

# Elevhälsoenkät

Hälsofrågor till dig som går i  
gymnasiet

Hej!

I det här häftet finns frågor som rör din hälsa, hem- och lärmiljö och dina levnadsvanor. Några av frågorna kommer att vara underlag för statistik och de är stjärnmarkerade. När svaren bearbetats är de anonyma och ingen kan se vad just du har svarat.

Det finns inga svar som är rätt eller fel. Kryssa i det alternativ som stämmer bäst för dig.

Om det är några frågor du inte förstår eller som är svåra att besvara kan du vänta med dessa tills du träffar mig vid hälsobesöket.

Som skolsköterska har jag tystnadsplikt men jag är skyldig att göra en anmälan om jag misstänker att ett barn far illa.

Mvh

Din skolsköterska

**Namn:**

**Klass:**

**Personnummer:**

**Datum:**

## Lärmiljö

### 1\*. Om du tänker på de senaste 7 dagarna. Hur trivs du i skolan?

mycket bra     bra     varken bra eller dåligt     dåligt     mycket dåligt

### 2\*. Jag har arbetsro på lektionerna

mycket bra     bra     varken bra eller dåligt     dåligt     mycket dåligt

### 3\*. Jag kan koncentrera mig på lektionerna

mycket bra     bra     varken bra eller dåligt     dåligt     mycket dåligt

### 4\*. Om du tänker på de senaste tre månaderna. Vilken grad av stress (jäkt, högt tempo, psykisk press eller liknande) har du upplevt?

inte alls     lite grann     ganska mycket     mycket

### 5. Jag känner någon som blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad de tre senaste månaderna?

a. av andra elever i skolan     Ja     Nej  
b. av vuxna på skolan     Ja     Nej

### 6. Jag har själv blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad de tre senaste månaderna

a. av andra elever i skolan     Ja     Nej  
b. av vuxna på skolan     Ja     Nej

## Hemmiljö

### 7. Jag bor tillsammans med:

**8\*. Jag har någon vuxen att prata med om det som är viktigt för mig**

 Ja

 Nej

**9\*. Känner du dig oroad eller bekymrad för någon i din omgivning t.ex en vän eller familj?**

 Ja

 Nej

Hälsa

**10. Jag mår för det mesta**

 mycket bra

 bra

 varken bra eller dåligt

 dåligt

 mycket dåligt

**11. Jag trivs med mig själv**

 mycket bra

 bra

 varken bra eller dåligt

 dåligt

 mycket dåligt

**12. Jag har de senaste tre månaderna haft besvärande**

aldrig

Sällan

Ibland

Ofta

Alltid

a\*. huvudvärk






b\*. ont i magen






c. värk i rygg/nacke/axlar






**13. Jag använder tabletter mot värk och smärta, t.ex. Alvedon**

 aldrig

 några gånger/ år

 några gånger/ månad

 några gånger/vecka

 varje dag

**14. Jag har de senaste tre månaderna känt mig**

aldrig

sällan

ibland

ofta

alltid

a\*. ledsen eller nedstämd






b\*. irriterad eller på dåligt humör

**15. Alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Jag har varit med om att någon gjort något mot mig som inte kändes bra, till exempel**

	Nej	Ja
a. kommenterat något	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. slagit mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. utsatt mig för sexuellt ofredande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sömn

**16\*. Jag har under de senaste 7 dagarna sovit...**

- mycket bra     bra     varken bra eller dåligt     dåligt     mycket dåligt

**17. Jag sover cirka \_\_\_\_\_ timmar/natt**

## Matvanor och fysisk aktivitet

**18. Om du tänker på de senaste 7 dagarna, hur ofta har du ätit...**

	varje dag	5-6 dagar	3-4 dagar	1-2 dagar	ingen dag
a*. frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b*. lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. frukt och/eller bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. grönsaker och/eller rotfrukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. godis/snacks/kakor/bullar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. druckit söta drycker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. druckit energidrycker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19\*. Om du tänker på de senaste 7 dagarna. Hur mycket har du varit fysisk aktiv?** Fysisk aktivitet är all aktivitet som gör dig varm (t.ex promenader och cykling) eller andfådd (t.ex skolidrott, jogging, gymnastik, styrketräning, cykling, simning, bollspel och dans)

mindre än en timma	1-2 timmar	2-3 timmar	3-4 timmar	4-5 timmar	5-7 timmar	7-10 timmar	mer än 10 timmar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20\*. Hur ofta av de tillfällen du tränat/motionerat de senaste 7 dagarna har du tränat/motionerat så intensivt att du blivit andfådd och svettig?**

ingen gång	1-2 gånger	3-4 gånger	5 eller fler gånger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fritid

**21. På fritiden tycker jag om att**

.....

.....

**22. En vanlig dag, på min fritid sitter jag framför skärm (t ex dator, tv, iPad, mobil)**

0-2 timmar     3-4 timmar     5-6 timmar     mer än 6 timmar

Alkohol/narkotika/tobak

**23\*. Jag**

	aldrig	några gånger/år	några gånger/ månad	några gånger i veckan	dagligen
a. röker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. snusar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Jag dricker alkohol (starköl, stark cider, vin, alkoholisk eller sprit)**

aldrig                       några gånger/år                       några gånger/månad                       några gånger i veckan

**25. Om jag blir erbjuden droger säger jag**

bestämt nej                       troligen nej                       kanske ja                       ja



## Sex och samlevnad

**26. Jag har funderingar om känslor, relationer, sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar**

ja                       nej

Om ja, skriv gärna dina funderingar här

.....

.....

## \*Om jag tänker på hur jag har det ...

Nedanför finns en bild av en stege. Toppen på stegen (10) motsvarar det bästa liv du kan tänka dig och botten (0) det sämsta liv du kan tänka dig. Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu? Kryssa i stegen vid det nummer som bäst passar in på dig.

Bästa tänkbara liv	10	
	9	
	8	
	7	
	6	
	5	
	4	
	3	
	2	
	1	
Sämsta tänkbara liv	0	