



Hälsa i skolan 2013

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

www.thl.fi/kouluterveyskysely

Hej!

I mars-april 2013 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 2013. 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 2013

Juha Fränti
Utvecklingschef

Svarsanvisningar

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

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.

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

1. Kön

- pojke flicka

2. Födelsemånad och födelseår

- januari 1993 eller tidigare
 februari 1994
 mars 1995
 april 1996
 maj 1997
 juni 1998
 juli 1999
 augusti 2000 eller senare
 september
 oktober
 november
 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

4. Studerar du för en dubbel- eller tripplexamen i ett gymnasium eller vid en yrkesläroanstalt?

- ja nej

SKOLFÖRHÅLLANDENA

5. Vad tycker du just nu om skolan?

- mycket
 ganska mycket
 inte särskilt mycket
 inte alls

6. 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

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

- < 6,5 8,0 - 8,4
 6,5 - 6,9 8,5 - 8,9
 7,0 - 7,4 9,0 - 9,4
 7,5 - 7,9 9,5 - 10,0

8. 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 sådan 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"/>

9. Har du deltagit i följande typer av verksamhet i din skola? Besvara varje punkt.

	Ja	Nej
Påverkan i samband med lektionsarrangemang (t.ex. arbetsätt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planering av skolarbetet (t.ex. placering av lektioner, tidpunkt för när skoldagen börjar, provarrangemang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planering eller genomförande av rast- eller pausaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utarbetande av ordningsregler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planering, uppsnygning eller inredning inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planering eller uppsnygning av gårdsområdena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolmältidsarrangemang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anordning av temadagar, fester, utfärder och lägerskola i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevkårens styrelseverksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänevlevs- eller tutorverksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 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 ineluft	<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 arbetsbord	<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"/>

11. 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 utföra räkneuppgifter	<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"/>

12. 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"/>

13. 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 skolkniv	<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"/>

14. 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.

15. 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

16. 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

17. Om du har blivit mobbad eller deltagit i mobbning av andra elever under denna TERMIN, hur har det gått till? Besvara 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 lögnor 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"/>

18. 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

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

- mycket gott
 ganska gott
 medelmåttigt
 ganska eller mycket dåligt

20. 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"/>

21. Längd och vikt (besvara med tydliga siffror)

Längd cm Vikt kg

22. 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"/>

23. 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"/>

SEXUELL HÄLSA

24. 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"/>
Vaccin mot papillomavirus (HPV) skyddar mot cancer i livmodershalsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccin mot papillomavirus (HPV) skyddar mot alla könssjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. 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"/>
Med endera eller vardera föräldern diskutera sexuella frågor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Sällskapar du STADIGT nu?

- ja
- nej

27. 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"/>

28. Har du haft samlag?

- nej (fortsätt till fråga 33)
- ja, hur många gånger sammanlagt?
 - en gång
 - 2-4 gånger
 - 5-9 gånger
 - 10 gånger eller fler

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

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

30. Med hur många partner har du haft samlag?

- en
- två
- tre eller fyra
- fem eller fler

31. 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

32. 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"/>

33. Har du varit med om något av följande? Besvara varje punkt.

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej
Du har fått störande sexuella förslag eller blivit sexuellt ofredad per telefon eller på internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har kallats vid sexuellt kränkande namn, såsom hora eller bög, eller fått kroppsfolämpande kritik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har berörts på intima områden på din kropp mot din vilja	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Du har blivit erbjuden pengar, saker eller rusmedel i utbyte mot sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Har du använt INTERNET för följande aktiviteter? Besvara varje punkt.

	Ja	Nej
Dejtat någon utan att ha träffat personen annanstans än på nätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filmat eller via webbkamera tittat på intima kroppsdelar eller onani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagt ut egna intima bilder till andras beskådande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagt ut någon annans intima bilder till andras beskådande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskuterat sex med någon okänd (annan än en vårdanställd e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tittat på pornografi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

För flickor

(pojkar går till fråga 37)

35. 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

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

- nej ja

SINNESSTÄMNING

37. Har du under den senaste MÅNADEN OFTA känt dig nedstämd, deprimerad eller uppgiven?

- ja nej

38. Har du under den senaste MÅNADEN OFTA känt att ingenting intresserar dig eller tillfredsställer dig?

- ja nej

39. Hur ofta har du under DE TVÅ SENASTE VECKORNA besvärats av följande problem? Besvara varje punkt.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
Känt dig nervös, orolig eller på helspänn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte kunnat sluta oro dig eller kontrollera din oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oroat dig för mycket för olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft svårt att slappna av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit så rastlös att det har varit svårt att sitta stilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit lättretlig eller lättirriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt dig rädd, som om något hemskt skulle kunna hända	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Hur mycket nedanstående problem har bekymrat dig den senaste VECKAN? Besvara varje punkt.

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Extremt mycket
Av rädsla för att bli generad undviker jag att göra saker eller prata med människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag undviker aktiviteter där jag står i centrum för uppmärksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att bli generad eller att verka dum hör till mina värsta rädslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Har du någonsin sökt sakkunnighjälp på grund av depression eller ångest? Besvara varje punkt.

	Ja	Nej
Av läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av hälsovårdare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av skolkurator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av annan sakkunnig inom hälsovården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av lärare/studiehandledare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan sakkunnighjälp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RÖKNING OCH RUSMEDEL

42. 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

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

- inte en enda (gå till fråga 47)
- bara en (gå till fråga 47)
- cirka 2-50
- över 50

44. 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 tobaksstrejkar eller har slutat röka

45. Var har du skaffat cigaretter under den senaste månaden? 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"/>
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"/>

46. 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"/>

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

- helt förbjudet
- tillåtet på vissa ställen
- tillåtet utan begränsning

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

- mycket noga
- ganska noga
- nästan inte alls

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

- ja, dagligen
- ja, ibland
- nej
- jag vet inte

50. Har dina föräldrar rökt under din livstid? Svara för båda 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"/>

51. Använder du snus?

- inte alls (gå till fråga 53)
- jag har prövat en gång
- då och då
- dagligen

52. 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, på en båt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon annanstans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. 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

54. 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 57)

55. Hur ofta dricker du dig ORDENTLIGT BERUSAD?

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

56. 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"/>

57. 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

58. Vet du någon i din bekantskapskrets som har prövat 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

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

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

60. Har du någonsin prövat 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"/>

61. 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

62. 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

63. Mänskor 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

64. 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

65. 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

66. 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

67. Hur lång är din skolväg?

- 0 - 1,0 km
- 1,1 - 3,0 km
- 3,1 - 5,0 km
- 5,1 - 10,0 km
- 10,1 - 20,0 km
- över 20 km

68. Hur många minuter går eller cyklar du VANLIGTVIS under skolvägen tur och retur? Räkna in också till exempel vägen till en busshållplats och från busshållplatsen till skolan eller hem. Besvara båda punkterna.

	På våren och hösten	På vintern
Inte alls; jag anlitar motorfordon för hela skolvägen (t.ex. moped eller bil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre än 10 minuter per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-30 minuter per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-60 minuter per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Över en timme per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. 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

70. 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

71. 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 bullerfri	<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"/>

72. Hur ofta äter du skollunch under skolveckan?

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

73. 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"/>

74. 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"/>

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

jag äter eller dricker inget annat (gå till fråga 77)

jag äter eller dricker annat, vad? Besvara varje punkt.

	Mera sällan än en gång i veckan	1-2 gångar i veckan	3-5 gångar i veckan
Frukt/fruktpuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bullar, kex, bakelser o.dyl.	<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"/>
Socketerhaltiga läskedrycker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalorisnåla 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"/>

76. 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"/>

77. Hur ofta har du ätit något av följande under den senaste VECKAN? (7 dagar)? Besvara varje punkt.

	Inte alls	1-2 dagar	3-5 dagar	6-7 dagar
Frukt eller bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Färska eller kokta grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- mycket övervikt
- lite övervikt
- lämplig vikt
- lite eller påtaglig undervikt

79. Vilken tid brukar du gå och lägga dig? Besvara båda punkterna.

	Under vardagar	På veckosluten
Ungefär 21.00 eller tidigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 21.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 22.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 23.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 00.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 01.30 eller senare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Vilken tid brukar du vakna? Besvara båda punkterna.

	Under vardagar	På veckosluten
Ungefär 6.00 eller tidigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 6.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 7.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 7.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 8.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 8.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär 9.00 eller senare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Tycker du att du sover tillräckligt?

- ja, nästan alltid
- ja, ofta
- sällan eller nästan aldrig
- jag vet inte

82. 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

83. 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"/>
Under praktisk arbetslivsorientering eller inläring i arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På skolvägen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Aldrig	En gång	Minst 2 gånger
Trafikolycka med motorfordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trafikolycka som fotgängare eller cyklist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olycksfall under idrott eller motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olycksfall hemma eller på hemmagården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat olycksfall på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsolycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Använder du följande skyddsutrustning i trafiken?

	Nästan alltid	Ibland	Aldrig	Jag rör mig inte på så sätt
Hjälm vid cykling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säkerhetsbälte i bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflex eller reflekterande kläder i mörker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flytväst till sjöss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FÖRSEELSER OCH BROTT

86. 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"/>
Stulit något från skolan eller läroanstalten	<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"/>

87. 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

88. 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

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

	Skol-dagar	Vecko-slut
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"/>

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

- ja nej

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

- ja nej

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

- ja nej

HEM OCH VÄNNER

93. 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

94. Känner dina föräldrar de flesta av dina kamrater?

- båda känner
- bara pappa känner
- bara mamma känner
- ingendera känner

95. 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

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

- nästan aldrig
 ibland
 ganska ofta
 ofta

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

- nej, ingendera
 ja, den ena
 ja, vardera

98. 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, yrkeshögskola eller annan högskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99. I vilket land är du och dina föräldrar födda?

	Du	Din mamma	Din pappa
Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sverige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryssland eller före detta Sovjetunionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat europeiskt land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thailand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. Hur länge har du bott i Finland?

- hela mitt liv
 över 10 år, men inte alltid
 5-10 år
 3-4 år
 1-2 år
 mindre än 1 år

101. Hur länge har du bott på din nuvarande hemort?

- hela mitt liv
 över 10 år, men inte alltid
 5-10 år
 3-4 år
 1-2 år
 mindre än 1 år

102. Med vilka vuxna bor du? Välj det alternativ som beskriver situationen bäst.

- med mamma och pappa
 med mamma och pappa turvis; mina föräldrar bor inte tillsammans
 endast med mamma
 endast med pappa
 med mamma/pappa och hennes/hans sambo
 annan vuxen eller andra vuxna
 jag bor på annat sätt

103. Har du ett annat hem eller en annan familj (t.ex. om dina föräldrar har skilts eller bor skilt)?

- nej ja

104. 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

105. 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.