



□□-□□-□□-□□
centre-school-class-questionnaire code

EU-DAP PROJEKT

FRÅGEFORMULÄR

Kontaktperson : Ann-Marie Lindahl, Centrum för Tobaksprevention
Tfn : 08 517 780 43
Fax: 08 51778072
E-post : ann-marie.lindahl@smd.sll.se
Webbadress : www.sll.se/tobak och www.eudap.net

© 2004, Torino, EU-DAP trial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior permission of the copyright owner. EU Dap is co-funded by the European Commission. The publication is the sole responsibility of its publisher, and it in no way represents the views of the Commission or its services.

EU-DAP i Sverige finansieras delvis av Forskningsrådet för arbetsliv och Socialvetenskap (FAS), anslag nr. 2002-0979 och av Stockholms läns landstings Folkhälsoanslaget nr. LS 0401-0117.



1. Du är pojke flicka

2. Vilket år föddes du? År 19

3. Vilka av följande bor i samma hushåll som du? Markera allt som gäller.

- Pappa
 Styvpappa
 Mamma
 Styvmamma
 Syskon/Styvsyskon
 Mormor/Morfar/Farmor/Farfar
 Annan släkting
 Någon som ej är släkt

4. Har du syskon och/eller styvsyskon? Markera allt som gäller.

- Nej
 Ja, äldre
 Ja, yngre
 Ja, tvillingar

5. Hur många gånger har du rökt cigaretter? (aldrig=0)

Markera en ruta i varje rad.

		Antal gånger						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 el mer
a	I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Under de senaste 30 dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

6. Hur många cigaretter röker du vanligen i veckan?

Om du inte röker alls eller om du gör det mera sällan än varje vecka kryssa för 0.

Antal cigaretter per vecka					
0	1-2	3-5	6-9	10-19	20 el. mer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

7. Hur troligt är det att något av följande skulle hända dig om du rökte cigaretter den kommande månaden?

Svara på alla och markera det svar som ligger närmast det du tycker.

		Mycket troligt	Ganska troligt	Inte särskilt troligt	Inte alls troligt
a	Problem med mina föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Problem med mina vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Bli beroende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Få problem med pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Känna mig mer avspänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Få det roligare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Bli mer populär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Bli mer självsäker och utåtriktad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

8. Nu för tiden, hur ofta dricker du alkoholhaltig dryck, som cider, öl, vin eller sprit?

Det är bra om du tar med också när du bara dricker små mängder.

Varje dag	Varje vecka	Varje månad	Sällan	Aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

9. Ungefär hur många gånger har du varit full? (aldrig=0)

Markera en ruta i varje rad

		Antal gånger						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 el. mer
a	I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Under de senaste 30 dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

10. Hur troligt är det att något av följande skulle hända dig om du dricker alkohol den kommande månaden?

Svara på alla och markera det svar som ligger närmast det du tycker.

		Mycket troligt	Ganska troligt	Inte särskilt troligt	Inte alls troligt
a	Det skulle gå dåligt i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Problem med mina föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Problem med mina vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Bli beroende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Få problem med pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Känna mig mer avspänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Få det roligare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Bli mer populär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Glömma mina bekymmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Bli mer självsäker och utåtriktad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

11. Hur många gånger har du sniffat (lim, bensin, thinner etc) för att bli hög? (aldrig=0)

Markera en ruta i varje rad..

		Antal gånger						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 el mer
a	I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Under de senaste 30 dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

12. Har du hört talas om någon av följande läkemedel/droger?

Markera en ruta i varje rad.

		Ja	Nej
a	Lugnande tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Marijuana eller hasch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Relevin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	"Magic mushrooms"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2

13. Hur många gånger har du använt marijuana eller hasch.....? (aldrig=0)

Markera en ruta i varje rad.

		Antal gånger						
		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 el mer
a	I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Under de senaste 30 dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

14. Har du någonsin använt någon av följande droger?

Markera en eller flera rutor i varje rad.

		Under de senaste 30 dagarna		Under de senaste 12 månaderna		För mer än 12 månader sedan	
		Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
a	Lugnande tabletter (utan recept från läkare))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	LSD eller någon annan hallucinogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Amfetaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Relevin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	"Magic mushrooms"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6

15. Hur troligt är det att något av följande skulle hända dig om du använder marijuana eller andra olagliga droger den kommande månaden?

Svara på alla och markera det svar som ligger närmast det du tycker.

		Mycket troligt	Ganska troligt	Inte särskilt troligt	Inte alls troligt
a	Problem med polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Problem i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Problem med mina föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Problem med mina vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Bli beroende (missbrukare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Problem med pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Bli mer avspänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Få det roligare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Bli mer populär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Bli mer självsäker och utåtriktad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

16. Hur troligt är det att du kommer att göra något av följande OM ETT ÅR?

Markera en ruta i varje rad.

		Mycket troligt	Ganska troligt	Inte särskilt troligt	Inte alls troligt
a	Röka cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Dricka alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Bli full	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Röka marijuana eller hasch (pot, gräs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Sniffa något (lim etc) för att bli hög	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Använda olagliga droger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

17. Vad tycker du om dessa påståenden om droger?

Svara på alla och markera det svar som ligger närmast det du tycker

		Jag håller <u>helt</u> med	Jag håller <u>delvis</u> med	Jag håller <u>inte</u> med	Jag håller <u>absolut inte</u> med
a	Att använda droger kan vara trevligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	En ung människa bör aldrig pröva droger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Att använda droger är roligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Det finns mycket som är mer riskabelt än droger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Alla som prövar droger kommer till slut ångra det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Lagar om droger bör göras hårdare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Drogerna är ett av vårt lands värsta plågor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Droger hjälper människor att leva sitt liv till fullo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Skolan bör visa på de verkliga riskerna med att ta droger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Polisen bör inte besvara unga människor som prövar droger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Att experimentera med droger är att släppa kontrollen över sitt eget liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

18. Rätt eller fel? Vad tycker du?

Markera en ruta i varje rad.

		Rätt	Fel	Vet inte
a	Det är nikotinet i cigaretter som orsakar lungcancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Man måste röka flera cigaretter om dagen i många år för att bli beroende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Kvinnor har lägre tolerans för alkohol än män	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Det tar omkring en timme för kroppen att eliminera den mängd alkohol som finns i en burk starköl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Att röka marijuana orsakar inget fysiskt beroende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Stor konsumtion av hasch eller marijuana minskar kroppens produktion av sex hormoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3

19. Här är några påståenden om vad du vet om nikotin, alkohol och droger. I vilken mån håller du med?

Svara på alla och markera det svar som ligger närmast det du tycker.

		Jag håller <u>helt</u> med	Jag håller <u>delvis</u> med	Jag håller <u>inte</u> med	Jag håller <u>absolut inte</u> med
a	Jag vet allt jag behöver veta om nikotinet och dess effekter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Jag vet allt jag behöver veta om alkohol och dess effekter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Jag vet allt jag behöver veta om droger och dess effekter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

20. Anser du att människor utsätter sig för skada (fysiskt eller på annat sätt), om de

Markera en ruta i varje rad

		Ingen risk	Viss risk	Stor risk	Vet ej
a	Röker cigaretter då och då	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Röker ett eller flera paket cigaretter om dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Dricker en eller två drinkar nästan varje vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Dricker alkohol varje dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Prövar att sniffa (lim etc) en eller två gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Prövar marijuana eller hasch (cannabis, pot, gräs) en eller två gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Röker marijuana eller hasch regelbundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Använder andra droger då och då	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

21. Röker någon av följande personer?

Markera en ruta i varje rad.

		Röker dagligen	Röker ibland	Röker ej	Vet ej	Ej kontakt med personen
a	Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Min bästa vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Mina syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

22. Av de vänner som du tillbringar det mest av din fritid med. ...

Markera en ruta i varje rad.

		Ingen	Mindre än hälften	Omkring hälften	Mer än hälften	Alla	Vet inte
a hur många tycker om skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b hur många går det bra för i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c hur många röker cigaretter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d hur många dricker sig fulla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e hur många använder marijuana eller andra droger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6

23. Gör någon av dina syskon det.....?

Markera en ruta i varje rad.

		Ja	Nej	Vet inte	Har inga syskon
a	Dricker alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Dricker sig full	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Röker marijuana eller hasch (gräs).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Sniffar (lim, bensin, thinner...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Tar andra droger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

24. Stämmer följande beskrivningar på människor i din närhet?

Svara på alla och markera det svar som ligger närmast det du tycker.

		Stämmer <u>helt</u>	Stämmer <u>delvis</u>	Stämmer <u>inte</u>	Stämmer <u>absolut inte</u>
a	Mina föräldrar har klara regler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Mina föräldrar vet var jag är på kvällarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Jag kan lätt få stöd utav pappa och/eller mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Det är mycket viktigt för mig att inte göra mina föräldrar besvikna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Jag kan verkligen få stöd av min bästa vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

25. I vilken grad håller du med om dessa påståenden om din familj?

Svara på alla och markera det svar som ligger närmast det du tycker.

		Jag håller <u>helt</u> med	Jag håller <u>delvis</u> med	Jag håller <u>inte</u> med	Jag håller <u>absolut</u> <u>inte</u> med
a	I min familj hjälper vi verkligen och stödjer varandra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	I min familj diskuterar vi inte våra problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Vi bråkar inte ofta i min familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Varje person har ett tydligt ansvar i min familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	I min familj kan man göra vad man vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	I min familj är vi aktiva och har gott humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	I min familj är det viktigt för alla att uttrycka sin åsikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	I min familj är vi nästan aldrig arga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	I min familj straffas alla som bryter mot reglerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Vi kan göra vad vi vill i min familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Min familj gör alltid saker tillsammans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Det är många diskussioner i min familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r	Vi slår aldrig varandra i min familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	"Nytta före nöje" är regeln i min familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	I min familj bestraffas vi inte eller blir tillsagda om vi gör något fel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	Vi kommer verkligen bra överens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Vi talar inte med varandra om personliga problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r	I min familj kritiserar vi inte ofta varandra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s	I min familj har vi klara idéer om vad som är rätt och fel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t	Vi kommer och går som vi vill i min familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

26. Om du skulle vilja dricka alkohol (eller redan gör det), tror du att dina föräldrar skulle tillåta det?

Markera en ruta i varje rad.

Skulle tillåta/tillåter alkohol	Skulle <u>inte</u> tillåta/tillåter <u>inte</u> alkohol <u>hemma</u>	Skulle inte tillåta/tillåter <u>inte</u> alkohol <u>alls</u>	Vet inte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

27. Om du skulle vilja röka (eller redan gör det), tror du att din pappa och mamma skulle tillåta det?

Markera en ruta i varje rad

Skulle tillåta/tillåter rökning	Skulle <u>inte</u> tillåta/tillåter <u>inte</u> rökning <u>hemma</u>	Skulle inte tillåta/tillåter <u>inte</u> rökning <u>alls</u>	Vet inte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

28. Hur var dina omdömen i jämförelse med dina klasskamrater i skolan sista året?

Mycket bättre	Bättre	Samma som de flesta av dem	Sämre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

29. Tror du att du kommer att ha förbättrat dina omdömen när det här skolåret är slut?

1	<input type="checkbox"/>	Ja
2	<input type="checkbox"/>	Antagligen
3	<input type="checkbox"/>	Antagligen inte
4	<input type="checkbox"/>	Nej

30. Vad tycker du om skolan just nu?

1	<input type="checkbox"/>	Jag tycker mycket om skolan
2	<input type="checkbox"/>	Jag tycker att skolan är ok
3	<input type="checkbox"/>	Jag tycker inte särskilt mycket om skolan
4	<input type="checkbox"/>	Jag tycker inte alls om skolan

31. Håller du med om följande påståenden om din skola?

Svara på alla och markera det svar som ligger närmast det du tycker

		Håller <u>helt</u> med	Håller <u>delvis</u> med	Håller <u>inte</u> med	Håller <u>absolut</u> <u>inte</u> med
a	De som går i min klass tycker om att vara tillsammans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	De flesta som går i min klass är hyggliga och hjälpsamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Andra elever accepterar mig som jag är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Hur det går för mig i skolan betyder mycket för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Jag har stor respekt för vad mina lärare säger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

32. Har du råkat ut för något av följande problem under de senaste 12 månaderna?

Svara på alla och markera allt som stämmer.

		Aldrig	Ja, därför att jag dricker alkohol	Ja, därför att jag använder droger	Ja, av andra skäl än alkohol eller droger
a	Bråkat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Slagsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Olycka eller fysisk skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Förlorat pengar eller annat av värde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Skador på egna saker eller kläder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Problem med relationen till föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Problem med relationen till vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Problem med relationen till lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Det har gått dåligt i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Utsatt för rån eller stöld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Inlagd på sjukhus eller besökt akuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	1	1	1

33. Hur bra tycker du att de här påståenden stämmer på dig?

Svara på alla och Markera det svar som ligger närmast det du tycker.

		Stämmer <u>helt</u>	Stämmer <u>delvis</u>	Stämmer <u>inte</u>	Stämmer <u>absolut</u> <u>inte</u>
a	När jag har bestämt mig för något, genomför jag det alltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Jag bestämmer mig ofta utan att tänka på följderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Jag väger alla möjliga val innan jag bestämmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Jag ofta ångrar det jag har bestämt mig för	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	När jag bestämmer mig, spelar det ingen roll vad mina vänner tycker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

34. Föreställ dig att du befinner dig i följande situationer. Även om några kan kännas helt främmande, svara så gott du kan.

Markera det svar som ligger närmaste det du tycker.

		Mycket troligt	Ganska troligt	Inte särskilt troligt	Inte alls troligt
a	Du och din bästa vän är på en fest, där du träffar nya människor, som du verkligen gärna skulle vilja lära känna. Någon erbjuder dig att röka hasch. Din vän tackar ja. Gör du det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Du och din vän pluggar hårt inför ett prov i skolan nästa dag. Ni känner er båda stressade och behöver lugna ner er. Din vän föreslår att en cigarett skulle hjälpa och erbjuder dig en. Tackar du ja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Dagen efter klarar ni båda provet och känner nu att det är dags att fira. Du har fortfarande lite fickpengar kvar, skulle du skaffa alkohol (öl, vin, sprit) för att fira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

35. Håller du med om följande beskrivningar av dig?

Svara på alla och markera det svar som ligger närmast vad du tycker.

		Jag håller helt med	Jag håller delvis med	Jag håller inte med	Jag håller absolut inte med
a	Jag känner att jag har många bra egenskaper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Jag kan göra saker lika bra som de flesta andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Ibland tycker jag att jag inte alls är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	De flesta pojkar och flickor i min ålder är smartare än vad jag är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Jag är riktigt bra i sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Jag känner mig mycket generad när jag måste säga något i klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Att jag är lycklig är viktigt för mina föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Jag oroar mig mycket för småsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Jag känner mig ofta nervös utan anledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Jag har många intressen och hobbies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

36. Håller du med följande påståenden om hur man ska behandla andra?

Svara på alla och markera det svar som ligger närmast det du tycker.

		Jag håller helt med	Jag håller delvis med	Jag håller inte med	Jag håller absolut inte med
a	När någon försöker få en att känna sig mindre värd, bör man göra samma sak mot dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Det finns skäl att låta folk veta om man är arg på dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Det enda sättet att hantera en mobbare är att låta honom veta vem som bestämmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Det finns alltid sätt att hantera problem utan att man måste slåss om saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Det är mycket bättre att bli förbannad än att förklara saker lugnt och sansat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

37. Är det lätt eller svårt att...? Svara på alla och markera en ruta i varje rad.

		Mycket lätt	Lätt	Svårt	Mycket svårt
a	... säga något snällt till en vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	... be om en tjänst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	... visa någon att jag gillar honom/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	... säga nej när någon ber mig göra något jag inte vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	... be om hjälp när jag har problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	... hjälpa någon som behöver hjäl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

Tack för din medverkan!



Samhällsmedicin
Centrum för Tobaksprevention
Box 17533
118 91 Stockholm
Tfn. 08 51778070