



# Hälsoenkät gymnasiet

Namn: \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_

Klass: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Arbetsmiljö

Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig

- Jag tycker att klassrummen är  
mycket bra  bra  varken bra eller dåliga  dåliga  mycket dåliga
- Jag har arbetsro på lektionerna  
Alltid  ofta  ibland  sällan  aldrig
- Jag kan koncentrera mig på lektionerna  
Alltid  ofta  ibland  sällan  aldrig
- Jag känner mig stressad över skolarbetet (pressad, jäktad, inte hinna med)  
Sällan/ aldrig  ibland  ofta  alltid
- Vet du någon på skolan som blivit utsatt, utstött eller illa behandlad de tre senaste månaderna
  - Av andra elever i skolan?  
Nej  Ja, via Internet/ SMS  Ja, på annat sätt
  - Av vuxna i skolan?  
Nej  Ja, via Internet/ SMS  Ja, på annat sätt
- Har du själv blivit utsatt, utstött eller illa behandlad de tre senaste månaderna
  - Av andra elever i skolan?  
Nej  Ja, via Internet/ SMS  Ja, på annat sätt
  - Av vuxna i skolan?  
Nej  Ja, via Internet/ SMS  Ja, på annat sätt
- Jag trivs i skolan  
mycket bra  bra  varken bra eller dåligt  dåligt  mycket dåligt

## Matvanor och fysisk aktivitet

- | 8. Jag äter.. | varje skoldag            | 3-4 skoldagar/ vecka     | 1-2 skoldagar/ vecka     | aldrig                   |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. frukost    | <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"/> |
| c. middag     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



9. Jag dricker söta drycker (läsk, saft, måltidsdryck)

Aldrig  Mindre en 1 gång i veckan  1-2 dagar/vecka  3-4 dagar/vecka  dagligen

10. Jag dricker energidryck

Aldrig  Mindre en 1 gång i veckan  1-2 dagar/vecka  3-4 dagar/vecka  dagligen

## Fritid

11. Jag tränar/ motionerar minst

Dagligen  3-4 dagar/vecka  1-2 dagar/vecka  sällan  aldrig

12. På min fritid sitter jag vid datorn

Mindre en 1 timme/ dag  1-3 timmar/ dag  4-6 timmar/ dag  Mer än 6 timmar/ dag

13. Har du något arbete på fritiden?

Ja  Nej

## Fysisk och psykisk hälsa

14. Jag mår...

mycket bra  bra  varken bra eller dåligt  dåligt  mycket dåligt

15. Jag har de tre senaste

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"/> |

16. Jag använder värktabletter

aldrig  några gånger per år  några gånger per månad  några gånger per vecka  dagligen

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 rädd               | <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. Har du någon vuxen som du kan prata med om det som är viktigt för dig

Ja  Nej

19. Jag sover bra

Alltid  ofta  ibland  sällan  aldrig



## Alkohol/ Narkotika/ Tobak

20. Jag.. . aldrig har provat någon/några gånger någon/några gånger dagligen  
i månaden i veckan

a. Röker

b. Snusar

21. Jag dricker alkohol (folköl, starköl, stark cider, vin, alkoholisk eller sprit)

Aldrig  har provat  någon/några gånger om året  någon/några gånger i månaden  någon/några gånger i veckan

22. Om jag blir erbjuden narkotika säger jag

bestämt nej  troligen nej  kanske ja  Ja

## Kroppsutveckling och relationer

Har du några frågor eller har något att berätta som handlar om din kroppsutveckling, om preventivmedel eller andra frågor om känslor, sex och relationer.

Ja  Nej

Om ja, skriv gärna här:

---

---

---

## Framtiden

Så här tänker jag att min framtid som vuxen ska bli. Skriv gärna här:

---

---

---