

SPØRRESKJEMA

Innemiljø i skolebygg

K

T

(10 - 14 år) ELEV fornavn:

ELEV nr :

Med dette spørreskjemaet vil vi forsøke å få frem hvordan du opplever innemiljøet, og om du har plager som kan settes i sammenheng med innemiljøet.

Vennligst fyll ut eller sett kryss der det passer ved alle spørsmål. Hvis det er noen spørsmål, eller ord som du ikke forstår, kan du sette et spørsmålstegn (?) ved det.

BAKGRUNN

Kjønn: Jente Gutt

Skole: Klasse: Jeg har gått på denne skolen siden

Hvor ofte driver du idrett/ fysisk trening utenom skoletid?

Hver dag Nesten hver dag Flere ganger i uka 1 gang i uka Mindre enn en gang uka
Nesten aldri

Røyker du? Ja Nei Røyker noen inne hjemme hos deg? Ja Nei

Hvis du røyker, hvor mange sigaretter røyker du pr. dag?

Ikke daglig 1 - 5 6 - 10 Mer enn 10

Hvis noen røyker inne hjemme hos deg, hvor mange sigaretter røykes inne pr dag?

Ikke daglig 1 - 5 6 - 10 Mer enn 10

Bruker du snus? Ja Nei

HJEMMEFORHOLD (der du pleier bo mest)

Boligtype: Gardsbruk Villa Leilighet/Blokk Rekkehus

Byggeår: Før 1960 Senere Vet ikke

Større ombygging de siste 10 år? Ja Nei Vet ikke

Oppvarming: Elektrisk Olje Ved/koks Annet Vet ikke

Antall personer: voksne barn

Har dere vegg til vegg teppe/heldekningsteppe? Ja Nei

Hvis ja, hvilke rom:

Husdyr i boligen (pelsdyr, fugler m.m.)? Ja Nei

Finnes det tegn på fuktskader? Ja Nei Vet ikke

Finnes det tegn på mugg (mugglukt)? Ja Nei Vet ikke

(NB Side 1 og 4 besvares hjemme, side 2 og 3 etter avtale på skolen!)

ARBEIDSMILJØ

Har du de siste 4 uker hatt plager av en eller flere av de nevnte faktorene i dette klasserommet?

(Besvar hvert spørsmål selv om du ikke har vært plaget)

	Ja, ofte (hver uke)	Ja, iblant	Nei aldri	Er du plaget av dette akkurat nå?	
				Ja	Nei
Trekk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For varmt i rommet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen ganger for varmt, noen ganger for kaldt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For kaldt i rommet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innestengt (dårlig) luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tørr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du støt når du tar på noe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støy fra maskiner, luftekanaler e.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støy fra elevene i klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belysning, svak, for skarp eller blendende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støv og smuss i klasserommet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støv og smuss i gymnastikksalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukter fra andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varme fra solskinn gjennom vinduene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varme fra varmeapparat i nærheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gulvkaldt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trives du bra på skolen?

Ja ofte Ja, av og til Nei, aldri

Tror du inneklimaet på skolen påvirker dine skoleprestasjoner?

Ja ofte Ja, av og til Nei, aldri

Forkjølelser

Er du forkjølet nå? Ja Nei

Har du vært forkjølet i løpet av de siste 2 ukene? Ja Nei

Hvor lenge varer forkjølelsene dine? 4 6 8 10 12 14 dgr mer (sett ring rundt riktig tall)

Har du hatt ørevondt/ørebetennelse i løpet av de siste 2 ukene? Ja Nei

Har du hatt vondt i bihulene/bihulebetennelse i løpet av de siste 2 ukene? Ja Nei

Har du hatt bronkitt eller lungebetennelse i løpet av de siste 2 ukene? Ja Nei

Hvor mange forkjølelser har du årlig? 0 1-3 4-6 Flere Vet ikke

Har du noen gang hatt tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet? Ja Nei Vet ikke

Har du hatt tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet i løpet av de siste 2 uker? Ja Nei

Har du hatt det i dag? Ja Nei

Har du hatt tung pust, piping/surkling/tetthet i brystet i løpet av det siste året?

Ja Nei Vet ikke

DERSOM DU HAR SVART "NEI" PÅ DE TRE FORRIGE SPØRSMÅLENE,
HOPPER DU OVER DE FIRE NESTE

Hvor mange anfall av tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet har du hatt i løpet av det siste året?

Ingen 1 - 3 4 - 12 Mer enn 12 Vet ikke

Hvor ofte har søvnen din i gjennomsnitt blitt forstyrret på grunn av tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet i løpet av det siste året?

Aldri våken Mindre enn 1 natt pr. uke 1 eller flere netter pr. uke Vet ikke

Får du piping i brystet, perioder med hoste eller anfall med tung pust (astma) ?

Ja Nei

Hvis du svarte "Ja" på det forrige spørsmålet, kryss av for det som gjør deg syk med dette:

Dyr Gress Matvarer Anstrengelser Forkjølelser
Dårlig lukt/luft Værforandringer Annet (Hva)

Har du noen gang hatt?

Astma Eksem Elveblest Høysnue
Ja Nei Ja Nei Ja Nei Ja Nei

Har du vært behandlet av lege for?

Astma Eksem Elveblest Høysnue
Ja Nei Ja Nei Ja Nei Ja Nei

Forekommer astma, eksem eller høysnue for øvrig i familien?

Ja Nei Vet ikke

Dersom du har eller har hatt astma, fikk du astma mens du bodde i denne kommunen ?

Ja Nei Vet ikke

Andre kommentarer til innemiljøet eller arbeidsforholdene ? Skriv gjerne på et eget ark.