



Hälsa i skolan 2011

Institutet för hälsa och
välfärd (THL)
Enkäten Hälsa i skolan
PB 30
00271 Helsingfors

För datainsamlingen
ansvarar forskare
Riikka Puusniekka

Hej!

I mars-april 2011 genomförs enkäten Hälsa i skolan bland eleverna i klasserna 8 och 9 i grundskolan samt första och andra årets studerande vid gymnasier och yrkesläroanstalter. Med hjälp av enkäten insamlas information om hur eleverna upplever skolan samt om deras hälsa och levnadsvanor. Resultaten utnyttjas inom planeringen och utvecklingen av tjänster för unga.

Enkäten är anonym och konfidentiell och det är frivilligt att delta i den. Efter att frågorna besvarats läggs formulären i ett kuvert och sänds till en datalagringscentral. När svaren har registrerats förstörs formulären.

Undersökningen färdigställs inom år 2011. De nationella och landskapsspecifika resultaten publiceras på adressen www.thl.fi/kouluterveyskysely. De skol- och kommunspecifika resultaten sänds på begäran till respektive kommun. Enskilda elevers svar kan inte identifieras bland resultaten.

Om du funderar på någon av frågorna i formuläret ska du tala med dina föräldrar eller någon annan vuxen.

Mars 2011

Riikka Puusniekka
Forskare

Svarsanvisningar

Läs först hela frågan. Besvara den sedan genom att kryssa i rutan för det rätta eller bästa svarsalternativet. Använd en mjuk blyertspenna (eller kulspetspenna eller bläckpenna).

Exempel: Om du tycker ganska bra om skolan svarar du så här på nedanstående fråga:

Vad tycker du just nu om skolan?

- mycket
 ganska mycket
 inte särskilt mycket
 inte alls

Ifall du skriver fel, ska du inte använda suddgummi. Fyll i stället rutan med det felaktiga svaret helt och hållet och kryssa sedan i den rätta rutan. Så här:

fel rätt

I marginalerna finns
tecken och siffror som
behövs vid den optiska
avläsningen av sidorna.

Efter vissa frågor följer en anmärkning som säger att du kan gå direkt till en fråga med ett visst nummer. Du behöver då inte besvara de mellanliggande frågorna.

1. Kön

- pojke flicka

2. Födelsemånad och födelseår

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> januari | <input type="checkbox"/> 1991 eller tidigare |
| <input type="checkbox"/> februari | <input type="checkbox"/> 1992 |
| <input type="checkbox"/> mars | <input type="checkbox"/> 1993 |
| <input type="checkbox"/> april | <input type="checkbox"/> 1994 |
| <input type="checkbox"/> maj | <input type="checkbox"/> 1995 |
| <input type="checkbox"/> juni | <input type="checkbox"/> 1996 |
| <input type="checkbox"/> juli | <input type="checkbox"/> 1997 |
| <input type="checkbox"/> augusti | <input type="checkbox"/> 1998 eller senare |
| <input type="checkbox"/> september | |
| <input type="checkbox"/> oktober | |
| <input type="checkbox"/> november | |
| <input type="checkbox"/> december | |

3. Skola eller läroanstalt

- elev i klass 8
 elev i klass 9
 första årets studerande i gymnasiet
 andra årets studerande i gymnasiet
 tredje årets studerande i gymnasiet

SKOLFÖRHÅLLANDENA

4. Vad tycker du just nu om skolan?

- mycket
 ganska mycket
 inte särskilt mycket
 inte alls

5. Vad anser du om mängden skolarbete under detta läsår?

- hela tiden för mycket
 ganska ofta för mycket
 lämpligt
 ganska ofta för litet arbete
 hela tiden för litet arbete

6. Vilket var ditt medeltal (alla ämnen) på senaste betyg?

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 6,5 | <input type="checkbox"/> 8,0 - 8,4 |
| <input type="checkbox"/> 6,5 - 6,9 | <input type="checkbox"/> 8,5 - 8,9 |
| <input type="checkbox"/> 7,0 - 7,4 | <input type="checkbox"/> 9,0 - 9,4 |
| <input type="checkbox"/> 7,5 - 7,9 | <input type="checkbox"/> 9,5 - 10,0 |

7. Läs noga de följande påståendena. Markera för varje påstående det svarsalternativ som motsvarar din egen åsikt bäst. Besvara varje punkt.

	Helt av samma åsikt	Av samma åsikt	Av annan åsikt	Helt av annan åsikt
Lärarna uppmuntrar mig att säga min egen åsikt under lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärarna är intresserade av hur det går för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina lärare väntar sig för mycket av mig i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärarna bemöter oss elever rättvist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eleverna i min klass trivs bra tillsammans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsron i min klass är god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stämningen i klassen är så dan att jag fritt vågar säga min åsikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevernas åsikter beaktas i skolutvecklingsarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet hur jag i min skola kan påverka interna skolfrågor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Har du deltagit i följande typer av verksamhet i din skola?

	Ja	Nej
Utarbetande av en plan för förebyggande av skolmobbing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utarbetande av ordningsregler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planering av skolans lokaler och gård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planering av läsordningen (bl.a. lov, placering av lektioner, tidpunkt för när skoldagen börjar, provarrangemang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolmåltidsarrangemang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anordning av temadagar, fester, utfärder och lägerskola i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevkårsverksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänelevs- och tutorverksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Är följande omständigheter hinder i skolarbetet? Besvara varje punkt.

	Inte alls	Ganska litet	Ganska mycket	Mycket
Trånga studieutrymmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buller, dålig akustik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olämplig belysning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dålig ventilation eller inneluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperaturen (hetta, köld, drag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smuts, damm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obekväma arbetsstolar eller -bord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dåliga socialutrymmen (WC, omklädnings-, tvättrum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orolig arbetsmiljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brådska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risk för olycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hur går det för dig i skolan? Har du svårigheter med något av följande? Besvara varje punkt.

	Inte alls	Ganska litet	Ganska mycket	Mycket
Att följa med under lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att arbeta i grupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att göra mina läxor eller andra liknande uppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att förbereda mig för prov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att hitta den studieteknik som passar mig bäst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att komma igång med eller slutföra uppgifter som kräver egna initiativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att utföra skriftliga uppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att utföra uppgifter som kräver (t.ex. bok) läsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att komma överens med skolkamraterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att komma överens med lärarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Om du har svårigheter med din skolgång eller i studierna, hur ofta får du hjälp? Besvara båda punkterna.

	Alltid när jag behöver det	För det mesta	Sällan	Nästan aldrig
I skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hur många hela dagar har du varit borta från skolan under DE SENASTE 30 DAGARNA och varför? Besvara varje punkt.

	Ingen alls	En dag	2-3 dagar	Mer än 3 dagar
På grund av sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På grund av skolkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan orsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Har du haft följande känslor i fråga om ditt skolarbete? Besvara varje punkt.

	Nästan aldrig	Någon gång i månaden	Någon dag i veckan	Nästan varje dag
Det känns som om jag drunknade i skolarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det känns som om mitt skolarbete inte längre spelar någon roll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitt skolarbete ger mig en känsla av otillräcklighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOBBNING

Mobbning betyder att en elev eller en grupp elever säger eller gör otrevliga saker åt en annan elev. Mobbing är det också när en elev upprepade gånger blir retad på ett sätt som han eller hon inte tycker om. Det är inte mobbing, när två ungefär lika starka elever grälar med varandra.

14. Hur ofta har du utsatts för mobbing i skolan under denna TERMIN?

- flera gånger i veckan
- ungefär en gång i veckan
- mera sällan
- inte alls

15. Hur ofta har du varit med och mobbat andra elever under denna TERMIN?

- flera gånger i veckan
- ungefär en gång i veckan
- mera sällan
- inte alls

16. Om du har blivit mobbad eller deltagit i mobbning av andra elever under denna TERMIN, hur har det gått till? Svara på varje punkt.

	Ja	Nej
Jag har blivit kallad för öknamn, man har gjort mig till åtlöje eller retat mig på ett sårande sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man har nonchalerat mig eller uteslutit mig ur kompisgänget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit slagen, sparkad eller skuffad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man har spridit kränkande lögner om mig bland de andra eleverna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit bestulen på pengar eller saker eller mina saker har förstörts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit hotad eller tvingad att göra saker mot min vilja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man har förolämpat mig via mobiltelefon eller internet; sms, samtal eller bilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På något annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Om du har blivit mobbad eller om du har deltagit i mobbning av andra elever under den här TERMINEN, har skolans vuxna ingripit i mobbningen?

nej ja

HÄLSA

18. Vad anser du om ditt eget hälsotillstånd? Är det

- mycket gott
- ganska gott
- medelmåttigt
- ganska eller mycket dåligt

19. Har du under det senaste HALVÅRET haft något av följande symtom och hur ofta? Besvara varje punkt.

	Sällan eller inte alls	Cirka en gång i månaden	Cirka en gång i veckan	Nästan varje dag
Ont i nacken/skuldrorna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i ryggens nedre del	<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"/>
Spänning eller nervositet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritation eller vredesutbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomningssvårigheter eller uppvaknande om nätterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet eller svaghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Om du behövt hjälp med någon av följande saker som du grubblat på, i vilken mån har du fått hjälp av de vuxna i skolan eller yrkesfolk utanför skolan? Svara på varje punkt.

	Ganska eller mycket bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt	Jag har inte behövt hjälp
Överdriven alkoholkonsumtion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övervikt eller ätstörningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångest eller psykiska problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärenden inom familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänskaps- eller kärleksförhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuell hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Om du vill besöka hälsovårdaren, läkaren, kuratorn eller psykologen i din skola, hur lätt är det? Besvara varje punkt.

	Mycket lätt	Ganska lätt	Ganska svårt	Mycket svårt
Hälsovårdaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuratorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Hur många gånger under detta LÄSÅR har du besökt hälsovårdaren, läkaren, kuratorn eller psykologen i din skola? Besvara varje punkt.

	Ingen gång	En gång	Två gånger	3 gånger eller fler
Hälsovårdaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuratorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Längd och vikt (besvara med tydliga siffror)

Längd
 cm

Vikt
 kg

SINNESSTÄMNING

De följande frågorna handlar om olika slags sinnesstämningar. Besvara varje fråga med tanke på hur du känner dig idag. Välj bara ett svarsalternativ till varje fråga. Du blir kanske överraskad över någon fråga. Vi hoppas att du ändå besvarar alla frågor.

24. I vilken sinnesstämning befinner du dig?

- mitt humör är ganska ljust och gott
- jag är inte nedstämd eller sorgsen
- jag känner mig nedstämd och sorgsen
- jag är ständigt nedstämd och kommer inte över det
- jag är så deprimerad och utmattad att jag inte står ut längre

25. Hur ser du på din framtid?

- jag förhåller mig hoppfullt till min framtid
- jag tycker inte framtiden känns hopplös
- framtiden tycks mig ganska deprimerande
- jag tycker att jag inte har något att vänta mig av framtiden
- framtiden känns hopplös, och jag orkar inte tro på någon förändring till det bättre

26. Hur anser du att ditt liv förlöpt?

- jag har mycket ofta lyckats i livet
- jag känner inte att jag har misslyckats i livet
- det känns som om jag misslyckats i mina strävanden oftare än de flesta
- mitt liv har hittills varit en enda serie misslyckanden
- det känns som om jag misslyckats totalt som människa

27. Hur nöjd eller missnöjd känner du dig?

- jag är rätt nöjd med mitt liv
- jag är inte speciellt missnöjd
- jag kan inte njuta av livet på samma sätt som tidigare
- det känns som om jag inte fick tillfredsställelse av någonting nuförtiden
- jag är fullständigt missnöjd med allt

28. Hurdan anser du att du är?

- jag tycker jag är ganska bra
- jag känner mig inte dålig och värdelös
- jag känner mig ganska ofta dålig och värdelös
- nuförtiden känner jag mig nästan alltid värdelös
- jag är helt värdelös och dålig

29. Känner du besvikelse?

- jag är nöjd med mig själv och mina prestationer
- jag är inte besviken på mig själv
- jag är besviken på mig själv
- jag avskyr mig själv
- jag hatar mig själv

30. Har du tankar om att skada dig själv?

- jag har aldrig haft några tankar om att beröva mig själv livet
- jag har inga tankar om att skada mig själv
- jag känner det som om det skulle vara bättre om jag vore död
- jag har planer på att begå självmord
- jag skulle ta livet av mig om jag bara kunde

31. Hur förhåller du dig till att träffa främmande människor?

- jag tycker om att träffa och tala med folk
- jag har inte förlorat mitt intresse för andra människor
- andra människor intresserar mig inte längre lika mycket som förut
- jag har nästan helt förlorat mitt intresse och mina känslor för andra människor
- jag har förlorat mitt intresse för andra människor, jag bryr mig inte alls om dem

32. Hur upplever du att behöva fatta beslut?

- det är lätt för mig att fatta olika beslut
- jag förmår fatta beslut på samma sätt som tidigare
- jag har blivit osäkrare och försöker uppskjuta beslutsfattandet
- jag har stora svårigheter med att fatta beslut
- jag har helt förlorat förmågan att avgöra olika frågor och fatta beslut

33. Vad anser du om dig själv och ditt utseende?

- jag är ganska nöjd med mitt utseende och mig själv
- det finns ingenting i mitt utseende som stör mig
- jag är bekymrad över att jag ser otrevlig ut
- jag känner mig ful
- jag är säker på att jag är ful och motbjudande

34. Hur sover du?

- jag har inga sömnsvärigheter
- jag sover lika bra som förut
- då jag vaknar på morgonen är jag mycket tröttare än förut
- jag besväras av sömnlöshet
- jag lider av sömnlöshet, svårigheter att somna eller av att jag vaknar alltför tidigt

35. Känner du trötthet eller utmattning?

- trötthet är mig helt främmande
- jag blir inte trött snabbare än förut
- jag blir trött snabbare än förut
- jag blir trött och utmattad redan av lättare arbete
- jag är för trött för att göra någonting alls

36. Hurdan aptit har du?

- jag har inga problem med aptiten
 min aptit är densamma som förut
 min aptit är sämre än förut
 min aptit är nu mycket sämre än förut
 jag har ingen aptit längre

37. Känner du dig deppig eller spänd?

- jag anser mig ha ganska goda nerver och deppar inte så lätt
 jag känner mig inte deppig eller nervös
 jag blir ganska lätt deppig eller spänd
 ångest, depression och spänning ligger mycket nära till hands för mig
 jag känner mig jämt och ständigt ängslig och deprimerad, precis som om mina nerver var "utslitna"

38. Har du sökt hjälp mot depression eller ångest genom att prata med någon?

- ja nej

SEXUELL HÄLSA

39. De följande påståendena undersöker vad du vet och har för uppfattningar om sexualitet. Besvara varje punkt.

	Rätt	Fel	Jag vet inte
När en flickas menstruation börjar är det tecken på att hon kan bli gravid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av preventivmedlen är det bara kondomen som skyddar mot könssjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En könssjukdom är ibland helt symtomfri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En kvinna kan inte bli gravid första gången hon har samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När en pojke får sina första uttömningar av sädesvätska är det ett tecken på att han är köns mogen och kan skaffa barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klamydiainfektion kan förorsaka sterilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En könssjukdom som man haft en gång kan man inte få på nytt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efter att ha fått HI-viruset kan en person smitta ner andra under resten av sitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Fundera på hur du förhåller dig till din sexuella hälsa. Hur lätt eller svårt skulle det vara för dig att

	Mycket lätt	Ganska lätt	Ganska svårt	Mycket svårt
Tala öppet om sex med din pojk-/flickvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaffa kondomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föreslå din pojk-/flickvän att kondom används	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräva av din pojk-/flickvän att kondom används vid samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vägra sex i berusat tillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neka till sådan sex som du inte vill ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boka tid hos läkare eller hälsovårdare i en fråga som rör sexuell hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Har du någonsin gjort något av följande? Besvara varje punkt.

	Ja	Nej
Kysst på mun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smekt utanpå kläderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smekt under eller utan kläder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Har du haft samlag?

- nej (fortsätt till fråga 47)
 ja, **hur många gånger sammanlagt?**
 - en gång
 - 2-4 gånger
 - 5-9 gånger
 - 10 gånger eller fler

43. Hur många gånger har du haft samlag under den senaste MÅNADEN?

- ingen gång
 en gång
 2-3 gånger
 minst fyra gånger

44. Med hur många partner har du haft samlag?

- en
 två
 tre eller fyra
 fem eller fler

45. Vilket preventivmedel använde du vid ditt SENASTE samlag?

- inget alls
- kondom
- p-piller eller p-ring eller p-plåster
- kondom och p-piller eller p-ring eller p-plåster
- något annat

46. Hade ni druckit alkohol före det SENASTE samlaget? Svara för bägge parterna.

	Jag	Min partner
Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, lite berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, ordentligt berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Har du varit med om något av följande?

	Ja	Nej
Du har fått störande sexuella förslag eller blivit sexuellt ofredad per telefon eller på internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har kallats sexuellt kränkande namn, såsom hora eller bög	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har berörts på intima områden på din kropp mot din vilja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har blivit pressad eller tvingad till samlag eller någon annan form av sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har blivit erbjuden pengar, saker eller rusmedel i utbyte mot sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**För flickor
(pojkar går till fråga 50)**

48. Har du prövat på akut p-piller (ångerpiller)?

- jag vet inte, vad akut p-piller (ångerpiller) är
- nej
- ja, hur många gånger sammanlagt?
 - en gång
 - två gånger
 - 3 gånger eller fler

49. Använder du p-piller eller p-ring eller p-plåster för närvarande?

- nej
- ja

RÖKNING

50. Hur lätt är det nuförtiden i din ålder att köpa tobak i butiker nära ditt hem, i kiosker, på servicestationer eller ur automater?

- mycket lätt
- ganska lätt
- ganska svårt
- mycket svårt

51. Hur många cigaretter, pipor eller cigarrer har du rökt allt som allt hittills?

- inte en enda (gå till fråga 55)
- bara en (gå till fråga 55)
- cirka 2-50
- över 50

52. Vilket av följande alternativ passar bäst in på dina NUVARANDE RÖKVANOR?

- jag röker minst en gång om dagen
- jag röker en gång i veckan eller oftare, men inte varje dag
- jag röker mindre ofta än en gång i veckan
- jag tobaksstreykar eller har slutat röka

53. Var har du skaffat cigaretter under den senaste månaden? Svara på varje punkt.

	Ja	Nej
Butiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiosken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicestationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamraterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra vuxna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syskonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tog hemifrån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Hur ofta röker du på vägen till och från skolan eller i skolan? Besvara varje punkt.

	Aldrig	Ibland	Varje dag
På skolvägen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I skolan, på skolområdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I närheten av skolan på skoltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Är det tillåtet att röka i din skola eller läroanstalt?

- helt förbjudet
 tillåtet på vissa ställen
 tillåtet utan begränsning

56. Hur noga övervakar man i din skola att eleverna följer begränsningarna för rökning?

- mycket noga
 ganska noga
 nästan inte alls

57. Röker lärarna eller den övriga skolpersonalen inne i skolan eller på skolområdet?

- ja, dagligen
 ja, ibland
 nej
 jag vet inte

58. Har dina föräldrar rökt under din livstid? Svara för bägge parterna.

	Mamma	Pappa
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, men han/hon har slutat röka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Han/hon röker fortfarande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Använder du snus?

- inte alls (gå till fråga 61)
 jag har provat en gång
 då och då
 dagligen

60. Var har du skaffat snus under de senaste 6 MÅNADERNA? Besvara varje punkt.

	Ja	Nej
Butiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiosken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicestationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamraterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utomlands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon annanstans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALKOHOL OCH ANDRA DROGER

61. Hur lätt är det nuförtiden i din ålder att köpa MELLANÖL ELLER CIDER i butiker nära ditt hem, i kiosker eller på servicestationer?

- mycket lätt
 ganska lätt
 ganska svårt
 mycket svårt

62. Hur ofta allt som allt dricker du alkohol, till exempel minst en halv flaska mellanöl?

- en eller flera gånger i veckan
 ett par gånger i månaden
 ungefär en gång i månaden
 mera sällan
 jag använder inte alkohol (gå till fråga 65)

63. Hur ofta dricker du dig ORDENTLIGT BERUSAD?

- en eller flera gånger i veckan
 ungefär 1-2 gånger i månaden
 mera sällan
 aldrig

64. Var skaffade du den alkohol du drack senast? Besvara varje punkt.

	Ja	Nej
Jag skaffade den själv från Alko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag skaffade den själv från butiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa eller mamma skaffade eller bjöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldre syskon skaffade eller bjöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tog hemifrån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamrater skaffade eller bjöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En obekant person skaffade eller bjöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utomlands eller på en båt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Använder enligt din åsikt någon dig närstående person för mycket alkohol?

- nej
 ja, har det skadat dig eller gett dig problem i ditt eget liv?
 nej ja

66. Vet du någon i din bekantskapskrets som har provat på rusmedel (hasch, lim eller andra sniffmedel, berusande mediciner eller andra liknande medel) under det senaste ÅRET?

- nej
- ja, en
- ja, 2-5
- ja, fler än 5

67. Har någon erbjudit dig rusmedel I FINLAND under det senaste ÅRET?

- nej
- ja, vem erbjud?
 - vänner eller bekanta
 - obekanta personer

68. Har du någonsin provat på eller använt följande ämnen? Besvara varje punkt.

	Aldrig	En gång	2-4 gånger	Minst fem gånger
Marijuana eller hasch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sniffat (lim, butan o.dyl.) i berusande syfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol och läkemedel tillsammans i berusande syfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediciner (lugnande medel, sömn- eller värktabletter, utan alkohol) i berusande syfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subutex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin, kokain, amfetamin, LSD, gamma eller andra motsvarande narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Tänk på de senaste 30 DAGARNA. Hur många gånger under denna tid har du använt sådana RUSMEDEL som nämndes i föregående fråga?

- aldrig
- en gång
- 2-4 gånger
- minst fem gånger

70. Hur lätt är det enligt din bedömning för unga I DIN ÅLDER att skaffa narkotika, till exempel marijuana eller hasch, på DIN hemort?

- mycket lätt
- ganska lätt
- ganska svårt
- mycket svårt

71. Män skor har olika uppfattningar om vad som är acceptabelt och vad som inte är det. Accepterar du följande saker? Besvara varje punkt.

	Ja	Nej	Jag vet inte
Tobaksrökning då och då	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökning av minst tio cigaretter om dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ett par glas alkohol några gånger i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fylla en gång i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökning av marijuana då och då	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelbunden användning av marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANDRA HÄLSOVANOR

72. Hur ofta ägnar du dig åt idrott eller motion MINST EN HALV TIMME per gång på din fritid?

- flera gånger om dagen
- cirka en gång om dagen
- 4-6 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- en gång i veckan
- mera sällan
- aldrig

73. Hur många timmar I VECKAN brukar du i vanliga fall träna PÅ DIN FRITID så att du blir ANDFÅDD och SVETTIG?

- inte alls
- cirka en ½ timme
- cirka 1 timme
- cirka 2-3 timmar
- cirka 4-6 timmar
- cirka 7 timmar eller mera

74. Hur många DAGAR I VECKAN motionerar du i MINST EN TIMME så att du blir andfådd och svettig?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 dagar

75. Hur ofta äter du morgonmål (även annat än bara kaffe, saft eller någon annan dryck) under skolveckan?

- fem morgnar
 3-4 morgnar
 1-2 morgnar
 mera sällan

76. Vilket alternativ beskriver din familjs eftermiddags- eller kvällsmåltidsvanor bäst?

- ingen egentlig måltid, var och en tar sig något att äta
 lagad mat, men hela familjen äter inte samtidigt
 gemensam måltid, vanligen är alla med vid matbordet

77. Hur ser en normal måltidssituation ut i din skola? Besvara varje punkt.

	Ja	Nej
Matsalen är trivsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matsalen är tyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matkön går snabbt framåt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuxna äter med oss i matsalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Hur ofta äter du skollunch under skolveckan?

- 5 dagar
 3-4 dagar
 1-2 dagar
 mera sällan

79. Vad äter och dricker du vanligen på skollunchen?

	Ja	Nej
Huvudrätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sallad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mjölk eller surmjölk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Vad anser du om skollunchen?

	Helt av samma åsikt	Av samma åsikt	Av annan åsikt	Helt av annan åsikt
Skollunchen serveras på lämplig tid under dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillräckligt med tid har reserverats för att äta skollunchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skollunchen är tillräcklig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skollunchen har hög kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skollunchen är god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Vad brukar du i ÖVRIGT äta eller dricka i skolan utöver skollunchen?

- jag äter eller dricker inget annat (gå till fråga 83)
 jag äter eller dricker annat, vad? Besvara varje punkt.

	Mera sällan än en gång i veckan	1-2 gånger i veckan	3-5 gånger i veckan
Frukt/fruktpuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sött kaffebröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köttpirog, hamburgare o. dyl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips o. dyl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sötsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sockerhaltiga läskedrycker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalorislåla läskedrycker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energidrycker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

82. Om du äter mellanmål i skolan, varifrån får du det? Besvara varje punkt.

	Ja	Nej
Skolans mellanmålsservering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automaterna i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butik, kiosk eller servicestation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemifrån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Vad anser du om din vikt? Tycker du att du har

- mycket övervikt
 lite övervikt
 lämplig vikt
 lite eller påtaglig undervikt

84. Hur dags brukar du gå och lägga dig, när du skall till skolan nästa morgon?

- senast ungefär 21.00
 ungefär 21.30
 ungefär 22
 ungefär 22.30
 ungefär 23
 ungefär 23.30
 ungefär 24
 ungefär 00.30
 ungefär 01
 ungefär 01.30 eller senare

85. Hur ofta borstar du dina tänder?

- aldrig
- mer sällan än en gång per vecka
- minst en gång per vecka, men inte dagligen
- en gång per dag
- flera gånger per dag

OLYCKSFALL I SKOLAN

86. Har du under det här LÄSÅRET i skolan eller skolvägen råkat ut för ett olycksfall som krävt ett besök på läkarens eller hälsovårdarens mottagning?

	Aldrig	En gång	Minst 2 gånger
På rasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under gymnastiktimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under en annan timme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På skolvägen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FÖRSEELSER OCH BROTT

87. Har du under de senaste 12 MÅNADERNA gjort följande saker? Besvara varje punkt.

	Nej	En gång	2-4 gånger	Fler än 4 gånger
Klottrat eller målat graffiti på väggar, bussar, hållplatser, fönster eller andra motsvarande ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med avsikt skadat eller förstört skolans egendom eller skolbyggnaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med avsikt skadat eller förstört annan egendom än skolans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stulit något från en butik eller kiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltagit i slagsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misshandlat någon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Har någon gjort dig följande saker under de senaste 12 MÅNADERNA? Besvara varje punkt.

	Ja	Nej
Stulit eller försökt stjäla något från dig genom att använda våld eller hota med våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stulit något från dig på något annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hotat att fysiskt skada dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiskt angripit dig t.ex. slagit, sparkat eller använt något slag av vapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDIER OCH SPEL

89. Hur ofta ägnar du dig åt penningspel?

- 6-7 dagar i veckan
- 3-5 dagar i veckan
- 1-2 dagar i veckan
- mer sällan än en gång per vecka
- mer sällan än en gång per månad
- jag har inte spelat under det senaste året

90. Hur många timmar SAMMANLAGT lägger du DAGLIGEN ner på att titta på tv, använda dator (fritid och studier) samt spela mobiltelefon- och konsolspel? Svara separat för skoldagar och veckoslut.

	Skoldagar	Veckoslut
Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högst två timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 2 timmar, men mindre än 4 timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minst 4 timmar, men mindre än 6 timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 timmar eller mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Orsakar din användning av internet problem i dina människorelationer?

- Ja Nej

92. Orsakar den tid du vistas på internet problem med dina studier?

- Ja Nej

93. Orsakar den tid du vistas på internet problem med din dygnsrytm?

- Ja Nej

HEM OCH VÄNNER

94. Svara enligt din egen situation under de senaste 6 MÅNADERNA.

	Stämmer inte	Stämmer i viss mån	Stämmer helt
Jag försöker vara vänlig mot andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tar hänsyn till andras känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag delar gärna mina saker med andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag erbjuder mig att hjälpa om någon gör sig illa, är ledsen eller mår dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är vänlig mot dem som är yngre än jag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag erbjuder mig ofta att hjälpa andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan samtala förtroligt med om nästan alla dina personliga saker?

- inga nära vänner
 en nära vän
 två nära vänner
 flera nära vänner

96. Känner dina föräldrar de flesta av dina kamrater?

- båda känner
 bara pappa känner
 bara mamma känner
 ingendera känner

97. Vet dina föräldrar var du tillbringar dina fredags- och lördagskvällar?

- de vet det alltid
 de vet det ibland
 för det mesta vet de det inte

98. Kan du tala med dina föräldrar om dina personliga angelägenheter?

- nästan aldrig
 ibland
 ganska ofta
 ofta

99. Har dina föräldrar varit arbetslösa eller tvångspermitterade under det senaste ÅRET?

- nej, ingendera
 ja, den ena
 ja, vardera

100. Vilka hör till din familj?

- mamma och pappa
 mamma och styvfar
 pappa och styvmor
 bara mamma
 bara pappa
 annan målsman
 sambo, make eller maka

101. Vad är dina föräldrars högsta utbildning?

	Mamma	Pappa
Grundskola eller folkskola/medborgarskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium eller yrkesläroanstalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrkesstudier utöver gymnasium eller yrkesläroanstalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitet eller högskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102. Hur mycket pengar för eget bruk har du i medeltal i VECKAN (veckopeng eller andra medel som du får använda som du vill)?

- under 5 euro 30-39 euro
 5-9 euro 40-49 euro
 10-19 euro 50 euro eller mer
 20-29 euro

103. Har du under den här TERMINEN jämsides med studierna arbetat på eftermiddagarna, kvällarna eller veckosluten?

- nej ja, jag arbetar i genomsnitt
 1-5 timmar i veckan
 6-10 timmar i veckan
 mer än 10 timmar i veckan

TACK FÖR DINA SVAR!

Var det något i enkäten som du inte kan få ur tankarna? Tala i så fall med dina föräldrar eller någon annan vuxen om det. Du kan också ta kontakt med din lärare, hälsovårdare, skolans psykolog eller kurator.