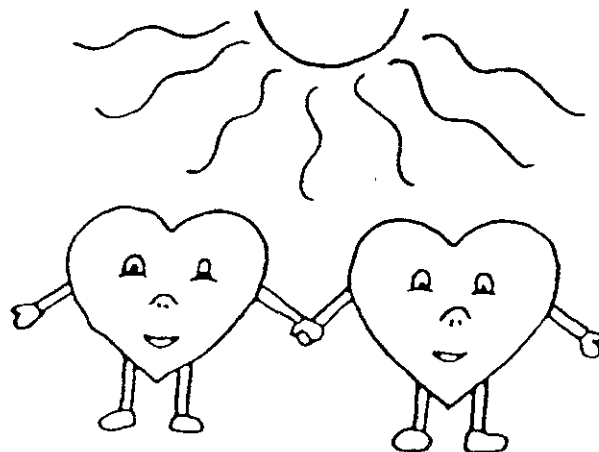


SKOLBARNS HÄLSOVANOR
(Health Behaviour in School-Aged Children)

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

FRÅGEFORMULÄR FÖR 1989/90
Internationell standardiserad version



Du ska svara genom att sätta kryss i rätt ruta så här eller skriva svar på en prickad rad

Först kommer några frågor om din bakgrund.

1. Är du pojke eller flicka?

1 Pojke

2 Flicka

2. Vilken månad är du född?

3. Vilket år är du född?

4. Vilken årskurs går du i?

1 Årskurs 5

2 Årskurs 7

3 Årskurs 9

5. Hurdan plats bor du på?

1 ~~Storstad eller förort till en storstad~~

2 ~~Stad~~

3 Samhälle

4 Landsbygd

6. Vem bor du tillsammans med? (Här kan du sätta fler än ett kryss)

1 Mamma

2 Pappa

3 Ibland mamma, ibland pappa

4 Ett eller flera syskon

5 Styvmamma (pappas nya fru eller fästmö)

6 Styvpappa (mammans nya man eller fästman)

7 Någon annan. Vem?

7. Bodde du tillsammans med just dessa vuxna (se fråga 6) för ett år sedan också?

- 1 Ja
2 Nej

8. Har du flyttat så långt att du behövt byta skola under det senaste året?

- 1 Ja
2 Nej

9. Vad gör din pappa?

- 1 Arbetar på heltid ← Om du satt kryss här ska du
2 Arbetar på deltid ← också svara på fråga 10.
3 Är arbetslös/sjukpensionär
4 Studerar
5 Är barnledig/hemmaman
6 Annat. Vad?

10. 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.

.....

11. Vad gör din mamma?

- 1 Arbetar på heltid ← Om du satt kryss här ska du
2 Arbetar på deltid ← också svara på fråga 12.
3 Är arbetslös/sjukpensionär
4 Studerar
5 Är barnledig/hemmafru
6 Annat. Vad?

12. Vad har din mamma för arbete? Försök att 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.

.....

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

_____ kronor

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

- 1 Gå på 2-årigt gymnasium
- 2 Gå på 3-4-årigt gymnasium
- 3 Få ett arbete
- 4 Få ett praktikjobb
- 5 Bli arbetslös
- 6 Jag vet inte

Så vill vi veta lite om dina vanor.

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

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

16. Har du någon cykelhjälm?

- 1 Ja ← Om du svarat JA skall du också svara på fråga 17.
- 2 Nej

17. Hur ofta använder du hjälm när du cyklar?

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

18. Hur ofta borstar du tänderna?

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

19. Hur ofta använder du tandtråd?

- 1 Varje dag
2 Varje vecka
3 Sällan eller aldrig

20. Har du någonsin rökt någon enda gång?

- 1 Ja
2 Nej

21. Hur ofta röker du nu för tiden?

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

22. Hur många cigaretter i veckan röker du vanligtvis?

..... cigaretter i veckan
Antal

23. Röker din pappa?

- 1 Nej, han har aldrig rökt
2 Nej, han har slutat röka
3 Ja, ibland
4 Ja, varje dag

24. Röker din mamma?

- 1 Nej, hon har aldrig rökt
 2 Nej, hon har slutat röka
 3 Ja, ibland
 4 Ja, varje dag

25. Har du någonsin smakat alkohol? (Hit räknas öl, vin och sprit, typ whisky)

- 1 Ja
 2 Nej
 3 Vet inte

26. 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 1	Varje vecka 2	Varje månad 3	Mer sällan än en gång per månad 4	Aldrig 5
Cider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

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

- 1 Aldrig
 2 Ja, en gång
 3 Ja, 2-3 gånger
 4 Ja, 4-10 gånger
 5 Ja, mer än 10 gånger

← Om du svarat JA på denna fråga
 ← skall du också svara på fråga 28.

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

..... år gammal

29. Hur ofta brukar du äta eller dricka något av det följande? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Mer än en gång om dagen 1	En gång om dagen 2	Varje vecka 3	Sällan 4	Aldrig 5
Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Råa grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullkornsbröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>
Mjök, filmjök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lätmjök, lättfil	<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"/>
Margarin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kakor/bakelser/tårter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Hur ofta äter du följande måltider under en vanlig vecka?

	Varje dag 1	4-6 dagar 2	1-3 dagar 3	Sällan/aldrig 4
Frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagad lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagad middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

33. Hur många timmar per dag brukar du titta på TV?

- 1 Inte alls
- 2 Mindre än 1/2 timma
- 3 1/2 - 1 timme
- 4 2 - 3 timmar
- 5 4 timmar
- 6 mer än 4 timmar

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

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

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

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

Och så kommer det ganska många frågor om hur du har det med skola och kamrater.

36. Vad tycker du om skolan nu för tiden?

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

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

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

38. Finns det några lärare du tycker mycket om på din skola?

- 1 Ja, flera stycken
2 Ja, ett par
3 Ja, en
4 Nej

39. Finns det några lärare du är rädd för?

- 1 Ja, flera stycken
2 Ja, ett par
3 Ja, en
4 Nej

40. Finns det några elever du tycker mycket om på din skola?

- 1 Ja, flera stycken
2 Ja, ett par
3 Ja, en
4 Nej

41. Finns det några elever du är rädd för?

- 1 Ja, flera stycken
2 Ja, ett par
3 Ja, en
4 Nej

42. Hur många gånger har du råkat i slagsmål under det senaste året?

- 1 Aldrig
2 Någon enstaka gång
3 Några gånger
4 Många gånger

43. De allra flesta känner någon som är "utanför". Vem som helst kan känna sig så ibland. Känner du dej någonsin "utanför"?

- 1 Ja, ofta
 2 Ja, ibland
 3 Nej, nästan aldrig

44. Det händer ibland att flera elever tillsammans hackar på någon, slåss med honom/henne, luras eller driver med honom/henne. Har du någonsin gjort något sådant?

- 1 Nej, aldrig
 2 Ja, men mycket sällan
 3 Ja, flera gånger

45. Har du någonsin varit utsatt för något sådant (se fråga 44)?

- 1 Nej, aldrig
 2 Ja, men mycket sällan
 3 Ja, flera gånger
- Om du svarat JA på denna fråga skall du också svara på fråga 46 och 47.

46. Vad brukar du göra, när du blir utsatt för sådant?

	Ja 1	Nej 2
Slåss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriker åt dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gör ingenting utan väntar tills de lugnat ner sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letar efter någon som kan hjälpa mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ger mig iväg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går till en lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går till mina föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går till andra vuxna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingenting, det finns inget man kan göra i alla fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingenting, det är ju bara på skoj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Hur brukar du känna dej, när du blir utsatt för sådant?

	Stämmer mycket bra 1	Stämmer ganska bra 2	Stämmer inte alls 3
Rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likgiltig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annat. Vad?.....

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

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

49. Känner du dig någonsin ensam?

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

50. Hur många nära vänner har du just nu?

- 1 Ingen
 2 En
 3 Mer än en

51. Är din bästa vän av samma kön som du?

- 1 Ja, av samma kön
 2 Nej, av motsatt kön
 3 Jag har ingen bästa vän just nu

52. Har du lätt eller svårt för att få nya vänner?

- 1 Mycket lätt
 2 Lätt
 3 Svårt
 4 Mycket svårt

53. Hur ofta är du tillsammans med kompisar på fritiden?

- 1 Varje dag, också under helgerna
 2 4-6 dagar i veckan
 3 2-3 dagar i veckan
 4 En gång i veckan eller mindre
 5 Jag har inga kompisar just nu

54. Hur pass lätt har du för att prata med följande personer om sådant som verkligen oroar dej: (sätt ett kryss på varje rad)

	Mycket lätt 1	Lätt 2	Svårt 3	Mycket svårt 4	Har ingen 5
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra vuxna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänner av samma kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänner av motsatt kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Hur viktigt är det för dig att ha tid att få vara för dig själv?

- 1 Mycket viktigt
 2 Ganska viktigt
 3 Inte viktigt: jag tycker inte om att vara för mig själv
 4 Inte viktigt: det har jag aldrig tänkt på

56. Om du tänker på den tid du är för dig själv, tycker du då att du har:

- 1 För mycket tid för dig själv
2 Lagom mycket tid för dig själv
3 För lite tid för dig själv

57. Brukar du ofta prata med din mamma/pappa om dina tankar och sådant som du är intresserad av?

- 1 Ja, mycket ofta
2 Ja, ganska ofta
3 Nej, inte så ofta
4 Nej, sällan eller aldrig

58. Har du och dina föräldrar samma åsikt om vad du ska göra på din fritid?

- 1 Ja, alltid
2 Ja, för det mesta
3 Ja, men bara ibland
4 Nej, nästan aldrig
5 Vet inte

Så vill vi veta, hur det står till med hälsan och hur nöjd du är med dig själv.

59. Hur frisk tycker du att du är?

- 1 Helt frisk
2 Ganska frisk
3 Inte särskilt frisk

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

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

61. Hur många gånger har du skadat dig så mycket att du gått till sjuksköterska eller läkare under det senaste året?

- 1 Aldrig
 2 Någon enstaka gång
 3 Några gånger
 4 Många gånger

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

	Ofta 1	Ibland 2	Sällan 3	Aldrig 4
Huvudvärk	<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"/>
Varit irriterad eller på dåligt humör	<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"/>
Haft svårt att somna	<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"/>

63. Har du ätit medicin eller tabletter mot följande besvär under den senaste månaden?

	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"/>
Sömproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervositet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För att banta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finnar/pormaskar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat JA på någon av dessa frågor ska du också svara på fråga 64.

64. Skriv här för vilka problem du fått medicin av läkare på recept.

.....

65. Hur lång är du?

..... centimeter

66. Hur mycket väger du?

..... kilo

67. Folk som inte känner dig, hur gammal brukar de tro att du är?

- 1 Mycket äldre än jag är
 2 Lite äldre än jag är
 3 Ungefär så gammal som jag är
 4 Lite yngre än jag är
 5 Mycket yngre än jag är

68. Jämfört med dina jämnåriga, hur långt har du kommit i din kroppsutveckling (pubertet)?

- 1 Jag är mycket tidigare än de flesta
 2 Jag är lite tidigare än de flesta
 3 Jag är ungefär som de flesta
 4 Jag är lite senare än de flesta
 5 Jag är mycket senare än de flesta

69. Är du nöjd med dig själv när det gäller följande saker?

	Ja 1	Tveksam 2	Nej 3
Din längd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ditt utseende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ditt hår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din hy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din kropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Nu ska du tänka på dej själv och försöka beskriva dej själv sådan du själv tycker att du är. Sätt ett kryss i den ruta som passar bäst för varje ord.

	Stämmer precis 1	Stämmer bra 2	Stämmer ganska bra 3	Stämmer lite grann 4	Stämmer inte alls 5
Glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Populär hos pojkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnslig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trevlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duktig i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blyg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Populär hos flickor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lat i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Populär hos lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nu är det inte några fler frågor till dig, som går i årskurs 5. Tack ska du ha för hjälpen! Hoppas du tycker det var roligt att svara på frågorna. Om du har tid över kan du rita något, som du kommer att tänka på när du hör ordet HÄLSA. Rita på baksidan av frågeformuläret.

Du som går i årskurs 7 och 9 fortsätter bara med resten av frågorna.

71. Har du fått någon sex- och samlevnadsundervisning i skolan som handlat om följande saker:

	Nej 1	En gång 2	Några gånger 3	Många gånger 4
Nära förhållanden till pojkvänner/ flickvänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruation (mens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuell utveckling (pubertet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att bli med barn eller göra en flicka med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preventivmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdomen AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra könssjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Har du på allvar diskuterat följande saker med dina föräldrar:

	Nej 1	En gång 2	Några gånger 3	Många gånger 4
Nära förhållanden till pojkvänner/flickvänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruation (mens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuell utveckling (pubertet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att bli med barn eller göra en flicka med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preventivmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdomen AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra könssjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Har du på allvar diskuterat följande saker med dina kompisar:

	Nej 1	En gång 2	Några gånger 3	Många gånger 4
Nära förhållanden till pojkvänner/flickvänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruation (mens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuell utveckling (puberteten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att bli med barn eller göra en flicka med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preventivmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdomen AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra könssjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Varifrån får du mest information om sex- och samlevnad? (Du ska bara sätta ett kryss)

- 1 Föräldrar
- 2 Kompisar
- 3 Skolan
- 4 TV/veckotidningar/tidningar/radio
- 5 Böcker
- 6 Min pojkvän/flickvän
- 7 Annat, vad?

75. Det är lättast att prata om personliga frågor och frågor om sex- och samlevnad med min/mina:(du ska bara sätta ett kryss)

- 1 Föräldrar
- 2 Bror/syster
- 3 Kompisar
- 4 Lärare
- 5 Pojkvän/flickvän
- 6 Annan, vem?

76. Har du någonsin prövat följande droger?

	Aldrig 1	1-2 gånger 2	3 gånger eller mer 3
Hasch/marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sniffningsmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin/opium/morfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centralstimulerande medel (amfetamin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat. Vad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Har du använt någon av följande droger under de senaste 30 dagarna?

	Aldrig 1	1-2 gånger 2	3 gånger eller mer 3
Hasch/marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sniffningsmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin/opium/morfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centralstimulerande medel (amfetamin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat. Vad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Om du någonsin prövat någon av de här drogerna (se fråga 77), hur gammal var du när du gjorde det första gången?

..... år gammal

79. När du tänker på vad du brukar äta och dricka, hur ofta lägger du märke till följande:

	Nästan aldrig 1	Ibland 2	Ganska ofta 3	Nästan alltid 4
Hur mycket salt det är i maten du äter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur mycket kalorier det är i maten du äter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur mycket socker det är i maten du äter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur mycket konserveringsmedel eller tillsatser det är i maten du äter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur mycket proteiner det är i maten du äter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur mycket fett det är i maten du äter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur mycket bekämpningsmedel det är i maten du äter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.