

ELEVHÄLSOENKÄT ÅK 4

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 sen för ett hälsosamtal och går igenom dina svar. Uppgifterna förs sedan in i din journal där de är sekretesskyddade. Det betyder att uppgifterna i de flesta fall inte får lämnas ut till någon annan. Undantag 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 4

SKOLMILJÖ

- Om du tänker på de **senaste 7 dagarna**, hur trivs du i skolan?
 Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt
- Trivs du med skolans lokaler vad gäller buller, belysning, ventilation, möbler, städning och toaletter?
 Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara
- Använder du toaletterna på skolan?
 Ja, när jag behöver Nej, jag håller mig Vill inte svara
- Trivs du med skolans lärare och personal?
 Ja, med alla Ja, med de flesta Ja, med några Nej, inte med någon Vill inte svara
- 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
- Kan du koncentrera dig på lektionerna?
 Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara
- Kan du arbeta i din egen takt och hinna med ditt skolarbete?
 Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara
- Får du den hjälp och stöd i skolarbetet som du behöver i skolan?
 Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara
- Känner du dig trygg i skolan?
 Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara
- Händer det att det är bråk så att du blir rädd eller känner oro i skolan?
 Aldrig Sällan Ofta Alltid Vill inte svara
- Har du blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad under skoltid under den senaste månaden (30dagar)?
 Nej, aldrig Ja, någon enstaka gång Ja, upprepade gånger Vill inte svara
- Har du blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad utanför skoltid under den senaste månaden (30dagar)?
 Nej, aldrig Ja, någon enstaka gång Ja, upprepade gånger Vill inte svara

Personnummer: _____

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

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

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
a) huvudvärk	<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"/>
c) värk i rygg/nacke/axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. a) Besväras du av allergi eller överkänslighet? (flera val är möjliga)

- Nej, jag har inga besvär av allergier eller överkänslighet
- Ja, av pollen (lövträd, gräs, gråbo eller andra örter)
- Ja, av pälsdjur
- Ja, av mat eller dryck
- Ja, av dofter (från t ex parfym eller starka dofter)
- Ja, av kosmetika (smink) eller produkter för hudvård eller personlig hygien
- Ja, av annat nämligen: _____
- Vill inte svara

b) Förvärras din allergi eller överkänslighet i skolmiljön?

- Jag har inga besvär av allergier eller överkänslighet
- Nej
- Ja
- Vill inte svara

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

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
a) ledsen eller nedstämd	<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"/>
c) irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. 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

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

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

Personnummer: _____

SÖMN

18. Tänk på hur det har varit den senaste skolveckan

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

b) Ungefär när stiger du upp en vanlig skoldag? _____.

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

Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt

MAT

20. 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) lagad middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. 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"/>

Personnummer: _____

FYSISK AKTIVITET OCH RÖRELSE

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

22. a) Om du tänker på de senaste 7 dagarna...Hur mycket har du varit fysisk aktiv?

- Mindre än 1 timme
- 1-2 timmar
- 2-3 timmar
- 3-4 timmar
- 4-5 timmar
- 5-7 timmar
- 7-10 timmar
- Mer än 10 timmar

b) 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

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

- Alltid
- Ofta
- Sällan
- Aldrig
- Vill inte svara

24. 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 timme eller mer
- Mer än 30 minuter men mindre än 1 timme
- Mindre än 30 minuter
- Vill inte svara

Personnummer: _____

KROPPSUPPFATTNINGAR OCH KÄNSLOR

25. Ser du på dig själv som...?

- Flicka Pojke Annat: _____ Vill inte svara / vet inte

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

- Nej Ja Vill inte svara

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

28. Har du blivit utsatt för våld? Ange ett eller flera alternativ.

*Våld är varje handling som skrämmar, smärftar, skadar, får en person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill. **Fysiskt våld** är när någon rör dig eller gör en fysisk handling som skadar och orsakar fysisk smärta. **Sexuellt våld** är när någon blir tvingad att delta i eller se på sexuella handlingar mot sin vilja. **Psykiskt våld** är kränkningar med ord och handlingar som riktar sig mot dig som person. **Bevittnat våld** är att se eller höra när någon annan blir utsatt för någon form av våld. Våld sker även på nätet.*

- Aldrig i någon form Ja, fysiskt Ja, psykiskt Ja, sexuellt Ja, bevittnat våld Ja, annat våld Vill inte svara

Personnummer: _____

FRITID OCH RELATIONER

29. Är du aktiv i någon förening/klubb?

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

- Ja Nej Vill inte svara

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

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

31. Trivs du hemma?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

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

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

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

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

34. Känner du att vuxna lyssnar på dig?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

35. Har du någon vuxen att prata med om det som är viktigt för mig?

- Ja Nej

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

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

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

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

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

- Nej Ja Vill inte svara

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

- Nej Ja

40. 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 så som utfrysning, isolering, skuld- och skambeläggning, förödmjukelse eller fysiskt våld.

- Nej Ja Vill inte svara

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

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

Personnummer: _____

MITT LIV

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

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

43. Om du tänker på hur du har det...

Steg 10 motsvarar det bästa liv du kan tänka dig. Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?

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

FRAMTIDEN

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

TACK för att du svarade på frågorna!

Personnummer: _____

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

Längd: _____

Vikt: _____

Skola: _____

Undervikt

Normalvikt

Övervikt

Fetma