



# Hälsofrågor i Gymnasiet

Namn:	Personnummer:	Mobilnummer:	Längd:
Skola:	Klass:		Vikt:
Datum för hälsosamtalet:			

Frågorna i den här enkäten handlar om din hälsa och dina levnadsvanor. Det är bara skolsköterskan som kan ta del av dina svar när ni går igenom dem vid hälsosamtalet.

Fråga din skolsköterska om du funderar över något.

När du träffar skolsköterskan har du möjlighet att ändra dina svar.

Det finns inga rätt eller fel svar! Sätt ett kryss/svara det som oftast stämmer bäst för dig.



# Arbetsmiljö

Här kommer några påståenden om miljön i skolan.  
Markera det alternativ som oftast stämmer in på dig.

<b>1.</b>	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt	Kan ej/vill inte svara
Jag trivs i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>				Ja	Nej	Kan ej/vill inte svara
Jag har valt rätt program				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b>	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Kan ej/vill inte svara
Jag har arbetsro på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b>	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Kan ej/vill inte svara
Jag känner mig stressad över skolarbetet (betyder pressad, jäktad, hinner inte med)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b>	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt	Kan ej/vill inte svara
Jag tycker skolarbetet fungerar för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.</b>	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Kan ej/vill inte svara
Jag kommer bra överens med mina lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b>	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Kan ej/vill inte svara
Jag känner mig trygg i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.</b>	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dålig	Dålig	Mycket dålig	Kan ej/vill inte svara
Stämningen i min klass är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9.</b>				Ja	Nej	Kan ej/vill inte svara
Har du blivit utsatt för mobbing/känt dig utanför de tre senaste månaderna?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




10.	Ja	Nej	Kan ej/vill inte svara
Blir någon av dina skolkamrater utsatta för mobbing eller är utanför?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.	Aldrig	Några ggr per år	Några ggr per månad	Några ggr per vecka	Varje dag	Kan ej/vill inte svara
Jag väljer att stanna hemma från skolan <u>utan</u> att vara sjuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Hälsovanor

Här kommer några påståenden om mat och matvanor. Markera det alternativ som oftast stämmer in på dig.

12.	Varje skoldag	3-4 skoldagar i veckan	1-2 skoldagar i veckan	Aldrig	Kan ej/vill inte svara
Jag äter...					
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"/>

13.	2 ggr per dag eller oftare	1 gång per dag	Några ggr i veckan	1 gång i veckan eller mer sällan	Kan ej/vill inte svara
Jag äter...					
a)... grönsaker eller rotfrukter 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)... frukt eller bär 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)... fisk eller skaldjur 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)... bullar, kakor, choklad, godis eller chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)... sötade drycker (t.ex. saft, sötat te, läsk eller energidryck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Kan ej/vill inte svara
Jag deltar på lektionerna i idrott eller hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.	0-2 timmar	3-4 timmar	5-6 timmar	Mer än 6 timmar	Kan ej/vill inte svara
En vanlig dag, på min fritid <u>sitter</u> jag framför skärm (t.ex. dator, tv, ipad, mobil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.	Varje dag	5-6 dagar i veckan	3-4 dagar i veckan	1-2 dagar i veckan	Sällan/Aldrig	Kan ej/vill inte svara
Jag brukar idrotta, motionera, röra mig i <u>sammanlagt 60 min.</u> (Räkna ihop aktiviteter både på skoltid och fritid som idrott på skolan/lek på rasten, gå/cykla, bollsport, gym, springa, ridning, promenader, osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.	5 ggr i veckan eller mer	3-4 ggr i veckan	1-2 ggr i veckan	Sällan/Aldrig	Kan ej/vill inte svara
Mina aktiviteter är så intensiva att de gör mig <u>andfådd (ofta svettig).</u> (Ange <u>antal gånger</u> i veckan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jag tar mig oftast till och från skolan Fler svarsalternativ är möjliga.	Går/cyklar	Buss/ skolskjuts	Blir skjutsad/ åker bil	Kan ej/vill inte svara
a)... Vår/höst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)... Vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.	Ja	Nej	Kan ej/vill inte svara
Jag arbetar på min fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Alkohol, narkotika och tobak

Här kommer några påståenden om alkohol, narkotika och tobak. Markera det alternativ som oftast stämmer in på dig.

19.	Har aldrig provat	Någon till några ggr per år	Någon till några ggr i månaden	Någon till några ggr i veckan	Varje dag	Har slutat	Kan ej/vill inte svara
a)... röker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)... dricker alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.	Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket	Kan ej/vill inte svara
Är du oroad över någons alkohol-/tobak- eller drogkonsumtion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.	Ja	Nej	Kan ej/vill inte svara
Jag har provat droger/narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.	Bestämt nej	Troligen nej	Kanske ja	Ja	Kan ej/vill inte svara
Om jag blir erbjuden droger/narkotika säger jag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Fysisk, psykisk och social hälsa

Här kommer några påståenden om fysisk, psykisk och social hälsa.  
Markera det alternativ som oftast stämmer in på dig.

23.	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt	Kan ej/vill inte svara
Jag mår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Kan ej/vill inte svara
Jag har de senaste <u>tre månaderna</u> ...						
...haft besvärande...						
a)... huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)... ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)... värk i rygg, nacke eller axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...känt mig...						
d)... ledsen eller nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)... orolig eller rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)... irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25.	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt	Kan ej/vill inte svara
Jag sover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26.	6 timmar eller mindre	7-8 timmar	9-10 timmar	11 timmar eller mer	Kan ej/vill inte svara
Jag sover <u>vanligtvis</u> per natt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27.	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt	Kan ej/vill inte svara
Jag trivs med mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.	Ja helt	Delvis	Nej inte alls	Kan ej/vill inte svara
Alla har rätt att få tycka om vem den vill, känner du att du får göra det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.	Ja	Nej	Kan ej/vill inte svara
Har du några frågor om din kropp, preventivmedel eller sex och samlevnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>30.</b>						
Jag bor tillsammans med (svaret registreras ej)	<b>Svar:</b>					
<b>31.</b>	Mycket nöjd	Nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Missnöjd	Mycket missnöjd	Kan ej/vill inte svara
Hur nöjd är du <u>vanligtvis</u> med ditt förhållande till din familj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>32.</b>				Ja	Nej	Kan ej/vill inte svara
Jag har någon vuxen att prata med om det som är viktigt för mig				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33.</b>				Ja	Nej	Kan ej/vill inte svara
Jag har <u>någon kompis</u> att prata med om det som är viktigt för mig				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34.</b>			Hon	Han	Annat	Kan ej/vill inte svara
Jag ser mig som och identifierar mig som			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35.</b>				Ja	Nej	Kan ej/vill inte svara
Alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Har du varit med om att någon gjort något mot dig som inte kändes bra?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36.</b>				Ja	Nej	Kan ej/vill inte svara
Har du blivit utsatt för våld/sexuellt ofredad någon gång?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37.</b>						
Så här tänker jag att min framtid som vuxen ska bli (svaret registreras ej)	<b>Svar:</b>					