

ABIS

Formulär för BARN 10 - 12 år



- Det är så klart helt frivilligt att vara med. Om du inte vill svara på frågorna så kan du lämna tillbaka enkäten.
- Om du svarar på frågorna får du hoppa över de frågor du inte vill svara på.
- Vi kommer inte att berätta för någon vad du har svarat.

När du svara på frågorna, sätt ett kryss inuti rutan

Använd bläckpenna eller annan penna som syns tydligt!

Förnamn:

Efternamn:

Skola:

Klass:

Ditt personnummer (fråga någon om du inte kan själv):

år, månad, dag - 4 sista

När fyller du år?

Dag:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 21 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 22 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 23 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 24 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 25 |
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 26 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 27 |
| <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 28 |
| <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 29 |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 30 |
| | | <input type="checkbox"/> 31 |

Månad:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Januari | <input type="checkbox"/> Juli |
| <input type="checkbox"/> Februari | <input type="checkbox"/> Augusti |
| <input type="checkbox"/> Mars | <input type="checkbox"/> September |
| <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> Oktober |
| <input type="checkbox"/> Maj | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> Juni | <input type="checkbox"/> December |

Vilket år är du född?

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1996 | <input type="checkbox"/> 1999 |
| <input type="checkbox"/> 1997 | <input type="checkbox"/> 2000 |
| <input type="checkbox"/> 1998 | <input type="checkbox"/> 2001 |

ABIS - Frågor 10-12 årsuppföljningen

1. Vilket år är det nu?

- 2009 2010

2. Vilken månad är det nu?

- Januari Juli
 Februari Augusti
 Mars September
 April Oktober
 Maj November
 Juni December

3. Jag är en...

- Flicka Pojke

4. Var är du nu, när du svarar på den här enkäten?

- I skolan på lektion
 I skolan på rast
 Hemma
 Någon annan stans.

Var?

5. Vem bor du hos?

- Mamma och Pappa tillsammans
 Bara hos mamma
 Bara hos pappa
 För det mesta hos mamma men ibland hos pappa
 För det mesta hos pappa men ibland hos mamma
 Ungefär lika mycket hos mamma och pappa (t.ex. varannan vecka hos mamma och varannan hos pappa)
 Fosterföräldrar
 Hos någon annan,

vem?

Nu kommer några frågor om vad du brukar göra

6. Hur dags brukar du gå och lägga dig, när du ska upp till skolan nästa morgon?

- Inte senare än 20.00
 Omkring 20.30
 Omkring 21.00
 Omkring 21.30
 Omkring 22.00
 Omkring 22.30
 Omkring 23.00 eller senare

7. Hur dags brukar du gå upp de dagar du ska till skolan?

- Senast 06.00
 Omkring 06.30
 Omkring 07.00
 Omkring 07.30
 Omkring 08.00 eller senare

8. Hur bra sover du på nätterna?

- Utmärkt
 Mycket bra
 Bra
 Ganska bra
 Dåligt

9. a) Hur ofta brukar du bada/duscha?

- 2 gånger per dag eller mer
 En gång om dagen
 Varannan dag
 Var tredje dag
 Mer sällan

9. b) Hur ofta brukar du borsta tänderna?

- 3 gånger per dag eller mer
- 2 gånger per dag
- En gång om dagen
- Varannan dag
- Mer sällan

10. Hur många timmar om dagen brukar du vanligtvis läsa (tidningar, böcker, läxor), skollektioner räknas inte?

a) skoldagar

- Inte alls
- ca en halvtimme
- ca 1 timme
- ca 2 timmar
- ca 3 timmar
- ca 4 timmar eller mer

b) helger

- Inte alls
- ca en halvtimme
- ca 1 timme
- ca 2 timmar
- ca 3 timmar
- ca 4 timmar eller mer

11. Hur många timmar om dagen brukar du vanligtvis titta på TV (eller video/DVD) på din fritid?

a) skoldagar

- Inte alls
- ca en halvtimme
- ca 1 timme
- ca 2 timmar
- ca 3 timmar
- ca 4 timmar
- ca 5 timmar
- ca 6 timmar eller mer

b) helger

- Inte alls
- ca en halvtimme
- ca 1 timme
- ca 2 timmar
- ca 3 timmar
- ca 4 timmar
- ca 5 timmar
- ca 6 timmar eller mer

12. Hur många timmar om dagen brukar du vanligtvis sitta framför datorn eller spela TV-spel på din fritid?

a) skoldagar

- Inte alls
- ca en halvtimme
- ca 1 timme
- ca 2 timmar
- ca 3 timmar
- ca 4 timmar
- ca 5 timmar
- ca 6 timmar
- ca 7 timmar eller mer

b) helger

- Inte alls
- ca en halvtimme
- ca 1 timme
- ca 2 timmar
- ca 3 timmar
- ca 4 timmar
- ca 5 timmar
- ca 6 timmar
- ca 7 timmar eller mer

Nu kommer några frågor om dina matvanor

13. Brukar du vanligtvis äta...

	Ja	Nej
Frukost.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmål/fika förmiddag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmål/fika eftermiddag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag/kvällsmat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmål kväll/kvällsfika.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hur ofta brukar du hoppa över frukosten?

- Aldrig
- Ibland
- Varje dag

15. Har du ätit frukt senaste veckan?

- Ja, varje dag
 Några dagar
 Nej, ingen dag

16. Har du druckit saft eller läsk senaste veckan?

- Ja, varje dag
 Några dagar
 Nej, ingen dag

17. Har du ätit godis (choklad, smågodis) senaste veckan?

- Ja, varje dag
 Ja, några dagar
 Ja, en dag
 Nej, ingen dag

18. Har du ätit snacks (till exempel chips, ostbågar) senaste veckan?

- Ja, varje dag
 Ja, några dagar
 Ja, en dag
 Nej, ingen dag

19. Om du tänker på senaste veckan, vad har du oftast druckit till maten...

i skolan?

- Mjöl
 Juice
 Vatten
 Annat. Vad?

hemma?

- Mjöl
 Juice
 Vatten
 Saft, läsk
 Annat. Vad?

Nu kommer några frågor om skollunchen

20. Brukar du vanligtvis tycka om skollunchen?

- Ja, alltid
 Ofta
 Ibland
 Sällan
 Nej, aldrig

21. Har du ätit skollunchen senaste veckan?

- Ja, varje dag
 Ja, några dagar
 Ja, en dag
 Nej, ingen dag

22. Har du ätit grönsakerna som serverades till skollunchen under senaste veckan?

- Ja, varje dag
 Ja, några dagar
 Ja, en dag
 Nej, ingen dag

23. När du inte ätit skollunchen, vad har du då ätit istället?

(Du kan kryssa för flera alternativ)

- Har inte hoppat över skollunchen
 Åt inget annat istället
 Frukt
 Smörgås
 Knäckebröd
 Läsk/Juice/Annan söt dryck
 Godis/Choklad/Snacks
 Annat. Vad?

Nu kommer några frågor om skolan

24. Vad brukar du oftast göra på rasterna?

Kryssa för ett alternativ

- Vara stilla (till exempel sitta och prata eller läsa)
- Vara i rörelse (till exempel leka, gå, spela fotboll)

25. Brukar du få vara inomhus på rasterna?

- Ja, alltid
- Ja, ofta
- Ja, ibland (till exempel när det regnar)
- Nej, aldrig

26. Hur ofta spelar du dataspel i skolan?

- Aldrig
- Mindre än 1 dag i veckan
- 1 - 2 dagar i veckan
- 3 - 4 dagar i vecka
- Varje dag (5 dagar i veckan)

27. Hur många dagar i veckan har du gymnastik/idrott i skolan?

- 0 1 2 3 4 5
-

28. Brukar du handla i kiosk under skoltid eller på raster?

- Ja, nästan varje dag
- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, aldrig

Nu kommer några frågor om husdjur

29. Har ni haft några inomhusdjur under de senaste två åren? Flera kryss tillåtet.

- Nej inga
- Hund
- Katt
- Kanin
- Fågel
- Marsvin
- Hamster
- Fiskar
- Andra djur

30. Vilka djur brukar du klappa minst en gång per vecka? Flera kryss tillåtet.

- Nej inga
- Hund
- Katt
- Kanin
- Fågel
- Marsvin
- Hamster
- Fiskar
- Andra djur

ABIS - Frågor 10-12 årsuppföljningen

Nu kommer några frågor om hur du haft det senaste halvåret

31. Kryssa för något av "Stämmer inte", "Stämmer ibland" eller "Stämmer helt" för varje fråga. Sätt bara ett kryss för varje fråga och försök att besvara alla frågor. Frågorna gäller hur du har haft det de senaste 6 månaderna.

	Stämmer inte	Stämmer ibland	Stämmer helt
Jag försöker vara vänlig mot andra. Jag bryr mig om deras känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan inte vara stilla länge. Jag är rastlös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ofta huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag delar ofta med mig till andra (till exempel godis, spel, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir mycket arg och tappar ofta humöret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta för mig själv. Jag gör oftast saker ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag gör oftast som jag blir tillsagd av vuxna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag oroar mig mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att sitta stilla, jag vill jämt röra och vrida på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har en eller flera kompisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag slåss eller bråkar mycket. Jag kan tvinga andra att göra som jag vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jämnåriga (de som är lika gamla som mig) verkar gilla mig för det mesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att koncentrera mig, jag är lättstörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir nervös i nya situationer. Jag blir lätt osäker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir ofta anklagad för att ljuga eller fuska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra barn eller ungdomar retar eller mobbar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ställer ofta upp och hjälper andra (t ex föräldrar, lärare, jämnåriga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tänker mig för innan jag gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tar saker som inte tillhör mig, till exempel från skolan eller andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kommer bättre överens med vuxna än med jämnåriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är rädd för många olika saker, jag är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan koncentrera mig, göra klart det jag arbetar med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK AKTIVITET OCH HÄLSA

32. Hur mår du?

- Utmärkt
 Mycket bra
 Bra
 Ganska bra
 Dåligt

33. Om du tänker på förra veckan...

	Inte alls	Lite grann	Sådär	Mycket	Jätte- Mycket
Kände du dig frisk och i god form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionerade du (t ex simmade, sprang, cyklade)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du springa bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Kände du dig full av energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KÄNSLOR

35. Om du tänker på förra veckan...

	Inte alls	Lite grann	Sådär	Mycket	Jätte- Mycket
Var ditt liv bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig glad över att leva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig nöjd med ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Var du på gott humör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du kul?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLMÄN SINNESSTÄMNING

37. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Kände du att allt du gör blir dåligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig så nere att du inte hade lust att göra någonting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Kände du att allting i ditt liv blir fel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig trött på allt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig ensam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig pressad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SJÄLVUPPFATTNING

39. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Var du nöjd med dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var du nöjd med dina kläder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Var du missnöjd med ditt utseende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var du avundsjuk på andra ungdomars utseende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vill du ändra på något på din kropp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIN FRITID

41. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Hade du tillräckligt med tid över för dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du göra det du ville på fritiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du tillräckligt med möjligheter att vara ute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du tillräckligt med möjligheter att vara med kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du välja vad du ville göra på fritiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIN FAMILJ

42. Om du tänker på förra veckan...

	Inte alls	Lite grann	Sådär	Mycket	Jätte- Mycket
Kände du att dina föräldrar förstod dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig älskad av din förälder/ dina föräldrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Hade du det bra hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade dina föräldrar tillräckligt med tid för dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlade dina föräldrar dig rättvist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du prata med dina föräldrar när du ville?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PENGAR

44. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Hade du tillräcklig med pengar för att kunna göra <i>samma saker</i> som dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du tillräcklig med pengar för dina utgifter (det du köper)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Hade du tillräcklig med pengar för att göra saker tillsammans med dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DINA KOMPISAR

46. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Var du med dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjorde du saker med andra i din ålder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du kul med dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpte du och dina kompisar varandra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Kunde du prata om allt med dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du få stöd av dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SKOLA OCH INLÄRNING

48. Om du tänker på förra veckan...

	Inte alls	Lite grann	Sådär	Mycket	Jätte- Mycket
Hade du det bra i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjorde du bra ifrån dig i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var du nöjd med dina lärare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Kunde du vara uppmärksam (i skolan)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyckte du om att gå i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kom du bra överens med dina lärare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOBBNING

50. Om du tänker på förra veckan...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Var du rädd för andra elever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blev du retad av andra elever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blev du mobbad av andra elever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Om du tänker på förra veckan hur lätt var det för dig att prata med följande personer om saker som bekymrar dig?

↓

	Mycket lätt	Lätt	Svårt	Mycket svårt	Har ingen/ träffas inte
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"/>
Styvpappa (eller mammas sambo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styvmamma (eller pappas sambo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldre bror/bröder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldre syster/systrar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bästa vännen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjejkompisar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Killkompisar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VAD TYCKER DU ÄR VIKTIGT?

52. Hur viktigt tycker du det är...

	Inte alls viktigt	Inte så viktigt	Ganska viktigt	Mycket viktigt
Att hjälpa andra som har diabetes eller någon annan allvarlig sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att forska om varför barn (och vuxna) blir sjuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att ta fram nya mediciner till barn (och vuxna) som är sjuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att man informerar dig och andra barn om vad man kan göra för att inte bli sjuk, till exempel att äta rätt mat och röra på sig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Hur viktigt tycker du det är...

	Inte alls viktigt	Inte så viktigt	Ganska viktigt	Mycket viktigt
Att du att litar på forskare, som håller på med medicinsk forskning som ABIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att ingen får veta vad <u>just du</u> svarar, när du fyller i frågor som dom här?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att du själv får <u>egen</u> information när du är med i medicinsk forskning (som ABIS-studien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att barn själva får vara med och bestämma <u>tillsammans med</u> föräldrarna om att vara med i forskning som ABIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. a) Känner du till någon (till exempel i familjen, kompisar, lärare) som har diabetes?

Ja Nej

b) Känner du till någon (till exempel i familjen, kompisar, lärare) som har någon annan allvarlig sjukdom?

Ja Nej

VAD TYCKER DU ÄR SVÅRT (ELLER LÄTT)?

55. Tycker du att...

	Mycket svårt	Ganska svårt	Ganska lätt	Mycket lätt
Det är svårt att förstå hur andra människor som är sjuka mår och känner sig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är svårt att förstå vad forskare gör med blodprover, andra prover och med alla svar du ger på frågor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VEM SKA BESTÄMMA OM DU ÄR MED I MEDICINSK FORSKNING?

Om man är med i forskning får man ibland ta blodprover, svara på frågor i enkäter eller lämna andra prover som till exempel hårstrån.

56. a) Vem tycker du ska bestämma om du ska ta blodprov?

Mina föräldrar själva	Jag och mina föräldrar tillsammans	Jag själv	Läkaren/forskaren	Vet inte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. b) Vem tycker du ska bestämma om du ska svara på frågor i enkäter (som den här)?

Mina föräldrar själva	Jag och mina föräldrar tillsammans	Jag själv	Läkaren/forskaren	Vet inte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. c) Vem tycker du ska bestämma om du ska lämna hårstrån (och ibland blodprov) till forskning?

Mina föräldrar själva	Jag och mina föräldrar tillsammans	Jag själv	Läkaren/forskaren	Vet inte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ABIS - Frågor 10-12 årsuppföljningen

HUR TÄNKER DU KRING INFORMATION?

57. Hur skulle DU vilja ha information om du är med i forskning (som till exempel ABIS)? Kryssa för ALLA de sätt du tycker är bäst.

- Mamma/pappa eller annan vuxen i familjen som berättar
- Internet - e-post/mail
- Broschyr eller brev hem att läsa
- Skolan (lärare, skolsköterska)
- Video eller DVD
- Av forskare
- Annat sätt - Hur?
- Vet ej

58. Vad tycker du om den information du fått om ABIS (av skola, föräldrar)? Räcker den?

- räcker inte alls
- räcker så där
- räcker
- räcker absolut

VAD TYCKER DU OM FORSKNING OCH TESTNING OM VILKA SOM KAN HA RISK ATT FÅ DIABETES?

59. Hur viktigt tycker du att det är...

	Inte alls viktigt	Inte så viktigt	Ganska viktigt	Mycket viktigt
Att du och din familj är med i ABIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att man tar Reta på vilka barn som kan ha en högre risk än andra att få en allvarlig sjukdom i framtiden, till exempel diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att barn i din ålder ska få vara med och bestämma om man ska testas för risk att få diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ABIS - Frågor 10-12 årsuppföljningen

60. Tycker du det är bra...

	Inte alls bra	Inte så bra	Ganska bra	Mycket bra
att man tar reda på om du har en högre risk att kanske få diabetes, även om man inte vet <u>om</u> du skulle bli sjuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att din mamma/pappa ska få veta av forskarna om du har en risk att få diabetes? (om forskarna ser i blodet att du har en risk att få diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att DU själv ska få veta om du har en risk att få diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att man tar reda på om du har en högre risk att kanske få diabetes, även om läkarna inte har någon medicin som gör att du blir frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Här kommer till sist några frågor om dig och att vara med i ABIS

61. När du tänker på...

	Mycket orolig	Ganska orolig	Ganska lugn	Mycket lugn
att vara med i forskning som ABIS - hur känner du dig då?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du svara på alla frågor till ABIS - hur känner du dig då?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du lämnar hår till ABIS - hur känner du dig då?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att forskarna i ABIS kanske i framtiden kommer att be dig lämna blodprov - hur känner du dig då?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att forskarna i ABIS vill ta reda på om du har en risk att få diabetes - hur känner du dig då?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ABIS - Frågor 10-12 årsuppföljningen

Har du några kommentarer om frågorna som du svarat på?

Var några frågor konstiga?

ABIS - Frågor 10-12 årsuppföljningen

Om du vill (helt frivilligt) så ber vi dig att klippa en liten hår-tuss (så långt hår som möjligt; klipp nära hårbotten), tjock som en tändsticka. Lägg den sedan i plastpåsen och förslut!



Plastficka för hårstrån

Du är klar nu.
Var god och lämna enkäten till din lärare.

Tack för hjälpen!