

Hälsoenkät gymnasiet

Namn: _____ Personnr: _____

Klass: _____ Datum: _____

Arbetsmiljö

Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig

1. Jag tycker att klassrummen är
mycket bra bra varken bra eller dåliga dåliga mycket dåliga

2. Jag har arbetsro på lektionerna
Alltid ofta ibland sällan aldrig

3. Jag kan koncentrera mig på lektionerna
Alltid ofta ibland sällan aldrig

4. Jag känner mig stressad över skolarbetet (pressad, jäktad, inte hinna med)
Sällan/ aldrig ibland ofta alltid

5. Vet du någon på skolan som blivit utsatt, utstött eller illa behandlad de tre senaste månaderna
 - a. Av andra elever i skolan?
Nej Ja, via Internet/ SMS Ja, på annat sätt
 - b. Av vuxna i skolan?
Nej Ja, via Internet/ SMS Ja, på annat sätt

6. Har du själv blivit utsatt, utstött eller illa behandlad de tre senaste månaderna
 - a. Av andra elever i skolan?
Nej Ja, via Internet/ SMS Ja, på annat sätt
 - b. Av vuxna i skolan?
Nej Ja, via Internet/ SMS Ja, på annat sätt

7. 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:
