

# 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 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 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) Besvärar 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 (jäkt, 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 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 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. **Bevitnat 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, bevitnat 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, alkoläsk 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: \_\_\_\_\_

Skola: \_\_\_\_\_

Undervikt

Normalvikt

Övervikt

Fetma