var snäll och kryssa i nedan vilka som bor i din andra familj:**

**Vuxna:**

- Mamma  
 Pappa  
 Pappas sambo/flickvän/partner  
 Mammas sambo/pojkvän/partner  
 Jag bor i familjehem eller liknande  
 Jag bor tillsammans med någon annan vuxen eller någon annanstans

**Barn:**

*Skriv hur många bröder och systrar som bor här (räkna med halv-, styv- eller fostersyskon). Ta inte med de syskon som du räknat upp i den förra frågan eller dig själv. Skriv antalet här eller skriv 0 (noll) om det inte bor något annat barn här.*

Hur många bröder?

Hur många systrar?

9. **Har din mamma ett arbete?**

- Ja —————> Gå till fråga 11  
 Nej —————> Gå till fråga 10  
 Vet inte —————> Gå till fråga 11  
 Jag känner inte min mamma eller träffar henne inte —————> Gå till fråga 11

**10. Varför arbetar inte din mamma?***Kryssa för det som stämmer bäst.*

- Hon är sjuk, pensionär eller studerar
- Hon är arbetsökande
- Hon sköter om andra eller är hemma på heltid
- Vet inte

**11. Har din pappa ett arbete?**

- Ja —————> *Gå till fråga 13*
- Nej —————> *Gå till fråga 12*
- Vet inte —————> *Gå till fråga 13*
- Jag känner inte min pappa eller träffar honom inte —————> *Gå till fråga 13*

**12. Varför arbetar inte din pappa?***Kryssa för det som stämmer bäst.*

- Han är sjuk, pensionär eller studerar
- Han är arbetsökande
- Han sköter om andra eller är hemma på heltid
- Vet inte

**13. Hur lätt har du för att prata med följande personer om saker som bekymrar dig?***Sätt ett kryss per rad.*

|   | Mycket lätt              | Lätt                     | Svårt                    | Mycket svårt             | Har ingen/<br>vi träffas inte |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| a) Mamma                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| b) Pappa                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| c) Mammas sambo<br>(eller pojkvän/partner)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| d) Pappas sambo<br>(eller flickvän/partner) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

**14. Vi är intresserade av hur du upplever följande påståenden.***Läs varje påstående noggrant.**Kryssa för hur väl du instämmer med varje påstående.*

|    |  | Håller verkligen inte med |                          |                          |                          |                          | Håller verkligen med     |                          |
|----|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|    |  | 1                         | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| a) | Min familj försöker verkligen hjälpa mig.                            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) | Min familj ger mig det känslomässiga stöd och den hjälp jag behöver. | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) | Jag kan prata om mina problem med min familj.                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) | Min familj hjälper mig att fatta beslut.                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) | Mina vänner försöker verkligen hjälpa mig.                           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) | Jag kan räkna med mina vänner när något går fel.                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) | Jag kan dela glädje och sorg med mina vänner.                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) | Jag kan prata om mina problem med mina vänner.                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Nej  
 Ja

**16. Hur många datorer (PC, Mac, laptops, plattor och lpads) har din familj?**

- Ingen  
 1  
 2  
 Mer än 2

**17. Har din familj någon bil, skåpbil eller lastbil?**

- Nej  
 Ja, 1  
 Ja, 2 eller flera

**18. Har ni diskmaskin hemma?**

- Nej  
 Ja

**19. Hur många badrum (rum med badkar eller dusch) har ni hemma?**

- Inget  
 1  
 2  
 Fler än 2

|   |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>20. Hur många gånger har du rest utomlands på semester med din familj de senaste 12 månaderna?</b> |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ingen  |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 1 gång   |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 2 gånger   |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Fler än 2  |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>21. Hur pass bra ställt ekonomiskt tycker du att din familj har det?</b>                           |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Mycket bra   |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ganska bra   |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Genomsnittligt   |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Inte så bra  |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Inte alls bra  |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>22. Om du tänker på förra veckan, hade du tillräckligt med pengar...</b>                           |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|   |   | Aldrig                   | Sällan                   | Ibland                   | Ofta                     | Alltid                   |
| a)  | ... för att kunna göra samma saker som dina kompisar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b)  | ... för dina utgifter?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Vardagsrutiner

|   |  |
|---|--|
| <b>23. Hur ofta äter du vanligtvis frukost (mer än t.ex. ett glas mjölk eller juice)?</b> |  |
| <i>Sätt ett kryss för vardagar och ett kryss för helger.</i>                              |  |
| <b>Vardagar:</b>  | <b>Helger:</b>   |
| <input type="checkbox"/> Jag äter aldrig frukost på vardagar                              | <input type="checkbox"/> Jag äter aldrig frukost under helgen                              |
| <input type="checkbox"/> 1 dag  | <input type="checkbox"/> Jag äter vanligen frukost en av helgdagarna (lördag ELLER söndag) |
| <input type="checkbox"/> 2 dagar  | <input type="checkbox"/> Jag äter vanligtvis frukost båda helgdagarna (lördag OCH söndag)  |
| <input type="checkbox"/> 3 dagar  |  |
| <input type="checkbox"/> 4 dagar  |  |
| <input type="checkbox"/> 5 dagar  |  |
| <b>24. Hur ofta äter du och din familj vanligtvis måltider tillsammans?</b>               |  |
| <input type="checkbox"/> Varje dag  |  |
| <input type="checkbox"/> De flesta dagar  |  |
| <input type="checkbox"/> Ungefär 1 gång i veckan  |  |
| <input type="checkbox"/> Inte så ofta   |  |
| <input type="checkbox"/> Aldrig   |  |

**25. Hur många gånger i veckan äter eller dricker du vanligtvis...***Sätt ett kryss per rad.*

|  | Aldrig                   | Mindre än 1 gång i veckan | 1 gång i veckan          | 2-4 dagar i veckan       | 5-6 dagar i veckan       | Varje dag, 1 gång om dagen | Varje dag, flera gånger om dagen |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| a) ... frukt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>         |
| b) ... grönsaker?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>         |
| c) ... sötsaker (godis eller choklad)?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>         |
| d) ... coca-cola eller andra läskedrycker som innehåller socker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>         |

**26. Hur ofta borstar du tänderna?**

- Fler än 1 gång om dagen  
 1 gång om dagen  
 Åtminstone 1 gång i veckan men inte varje dag  
 Mindre än 1 gång i veckan  
 Aldrig

**27. Ungefär vilken tid brukar du gå och lägga dig när du ska upp till skolan nästa morgon?***Sätt ett kryss när du oftast går och lägger dig.*

| Inte senare än 21:00     | 21:30                    | 22:00                    | 22:30                    | 23:00                    | 23:30                    | 24:00                    | 00:30                    | 01:00                    | 01:30                    | 02:00 eller senare       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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"/> |

**28. Ungefär vilken tid brukar du gå upp de dagar du ska till skolan?***Sätt ett kryss när du oftast går upp.*

| Inte senare än 05:00     | 05:30                    | 06:00                    | 06:30                    | 07:00                    | 07:30                    | 08:00 eller senare       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**29. Ungefär vilken tid brukar du gå och lägga dig på helgerna eller på loven?***Sätt ett kryss när du oftast går och lägger dig.*

|   |                                |                                |                                |                                |                                |                                |   |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Inte senare än 21.00 | <input type="checkbox"/> 21.30 | <input type="checkbox"/> 22.00 | <input type="checkbox"/> 22.30 | <input type="checkbox"/> 23.00 | <input type="checkbox"/> 23.30 | <input type="checkbox"/> 24.00 |   |
| <input type="checkbox"/> 00.30                | <input type="checkbox"/> 01.00 | <input type="checkbox"/> 01.30 | <input type="checkbox"/> 02.00 | <input type="checkbox"/> 02.30 | <input type="checkbox"/> 03.00 | <input type="checkbox"/> 03.30 | <input type="checkbox"/> 04.00 eller senare |

**30. Ungefär vilken tid brukar du gå upp på helgerna eller på loven?***Sätt ett kryss när du oftast stiger upp.*

|   |                                |                                |                                |   |                                |                                |                                |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inte senare än 05.00 | <input type="checkbox"/> 05.30 | <input type="checkbox"/> 06.00 | <input type="checkbox"/> 06.30 | <input type="checkbox"/> 07.00              | <input type="checkbox"/> 07.30 | <input type="checkbox"/> 08.00 |                                |
| <input type="checkbox"/> 08.30                | <input type="checkbox"/> 09.00 | <input type="checkbox"/> 09.30 | <input type="checkbox"/> 10.00 | <input type="checkbox"/> 10.30              | <input type="checkbox"/> 11.00 | <input type="checkbox"/> 11.30 | <input type="checkbox"/> 12.00 |
| <input type="checkbox"/> 12.30                | <input type="checkbox"/> 13.00 | <input type="checkbox"/> 13.30 | <input type="checkbox"/> 14.00 | <input type="checkbox"/> 14.00 eller senare |                                |                                |                                |



## Hälsa

31. Hur tycker du din hälsa är?

- Mycket bra
- Bra
- Ganska dålig
- Dålig

32. Hur mycket väger du utan kläder?

Svara i hela kilon utan decimal.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 kg

33. Hur lång är du utan skor?

Svara i hela centimeter utan decimal.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 cm

34. Hur frisk tycker du att du är?

- Mycket frisk
- Ganska frisk
- Inte särskilt frisk

Många unga människor gör sig illa eller skadas då de exempelvis idrottar eller är i slagsmål med andra på olika platser som på gatan eller hemma. Att skada sig kan innebära att man t.ex. bryter/stukar sig eller bränner sig. Att skada sig innebär inte att man får sjukdomar som mässlingen eller influensa.

Följande fråga handlar om skador som du kan ha råkat ut för under de senaste 12 månaderna.

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

- Jag har inte skadat mig de senaste 12 månaderna
- 1 gång
- 2 gånger
- 3 gånger
- 4 gånger eller fler

**36. Det här är en bild av en stega.**

Toppen på stegen '10' motsvarar det bästa liv du kan tänka dig och botten '0' det sämsta liv du kan tänka dig.

Om du tänker på **ditt liv** i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?

Markera i rutan vid det nummer som bäst passar in på dig.

|                          |    |                     |
|--------------------------|----|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 10 | Bästa tänkbara liv  |
| <input type="checkbox"/> | 9  |                     |
| <input type="checkbox"/> | 8  |                     |
| <input type="checkbox"/> | 7  |                     |
| <input type="checkbox"/> | 6  |                     |
| <input type="checkbox"/> | 5  |                     |
| <input type="checkbox"/> | 4  |                     |
| <input type="checkbox"/> | 3  |                     |
| <input type="checkbox"/> | 2  |                     |
| <input type="checkbox"/> | 1  |                     |
| <input type="checkbox"/> | 0  | Sämsta tänkbara liv |

**37. Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär?**

Sätt ett kryss per rad.

|  | I stort sett varje dag   | Mer än 1 gång i veckan   | Ungefär 1 gång i veckan  | Ungefär 1 gång i månaden | Sällan eller aldrig      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Huvudvärk                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ont i magen                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ont i ryggen                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Känt mig nere                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Varit irriterad eller på dåligt humör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Känt mig nervös                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Haft svårt att somna                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Känt mig yr                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**38. Har du under den senaste månaden ätit tabletter eller någon annan medicin mot följande besvär?**

|                    | Nej                      | Ja, 1 gång               | Ja, mer än 1 gång        |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Huvudvärk       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ont i magen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ont i ryggen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Svårt att somna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Nervositet      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Annat besvär    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Olika personer har olika tankar om sin egen kropp. En del känner sig för smala, en del för tjocka och en del känner sig lagom tjocka/smala.

|   |
|---|
| <p><b>39. Tycker du att du är...</b></p> <p><input type="checkbox"/> ... alldeles för smal?</p> <p><input type="checkbox"/> ... lite för smal?</p> <p><input type="checkbox"/> ... lagom?</p> <p><input type="checkbox"/> ... lite för tjock?</p> <p><input type="checkbox"/> ... alldeles för tjock?</p>                             |
| <p><b>40. Håller du på att banta eller gör du något annat för att gå ner i vikt just nu?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nej, jag väger lagom mycket</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, men jag behöver gå ner i vikt</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, för jag behöver gå upp i vikt</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> |
| <p><b>41. Har du en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem (t.ex. diabetes, allergi, eksem eller ADHD) som du fått fastställt av en läkare?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej → Gå till fråga 44</p>  |
| <p><b>42. Tar du medicin för din långvariga sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>   |
| <p><b>43. Påverkar din långvariga sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem din närvaro och ditt deltagande i skolan?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>  |

## Menstruation

Den här frågan ska bara flickor svara på.

|   |
|---|
| <p><b>44. Har du fått din mens?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nej, jag har inte fått min mens</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, jag fick den då jag var:</p> <p><input type="text" value=""/> år och <input type="text" value=""/> månader gammal</p> |
|---|

## Relationer och sex

45. Har du någonsin haft samlag (ibland så kallas det för "sex", "älskat", "legat med någon", "gått hela vägen")?

Ja

Nej → Gå till fråga 48

46. Hur gammal var du när du hade samlag för första gången?

11 år eller yngre

12 år

13 år

14 år

15 år

16 år eller äldre

47. Den senaste gången du hade samlag, använde du och din partner...

|  | Ja                       | Nej                      | Vet inte                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ... kondom?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ... p-piller?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ... akut p-piller (dagen-efter piller)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ... någon annan metod?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Fysiska aktiviteter

48. **FYSISK AKTIVITET** är all aktivitet som får ditt hjärta att slå snabbare och som ibland gör dig andfådd.

Fysisk aktivitet kan man hålla på med i idrottssammanhang, i olika aktiviteter på skolan, när man leker med kamrater eller då man går till skolan.

Några exempel på fysisk aktivitet är att springa, gå snabba promenader, åka skridskor eller rullskridskor, simma, spela fotboll, cykla eller dansa.

**Hur många dagar har du varit fysiskt aktiv sammanlagt minst 60 minuter om dagen under de senaste 7 dagarna?**

Räkna ihop **all tid** som du är fysiskt aktiv varje dag.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 dagar                  | 1 dag                    | 2 dagar                  | 3 dagar                  | 4 dagar                  | 5 dagar                  | 6 dagar                  | 7 dagar                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Varje dag

4-6 gånger i veckan

2-3 gånger i veckan

1 gång i veckan

1 gång i månaden

Mindre än 1 gång i månaden

Aldrig

**50. Hur många timmar i veckan brukar du träna på din fritid (d.v.s. utanför skoltid) så att du blir andfådd eller svettas?**

- Ingen  
 Ca 30 minuter  
 Ca 1 timme  
 Ca 2-3 timmar  
 Ca 4-6 timmar  
 7 timmar eller mer

## Om dig själv

**51. Nedan kommer påståenden och frågor som handlar om känslor och tankar. Ange hur väl du instämmer med varje påstående eller fråga.**

*Sätt ett kryss per rad.*

|  | Håller helt med          | Håller med               | Jag varken håller med eller inte håller med | Håller inte med          | Håller inte alls med     |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Jag tycker om mig själv.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Jag är tillräckligt bra som jag är. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Andra i min ålder tycker om mig.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**52. Jag känner:**

|  | Stämmer inte alls för mig | Stämmer inte för mig     | Varken stämmer eller inte stämmer för mig | Stämmer delvis för mig   | Stämmer verkligen för mig |
|--|---------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| a) en stark känsla av samhörighet                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| b) ansvar för andra  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| c) att det är bra att vara del av en gemenskap             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| d) att jag bidrar utan att förvänta mig någonting i utbyte | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| e) att jag betyder mycket för andra                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| f) att andra betyder mycket för mig                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| g) att jag litar på de flesta människor                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| h) att vi litar på varandra                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

**53. Hur ofta ...**

|   | Alltid                   | Vanligtvis               | Ibland                   | Aldrig                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... hittar du en lösning på problem om du försöker tillräckligt mycket? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... klarar du av de saker som du bestämmer dig för att göra?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**54. Hur ofta känner du dig ensam?**

- Aldrig  
 Sällan  
 Ibland  
 Oftast  
 Alltid

**55. Ange här hur väl påståendena nedan stämmer överens med hur du upplevt din situation de senaste 2 veckorna.**

Sätt ett kryss per rad.

|   | Alltid                   | Oftast                   | Ibland                   | Sällan                   | Aldrig                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Jag har haft en positiv syn på framtiden.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Jag har känt att jag har varit till nytta.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Jag har känt mig lugn.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Jag har hanterat problem på ett bra sätt.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Jag har tänkt på ett klart sätt.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Jag har känt mig nära andra människor.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Jag har själv kunnat bestämma mig om saker och ting. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Skolan****56. Vad tycker du om skolan nuförtiden?**

- Jag tycker mycket bra om den  
 Jag tycker ganska bra om den  
 Jag tycker inte särskilt bra om den  
 Jag tycker inte alls om den

**57. Hur stressad känner du dig av ditt skolarbete?**

- Inte alls  
 Lite grann  
 Ganska mycket  
 Mycket

**58. Här är några påståenden om din skola.**

Sätt ett kryss per rad.

|                                     | Nästan aldrig            | Sällan                   | Ibland                   | Ofta                     | Väldigt ofta             |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Jag tycker skolarbetet är svårt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Jag har för mycket skolarbete.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <p><b>59. Hur duktig tror du din klassföreståndare/dina lärare tycker du är i skolan jämfört med dina klasskamrater?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mycket duktig</p> <p><input type="checkbox"/> Duktig</p> <p><input type="checkbox"/> Medelbra</p> <p><input type="checkbox"/> Under genomsnittet</p>   |                          |                          |   |                          |                           |  |                      |            |   |                 |                           |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------|--|----------------------|------------|---|-----------------|---------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p><b>60. Här är några påståenden om eleverna i din klass. Ange hur väl du instämmer med varje påstående.</b><br/><i>Sätt ett kryss per rad.</i></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Håller verkligen med</th> <th>Håller med</th> <th>Jag varken håller med eller inte håller med</th> <th>Håller inte med</th> <th>Håller verkligen inte med</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Eleverna i min klass trivs tillsammans.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) De flesta eleverna i min klass är snälla och hjälpsamma.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) De andra eleverna accepterar mig som jag är.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |                          |                          |   |                          |                           |  | Håller verkligen med | Håller med | Jag varken håller med eller inte håller med | Håller inte med | Håller verkligen inte med | 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 eleverna 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"/> |
|   | Håller verkligen med     | Håller med               | Jag varken håller med eller inte håller med | Håller inte med          | Håller verkligen inte med |  |                      |            |   |                 |                           |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| 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 eleverna 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"/>  |  |                      |            |   |                 |                           |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>61. Här är några påståenden om dina lärare. Ange hur väl du instämmer med varje påstående.</b><br/><i>Sätt ett kryss per rad.</i></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Håller verkligen med</th> <th>Håller med</th> <th>Jag varken håller med eller inte håller med</th> <th>Håller inte med</th> <th>Håller verkligen inte med</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Mina lärare accepterar mig som jag är.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Mina lärare bryr sig om mig som person.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Jag litar på mina lärare.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>   |                          |                          |   |                          |                           |  | Håller verkligen med | Håller med | Jag varken håller med eller inte håller med | Håller inte med | Håller verkligen inte med | a) Mina lärare accepterar mig som jag är.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) Mina lärare bryr sig om mig som person.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) Jag litar på mina lärare.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Håller verkligen med     | Håller med               | Jag varken håller med eller inte håller med | Håller inte med          | Håller verkligen inte med |  |                      |            |   |                 |                           |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| a) Mina lärare accepterar mig som jag är.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |  |                      |            |   |                 |                           |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| b) Mina lärare bryr sig om mig som person.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |  |                      |            |   |                 |                           |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| c) Jag litar på mina lärare.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |  |                      |            |   |                 |                           |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>62. Har du tänkt läsa vidare på gymnasiet efter nian?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ett högskoleförberedande program</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ett yrkesprogram</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, men jag vet inte vilken typ av program</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Vet inte/har inte bestämt mig än</p>   |                          |                          |   |                          |                           |  |                      |            |   |                 |                           |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |

## Mobbning

Vi menar att en elev **blir mobbad** då en annan elev, eller en grupp elever, upprepade gånger säger eller gör elaka och otrevliga saker mot honom/henne. Det är också mobbning då en elev blir retad på ett sätt som han/hon inte tycker om eller om han/hon lämnas utanför med flit. Den person som mobbar har mer makt än personen som blir mobbad och vill orsaka honom eller henne skada. Det är **inte mobbning** då två personer som är ungefär lika starka, eller har lika mycket makt, grälar eller slåss.

|  |
|--|
| <p><b>63. Hur ofta har du blivit mobbad i skolan under de senaste månaderna?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Jag har <u>inte</u> blivit mobbad i skolan de senaste månaderna</p> <p><input type="checkbox"/> Det har hänt 1 eller 2 gånger</p> <p><input type="checkbox"/> 2 till 3 gånger i månaden</p> <p><input type="checkbox"/> Ungefär 1 gång i veckan</p> <p><input type="checkbox"/> Flera gånger i veckan</p> |
|--|

**64. Hur ofta under de senaste månaderna har du blivit nätmobbad (till exempel att någon skickat elaka chattmeddelanden eller sms till dig, gjort elaka inlägg, skapat en webbsida som förlöjligar dig, lagt upp pinsamma eller olämpliga bilder på dig på nätet eller skickat dem till andra utan din tillåtelse)?**

- Jag har inte blivit nätmobbad under de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger
- 2 eller 3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan

**65. Hur ofta har du varit med och mobbat andra elever i skolan under de senaste månaderna?**

- Jag har inte varit med och mobbat andra elever i skolan de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger
- 2 till 3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan

**66. Hur ofta under de senaste månaderna har du deltagit i nätmobbning (till exempel skickat elaka chattmeddelanden eller sms, gjort elaka inlägg, skapat en webbsida som förlöjligar någon, lagt upp pinsamma eller olämpliga bilder av någon på nätet eller skickat dem till andra utan tillåtelse)?**

- Jag har inte nätmobbat någon annan person de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger
- 2 eller 3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan

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

- Jag har inte varit i slagsmål de senaste 12 månaderna
- 1 gång
- 2 gånger
- 3 gånger
- 4 gånger eller fler



**68. Hur ofta har du blivit mobbad i skolan på de sätt som beskrivs nedan under de senaste månaderna?**

|   | Jag har inte blivit mobbad på detta sätt under de senaste månaderna | 1 eller 2 gånger         | 2 eller 3 gånger i månaden | Ungefär 1 gång i veckan  | Flera gånger i veckan    |
|---|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Jag har blivit kallad för elaka saker, förlöjligad eller retad på annat sätt.                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Andra elever har lämnat mig utanför med flit, uteslutit mig från sin vänkrets, eller fullständigt ignorerat mig. | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Jag har blivit slagen, sparkad, puttad eller inlåst.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Andra elever har ljugit eller spridit falska rykten om mig eller försökt få andra att ogilla mig.                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Jag har blivit kallad elaka saker på grund av min etniska bakgrund.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Jag har blivit kallad elaka saker på grund av min religion.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Andra elever har utsatt mig för sexuella skämt.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>71. Under hur många dagar (om några) har du ...</b><br><i>Sätt ett kryss per rad.</i>   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|  |   | Aldrig                   | 1-2 dagar                | 3-5 dagar                | 6-9 dagar                | 10-19 dagar              | 20-29 dagar              | 30 dagar (eller fler)    |
| a)   | ... rökt e-cigarett i ditt liv?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b)   | ... rökt e- cigaretter under de senaste 30 dagarna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>72. Under hur många dagar (om några) har du ...</b><br><i>Sätt ett kryss per rad.</i>   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|  |   | Aldrig                   | 1-2 dagar                | 3-5 dagar                | 6-9 dagar                | 10-19 dagar              | 20-29 dagar              | 30 dagar (eller fler)    |
| a)   | ... rökt vattenpipa i ditt liv?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b)   | ... rökt vattenpipa under de senaste 30 dagarna?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>73. Under hur många dagar (om några) har du...</b><br><i>Sätt ett kryss per rad.</i>  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|  |   | Aldrig                   | 1-2 dagar                | 3-5 dagar                | 6-9 dagar                | 10-19 dagar              | 20-29 dagar              | 30 dagar (eller fler)    |
| a)   | ... druckit alkohol i ditt liv?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b)   | ... druckit alkohol under de senaste 30 dagarna?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>74. Hur ofta dricker du alkohol, som t.ex. öl, vin eller sprit?</b><br><i>Försök även ta med de gånger då du bara dricker lite grann.</i><br><i>Sätt ett kryss per rad.</i> |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|  |   | Varje dag                | Varje vecka              | Varje månad              | Sällan                   | Aldrig                   |                          |                          |
| a)   | Öl  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| b)   | Vin   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| c)   | Sprit/likör   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| d)   | Alkoläsk (t.ex. Smirnoff Ice, Barcardi Breezer)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| e)   | Cider med alkohol                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| f)   | Annan dryck med alkohol                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <b>75. Har du någonsin druckit så mycket alkohol att du blivit riktigt full...</b><br><i>Sätt ett kryss per rad.</i>   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|  |   | Aldrig                   | Ja, 1 gång               | Ja, 2-3 gånger           | Ja, 4-10 gånger          | Ja, fler än 10 gånger    |                          |                          |
| a)   | ... i ditt liv?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| b)   | ... under de senaste 30 dagarna?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |

**76. Har du någon gång provat (rökt på) cannabis, hasch eller marijuana ...***Sätt ett kryss per rad.*

|                                     | Aldrig                   | Ja, 1 gång               | Ja, 2-3 gånger           | Ja, 4-10 gånger          | Ja, fler än 10 gånger    |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ... i ditt liv?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ... under de senaste 30 dagarna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Internet och sociala medier**

Följande frågor handlar om kommunikation och kontakt via nätet. Med det menar vi att skicka och få textmeddelanden, emojis, foto-, video- eller röstmeddelanden via chatt (t ex Viber, WhatsApp), eller sociala nätverk (t ex Facebook, Instagram) eller e-post (via dator, laptop, Ipad eller smartphones).

**77. Hur ofta har du kontakt på nätet med följande personer?***Sätt ett kryss per rad.*

|  | Vet inte/inte aktuellt*  | Aldrig eller nästan aldrig | Åtminstone varje vecka   | Dagligen eller nästan dagligen | Flera gånger varje dag   | Nästan hela tiden på dagarna |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| a) Nära vän eller vänner   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| b) Vänner från en vidare vänkrets  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| c) Vänner som du lärt känna på internet men inte kände innan                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| d) Andra personer än vänner (t.ex. föräldrar, syskon, klasskompisar, lärare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

\*Om du har svarat "Vet inte/inte aktuellt" på alla fyra frågor ovan, så kan du hoppa över frågorna som följer om beteende på nätet (frågorna 78-79)!

**78. Nedan finns några påståenden om Internet. Ange hur väl du instämmer med varje påstående.***Sätt ett kryss per rad.*

|   | Håller verkligen inte med | Håller inte med          | Håller varken med eller inte med | Håller med               | Håller verkligen med     |
|---|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) På internet är det lättare att prata om hemligheter än när man pratar ansikte mot ansikte.       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) På internet är det lättare att prata om mina inre känslor än när man pratar ansikte mot ansikte. | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) På internet är det lättare att prata om min oro än när man pratar ansikte mot ansikte.           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**79.** Vi är intresserade av dina erfarenheter av sociala medier. Med sociala medier menas webbplatser/appar för sociala nätverk och meddelanden (t ex Instagram, Kik, Steem, Musically, WhatsApp och Snapchat).

**Har du under det senaste året...**

Sätt ett kryss per rad.

|   | Nej                      | Ja                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) ... regelbundet märkt att du inte kan tänka på något annat än den stund du kommer att kunna använda sociala medier igen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ... regelbundet känt dig missnöjd därför att du velat spendera mer tid på sociala medier?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ... ofta mått dåligt när du inte kunnat använda sociala medier?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ... försökt att spendera mindre tid på sociala medier, men misslyckats?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) ... regelbundet struntat i andra aktiviteter (t ex fritidsintressen, idrott) därför att du ville använda sociala medier? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) ... regelbundet grälat med andra på grund av ditt användande av sociala medier?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) ... regelbundet ljugit för dina föräldrar eller vänner angående hur mycket tid du spenderar på sociala medier?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) ... ofta använt sociala medier för att slippa tänka på negativa känslor?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) ... haft allvarliga konflikter med dina föräldrar eller syskon på grund av ditt användande av sociala medier?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**TACK SÅ MYCKET FÖR DIN HJÄLP!**







Tryckt hos ett klimatneutralt företag Edita Bobergs AB

