

ELEVHÄLSOENKÄT

ÅK 1 Gymnasiet

Västra Götalands regiongemensamma elevhälsoenkät

Frågorna i den här enkäten handlar om din hälsa, skolsituation, livsstil och hur du mår. Det finns inga rätt eller fel svar. Du svarar det som stämmer bäst in på dig själv. Du och skolsköterskan träffas sedan för ett hälsosamtal och går igenom dina svar. Därefter förs uppgifterna in i din journal där de är sekretesskyddade. Det betyder att uppgifterna i de flesta fall inte får lämnas ut till någon annan utan ditt medgivande. Undantaget kan vara om du riskerar att fara illa och behöver hjälp eller skydd.



Gör så här:

- Svara på frågorna i tur och ordning. Fråga skolsköterskan eller läraren om du behöver hjälp. Sätt kryss i rutan för ditt svar, ibland kan du också skriva egna kommentarer.
- Vissa frågor handlar om hur du har det nu. Andra frågor handlar om hur det varit de senaste 7 dagarna eller skolveckan, och vissa frågor om hur det har varit den senaste månaden eller de senaste tre månaderna.
- Ta god tid på dig och läs frågorna noga.
- Har du synpunkter på frågorna kan du prata med din skolsköterska.

Namn _____

Personnummer _____

Årskurs _____

Klass _____

ELEVHÄLSOENKÄT ÅK 1 Gymnasiet

SKOLMILJÖ

1. Om du tänker på de **senaste 7 dagarna**, hur trivs du i skolan?

Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt Vill inte svara

2. Trivs du med skolans lokaler vad gäller buller, belysning, ventilation, möbler, städning och toaletter?

Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

3. Trivs du med skolans lärare och personal?

Ja, med alla Ja, med de flesta Ja, med några Nej, inte med någon Vill inte svara

4. Trivs du med de andra eleverna i skolan?

Ja, med alla Ja, med de flesta Ja, med några Nej, inte med någon Vill inte svara

5. Kan du koncentrera dig på lektionerna?

Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

6. Kan du arbeta i din egen takt och hinna med ditt skolarbete?

Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

7. Får du den hjälp och stöd i skolarbetet som du behöver i skolan?

Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

8. Trivs du med det program som du går på?

Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

9. Är du nöjd med dina studieresultat?

Jag är mycket nöjd Jag är nöjd Jag är missnöjd Jag är mycket missnöjd Vill inte svara

10. Fick du godkänt i alla ämnen den **senaste terminen**?

Ja Nej Vet inte Vill inte svara

11. Känner du dig trygg i skolan?

Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

12. Händer det att det är bråk i skolan så att du blir rädd eller känner oro?

Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

Personnummer: _____

13. Har du blivit kränkt, utstött eller illa behandlad under skoltid den **senaste månaden (30dagar)**?

- Nej, aldrig Ja, någon enstaka gång Ja, upprepade gånger Vill inte svara

14. Har du blivit kränkt, utstött eller illa behandlad utanför skoltid den **senaste månaden (30dagar)**?

- Nej, aldrig Ja, någon enstaka gång Ja, upprepade gånger Vill inte svara

NÄRVARO I SKOLAN

15. Har du varit frånvarande från skolan under den **senaste månaden (30dagar)**?

Med frånvaro menas att du har missat minst ett lektionstillfälle den dagen.

- Nej Ja, 1-2 dagar Ja, 3-5 dagar Ja, 6-9 dagar Ja, 10 dagar (eller fler) Vill inte svara

16. Om du var frånvarande någon gång under den **senaste månaden (30dagar)** var det för att...

- a.) du var sjuk? Nej Ja Vill inte svara
b.) undvika en viss situation? Nej Ja Vill inte svara
c.) det var någon i skolan som du inte ville träffa? Nej Ja Vill inte svara
d.) vara med kompisar? Nej Ja Vill inte svara
e.) du mätte psykiskt dåligt? Nej Ja Vill inte svara
f.) någon annan anledning? Nej Ja Vill inte svara

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

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

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Vill inte svara
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/axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Besväras du av allergi eller överkänslighet

- Nej Ja mot..... Vill inte svara

19. Hur ofta använder du värktabletter?

- Aldrig Några gånger per år Några gånger per månad Några gånger per vecka Dagligen Vill inte svara

Personnummer: _____

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

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Vill inte svara
a) ledsen eller nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) orolig eller ängslig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Om du tänker på de **senaste tre månaderna**, vilken grad av stress (høgt tempo, psykisk press eller liknande) har du upplevt?

- Inte alls Lite grann Ganska mycket Mycket Vill inte svara

22. Hur mår du idag (där 0 är så dåligt du kan tänka dig och 10 är så bra du kan tänka dig)?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vill inte svara

SÖMN

23. Tänk på hur det har varit den **senaste skolveckan**

a) När det är skola nästa dag, ungefär när somnar du? _____.

Vill inte svara

b) Ungefär när vaknar du en vanlig skoldag? _____.

Vill inte svara

24. Jag har de **senaste 7 dagarna** sovit

- Mycket bra Bra Varken bra eller dålig Dåligt Mycket dåligt Vill inte svara

MAT

25. 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	Vill inte svara
a) frukost	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c) lagad middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personnummer: _____

26. Om du tänker på de **senaste 7 dagarna**, hur ofta

	2 gånger per dag eller oftare	1 gång per dag	3-6 gånger i veckan	1-2 gånger i veckan	Mindre än 1 gång i veckan eller aldrig	Vill inte svara
a) åt du frukt och grönsaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) åt du godis, glass, bullar eller kakor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) drack du läsk, saft juice eller andra söta drycker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) åt du salta snacks (chips, jordnötter eller popcorn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) drack du energidryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK AKTIVITET

Fysisk aktivitet är all aktivitet, som gör dig varm och/eller andfådd (till exempel promenader, skolidrott, jogging, gymnastik, styrketräning, cykling, simning, bollspel, dans mm).

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

- Ingen gång 1-2 gånger 3-4 gånger 5 gånger eller fler Vill inte svara

28. Deltar du aktivt på lektionerna i idrott och hälsa?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

29. Hur mycket rör du på dig allt som allt en **vanlig vardag**?

(t.ex. under idrottslektioner, träning, utelek, promenad/cykel till och från skola.)

- En timma eller mer
 Mer än 30 minuter men mindre än 1 timma
 Mindre än 30 minuter
 Vill inte svara

Personnummer: _____

KROPPSUPPFATTNINGAR OCH KÄNSLOR

30. Hur väl stämmer följande påståenden in på dig?

	Stämmer mycket bra 4	3	2	1	Stämmer inte alls 0	Vill inte svara
a) Jag gillar mig själv som jag är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mitt liv känns för det mesta meningsfullt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag är ofta besviken på mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Ser du på dig själv som?

- Flicka Pojke Annat Vet inte Vill inte svara

32. Identifierar du dig som en person inom HBTQ-spektrat?

HBTQ är ett samlingsbegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter.

- Ja Nej Osäker Vill inte svara

33. Alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Har någon gjort något mot dig som inte kändes okej?

- Nej Ja Vill inte svara

34. Har du några frågor som handlar om din kroppsutveckling eller andra frågor om känslor, sexualitet och relationer?

SEXUELL HÄLSA OCH RÄTTIGHETER

I din ålder är den vanligaste formen av sex onani (sex med sig själv).

35. Om du har haft sex tillsammans med någon, använde ni kondom som skydd mot könssjukdomar?

- Ja Nej Behövdes inte Jag har inte haft sex Vill inte svara

36. Om du har haft sex tillsammans med någon, använde ni något skydd mot graviditet?

- Ja Nej Behövdes inte Jag har inte haft sex Vill inte svara

Personnummer: _____

VÅLD

Våld är varje handling som skrämmer, smärtar, skadar, får en person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill.

37. Har du sett eller varit med om våld i din familj eller närhet?

- Nej Ja Vill inte svara

38. a.) Har du **någonsin** blivit utsatt för **fysiskt** våld?

Fysiskt våld är när någon rör dig eller gör en fysisk handling som skadar och orsakar fysisk smärta.

- Nej Ja Vill inte svara

b.) Har du **någonsin** blivit utsatt för **sexuellt** våld?

Sexuellt våld är när någon blir tvingad att delta i eller se på sexuella handlingar mot sin vilja.

- Nej Ja Vill inte svara

c.) Har du **någonsin** blivit utsatt för **psykiskt** våld?

Psykiskt våld är kränkningar med ord och handlingar som riktar sig mot dig som person.

- Nej Ja Vill inte svara

d.) Har du **någonsin** blivit utsatt för **bevittnat** våld?

Bevittnat våld är att se eller höra när någon annan blir utsatt för någon form av våld.

- Nej Ja Vill inte svara

FRITID OCH RELATIONER

39. Är du aktiv i någon förening/klubb?

(t.ex. dans, musik, teater, spelklubb, scouter, fotboll, innebandy)

- Ja Nej Vill inte svara

40. Hur många timmar **per dag** spelar du i genomsnitt datorspel, tv-spel eller mobilspel?

- Spelar inte Minde än en timma 1-3 timmar Mer än 3 timmar Vill inte svara

41. Trivs du hemma?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

42. Har du lugn och ro hemma när du till exempel ska göra läxor eller sova?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

43. Har du någon som kan hjälpa dig med läxorna om det behövs?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

44. Känner du att vuxna lyssnar på dig?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

Personnummer: _____

45. Har du någon vuxen att prata med om det som är viktigt för dig?

- Ja Nej Vill inte svara

46. Känner du att föräldrar/vårdnadshavare har förståelse för dig och hjälper dig fatta viktiga beslut?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

47. Händer det att de du bor med bråkar så att du blir rädd eller känner oro?

- Aldrig Sällan Ofta Alltid Vill inte svara

48. Känner du dig oroad eller bekymrad för någon i din omgivning, till exempel vän eller familjemedlem?

- Nej Ja Vill inte svara

49. Är du utsatt för hedersrelaterat förtryck?

Hedersvåld och förtryck handlar om att det finns krav på att alla i familjen måste följa vissa regler, för att inte förstöra familjens rykte och anseende, dess heder. Bryter man mot reglerna kan det innebära bestraffning såsom utfrysning, isolering, skuld- och skambeläggning, förödmjukelse eller fysiskt våld.

- Nej Ja Vill inte svara

50. Har du någon kompis att prata med om det som är viktigt för dig?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

ALKOHOL, NARKOTIKA OCH TOBAK

51. a) Har du **någon gång** provat att röka (cigarretter, e-cigarretter, vattenpipa etc.)?

- Nej Ja Vill inte svara

b) Om du någon gång provat att röka, hur gammal var du när du provade att röka första gången? _____ år.

- Vill inte svara

52. Hur ofta har du rökt den **senaste månaden** (30 dagar)?

- Aldrig Någon gång Någon gång i veckan Varje dag Vill inte svara

Personnummer: _____

53. a) Har du **någon gång** provat att snusa?

- Nej Ja Vill inte svara

b) Om du någon gång provat att snusa hur gammal var du när du provade att snusa första gången? ____ år.

- Vill inte svara

54. Hur ofta har du snusat den **senaste månaden** (30 dagar)?

- Aldrig Någon gång Någon gång i veckan Varje dag Vill inte svara

55. a) Har du **någon gång** druckit alkohol så att du har blivit berusad?

- Nej Ja Vill inte svara

b) Om du någon gång druckit alkohol så att du har blivit berusad, hur gammal var du när du blev berusad första gången? ____ år.

- Vill inte svara

56. Hur ofta har du druckit alkohol (folköl, starköl, starkcider, vin, alkoholisk eller sprit) den **senaste månaden (30 dagar)**?

- Aldrig Någon gång Varje vecka Varje dag Vill inte svara

57. Om du skulle bli erbjuden narkotika, oförskrivna läkemedel eller anabola steroider, vad säger du då?
(Exempel på narkotika: cannabis, amfetamin, ecstasy, GHB, LSD, kokain och heroin)

- Bestämt nej Troligen nej Kanske ja Ja Vill inte svara

MITT LIV

58. Känner du att du kan leva som den person du vill vara och känner dig som?

- Ja, alltid Ja, ofta Nej, sällan Nej, aldrig Vill inte svara

59. Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?

(Steg 10 motsvarar det bästa liv du kan tänka dig.)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1

- Vill inte svara

Personnummer: _____

FRAMTIDEN

60. Så här tänker jag om min framtid. Skriv gärna här:

Tack för att du svarade på frågorna!

Personnummer: _____

(Ej synligt för eleven. Detta fyller skolsköterskan i efter hälsosamtalet)

Längd: _____

Vikt: _____

Skolenhet: _____

Årskurs: _____

Klass: _____

Personnummer: _____