

# Hälsoenkät år 8

Det är endast din skolsköterska och skolläkare som får ta del av uppgifterna i enkäten.

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

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

## Skolmiljö

Sätt ett kryss i rutan som passar in just på dig. Flera svarsalternativ är möjliga.

- Jag tycker att:
  - Klassrummen är Bra  Varken bra eller dåliga  Dåliga
  - Toaletterna är Bra  Varken bra eller dåliga  Dåliga
  - Matsalen/ matplatsen är Bra  Varken bra eller dåliga  Dåliga
- Störs du av oljud på lektionerna?
  - Från andra elever, (ex prat och skrik)? Aldrig  Ibland  Ofta
  - Från ljud utanför klassrummet? Aldrig  Ibland  Ofta
- Jag känner mig trygg i skolan:  
Alltid  Ibland  Aldrig
- Får du den hjälp och stöd i skolarbetet som du behöver?  
Alltid  Ibland  Aldrig
- Om du tänker på de fyra senaste veckorna, hur många dagar har du varit borta från skolan vid minst en lektion (utöver ledighet)?  
Ingen dag  1–5 dagar  5 dagar eller fler
- Om du varit borta från skolan, vad var anledningen till din frånvaro?  
 Sjukdom  
 Det finns lektioner jag inte vill gå på  
 Jag ligger efter i mitt skolarbete  
 Annat: \_\_\_\_\_

## Mat

- Jag äter:

	Oftast	Ibland	Aldrig
a. Frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Skollunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Middag/ Kvällsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hur ofta dricker du vatten under en dag?  
Aldrig  1-5 gånger  6 gånger eller fler

9. Hur ofta dricker du koffeinhaltiga drycker under en dag?  
Aldrig  1-5 gånger  6 gånger eller fler
10. Hur många gånger äter/dricker du sött (läsk, godis, choklad, bullar) under en dag?  
Aldrig  1-5 gånger  6 gånger eller fler

## Fysisk aktivitet, rörelse och fritid

11. Hur ofta brukar du vanligtvis träna eller röra på dig så att du blivit andfådd och svettig under en vecka?  
Aldrig  1-4 gånger  5 gånger eller fler
12. Har du någon fritidsaktivitet? Till exempel fotboll, dans, musik, teater, scouter, brädspel, dataspel.  
Ja  Nej  Om ja, vad: \_\_\_\_\_
13. Jag har möjlighet att egna mig åt kravlösa intressen på fritiden (läsa böcker, måla, spela instrument, umgås med vänner, vara ute i naturen).  
Ja  Oftast  Nej

## Fysisk och psykisk hälsa

14. Jag har de tre senaste månaderna haft besvärande:
- |                            | Sällan                   | Ibland                   | Ofta                     |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Huvudvärk               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ont i magen             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Värk i rygg/nacke/axlar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
15. Jag har de tre senast månaderna känt mig:
- |                                    | Sällan                   | Ibland                   | Ofta                     |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Ledsen eller nedstämd           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Orolig eller haft ångest        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Irriterad eller på dåligt humör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
16. Jag har de tre senaste månaderna känt mig stressad? Till exempel på grund av högt tempo, psykisk press eller liknande.  
Sällan  Ibland  Ofta

## Relationer

17. Trivs du hemma?  
Ja  Oftast  Nej
18. Har du någon vuxen att prata med om det som är viktigt för dig?  
Ja  Nej
19. Har du någon kompis att prata med om det som är viktigt för dig?  
Ja  Nej

20. Känner du dig ensam?
- |                   |                                 |                                 |                               |
|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| a. I skolan       | Sällan <input type="checkbox"/> | Ibland <input type="checkbox"/> | Ofta <input type="checkbox"/> |
| b. Utanför skolan | Sällan <input type="checkbox"/> | Ibland <input type="checkbox"/> | Ofta <input type="checkbox"/> |
21. Är du eller har du varit utsatt för fysiskt eller psykiskt våld? Till exempel blivit slagen, sparkad, knuffad eller blivit tvingad att göra något du inte vill.  
Nej  Ja
22. Om du tänker på den senaste månaden, har du blivit kränkt, hotad, utstött eller på annat sätt illa behandlad av någon på skolan?  
Nej  Ja
23. Om ja på fråga 21 och/eller 22, var hände det någonstans?  
På skolan  Utanför skolan  På mobilen/internet

## Sömnvanor

24. Om du tänker på de senaste två veckorna. Hur har du sovit?  
Bra  Varken bra eller dåligt  Dåligt
25. Hur ofta känner du dig utvilad på vardagar?  
Ofta  Ibland  Sällan
26. Hur många timmar sover du vanligtvis per natt?  
Mindre än 6 timmar  7-9 timmar  10 timmar eller fler
27. Hur ofta vaknar du under natten när du sover?  
Sällan  Ibland  Ofta

## Tobak, Alkohol och Narkotika

28. Jag:
- |                     |                              |                             |                                |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Röker cigaretter:   | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Om ja, hur ofta/mycket?: _____ |
| Röker E-cigaretter: | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Om ja, hur ofta/mycket?: _____ |
| Röker vattenpipa:   | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Om ja, hur ofta/mycket?: _____ |
| Snusar:             | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Om ja, hur ofta/mycket?: _____ |
| Dricker alkohol:    | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Om ja, hur ofta/mycket?: _____ |
| Använder narkotika: | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Om ja, hur ofta/mycket?: _____ |
29. Upplever du att du behöver stöd i att sluta med något av ovanstående under fråga 28?  
Ja  Nej

## Kroppsutveckling, sexualitet och rättigheter



30. Vet du hur du skyddar dig och din partner mot sexuellt överförbara sjukdomar och oönskad graviditet?  
Ja  Nej

31. Känner du till samtyckslagen?  
Ja  Nej
32. Sex ska vara med samtycke från båda parter. Har du erfarenhet av annat?  
 Nej  
 Jag känner att jag inte kan säga nej till sex även fast jag vill  
 Jag har/haft sex på ett sätt som jag inte vill  
 Jag känner att jag inte kan föreslå och/eller använda kondom vid sex även fast jag vill  
 Jag har tagit/tar emot ersättning för sexuella handlingar och/eller bilder/filmer med sexuellt innehåll
33. Alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Har någon mot din vilja rört dig på ett sexuellt sätt eller tvingat dig att utföra sexuella handlingar?  
Nej  Ja
34. Har du under de senaste 12 månaderna blivit sexuellt trakasserad? Exempelvis att någon skickat oönskade meddelanden eller bilder/filmer med sexuellt innehåll, kommit med oönskade sexuella förslag eller kommentarer eller spridit bilder/filmer/rykten om dig med sexuellt innehåll.  
Nej  Ja
35. Är det någon som har begränsat eller kontrollerat dig när det gäller till exempel val av partner, umgänge, klädsel eller fritidsaktiviteter?  
Nej  Ja

## Livet och framtiden

Avslutningsvis kommer här två frågor om hur du ser på ditt liv och din framtid. Fyll i det svar som bäst passar in på dig.

36. Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, hur tycker du att du har det just nu? Ringa in ditt svar. Toppen (10) motsvarar det bästa liv du kan tänka dig, och botten (0) det sämsta liv du kan tänka dig.

									
Botten									Toppen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

37. Jag ser positivt på framtiden  
Alltid  Oftast  Sällan  Aldrig
38. Har du några frågor eller annat du vill prata om, skriv gärna här:

---

---