

ELEVHÄLSOENKÄT ÅK 8

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 8

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
- 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 det stöd i skolarbetet som du behöver i skolan?
 Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara
- Fick du godkänt i alla ämnen senaste terminen?
 Ja Nej Vill inte svara
- Känner du dig trygg i skolan?
 Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara
- Händer det att det är bråk i skolan så att du blir rädd eller känner oro?
 Aldrig Sällan Ofta Alltid Vill inte svara
- Har du blivit kränkt, utstött eller illa behandlad under skoltid under den senaste månaden (30dagar)?
 Nej, aldrig Ja, någon enstaka gång Ja, upprepade gånger Vill inte svara
- Har du blivit kränkt, utstött eller illa behandlad utanför skoltid under den senaste månaden (30dagar)?
 Nej, aldrig Ja, någon enstaka gång Ja, upprepade gånger Vill inte svara

Personnummer: _____

NÄRVARO I SKOLAN

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

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

b) Om du var frånvarande någon gång under den senaste månaden (30 dagar), varför var du det? Du kan ange ett eller flera alternativ.

- Jag var sjuk
 För att undvika en viss situation
 Det var någon i skolan som jag inte ville träffa
 För att vara med kompisar
 För att jag mådde psykiskt dåligt
 Annat nämligen: _____
 Vill inte svara

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

14. 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"/>

15. 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

16. Hur ofta använder du värktabletter?

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

Personnummer: _____

17. 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"/>

18. Om du tänker på de **senaste tre månaderna**...

Vilken grad av stress (jakt, högt tempo, psykisk press eller liknande) har du upplevt?

Inte alls Lite grann Ganska mycket Mycket

19. 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

SÖMN

20. 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? _____.

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

Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt

Personnummer: _____

MAT

22. 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"/>

23. 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).

24. a) Om du tänker på de senaste 7 dagarna...Hur mycket har du varit fysiskt 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 blivit andfådd och svettig?

- Ingen gång
- 1-2 gånger
- 3-4 gånger
- 5 gånger eller fler

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

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

26. 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

27. Hur väl stämmer följande påståenden in på dig?

	Stämmer mycket bra				Stämmer inte alls	Vill inte svara
	4	3	2	1	0	
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"/>

28. Ser du på dig själv som...?

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

29. 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

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

- Nej Ja Vill inte svara

31. 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 att man har det med sig själv.

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

- Ja Nej Behövdes inte Vill inte svara

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

- Ja Nej Behövdes inte Vill inte svara

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

*Våld är varje handling som skrämmer, 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

35. Är du aktiv i någon förening/klubb?

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

- Ja Nej Vill inte svara

36. 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

37. Trivs du hemma?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

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

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

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

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

40. Känner du att vuxna lyssnar på dig?

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

41. Jag har någon vuxen att prata med om det som är viktigt för mig?

- Ja Nej

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

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

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

- Aldrig Sällan Ofta Alltid Vill inte svara

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

- Nej Ja Vill inte svara

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

- Nej Ja

46. 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

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

- Alltid Ofta Sällan Aldrig Vill inte svara

Personnummer: _____

ALKOHOL, NARKOTIKA OCH TOBAK

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

- Nej Ja Vill inte svara

b) Om ja, hur gammal var du när du provade röka första gången? _____ år.

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

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

50. a) Har du någon gång provat att snusa?

- Nej Ja Vill inte svara

b) Om ja, hur gammal var du när du provade snusa första gången? _____ år.

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

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

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

- Nej Ja Vill inte svara

b) Om ja, hur gammal var du när du blev berusad första gången? _____ år.

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

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

54. Om du blir erbjuden narkotika/droger, vad säger du då?

(Exempel på droger är: cannabis, amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD, anabola steroider eller oförskrivna läkemedel)

- Bestämt nej Troligen nej Kanske ja Ja Vill inte svara

Personnummer: _____

MITT LIV

55. 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

56. 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

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

TACK för att du svarade på frågorna!

Personnummer: _____

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

Längd: _____

Vikt: _____

Klass: _____

Undervikt

Normalvikt

Övervikt

Fetma