

HÄLSOFRÅGOR TILL DIG SOM GÅR I ÅRSKURS 7

Alla elever i årskurs 7 bjuds in till ett hälsobesök hos skolsköterskan. I den här enkäten ställer vi frågor om din hälsa, levnadsvanor, trivsel och skolmiljö som vi sen pratar om tillsammans vid vårt hälsosamtal. Dina svar blir sekretessbelagda, vilket betyder att det enbart är du själv, skolsköterskan och skolläkaren som kan läsa dessa. Sekretessen (tystnadsplikten) kan dock brytas vid misstanke om att du far illa på något sätt. Skolsköterska och skolläkare har tystnadsplikt och elevhälsans medicinska insatser är frivilliga. Om du undrar över något är du välkommen att prata med mig som skolsköterska.



Namn

Personnummer - Klass/grupp
(år månad dag - xxxx)

Mobilnummer e-post

Språk som talas i hemmet



Jag bor för det mesta tillsammans med/i;

- båda föräldrarna växelvis boende (t.ex. varannan vecka) en förälder familjehem
 annan vuxen annat boende (t.ex. HVB-hem)
-

Dina mat- och sovvanor

Här kommer några meningar om mat och sovvanor som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag äter frukost varje morgon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag äter skollunch varje skoldag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker om skolmaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag äter middag/kvällsmat varje dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har lätt att somna på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag sover gott på natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fritid och rörelse

Nu kommer några meningar om din fritid och rörelse som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag har fritidsintressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är aktiv på idrottslektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag går eller cyklar oftast till skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag rör mig mycket på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tittar/surfar/spelar ofta på platta/telefon/TV/ dator på min fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta utomhus på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skola och arbetsmiljö

Här kommer några meningar om din skola och arbetsmiljö som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag känner mig trygg inför skoldagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs på skolgården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta utomhus på rasterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag brukar använda skolans toaletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag brukar duscha efter idrottslektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker omklädningsrum och duschar fungerar och är fräscha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs i skolmatsalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har studiero på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker lärarna lyssnar på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får den hjälp jag behöver i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skola och arbetsmiljö, fortsättning

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag tycker oftast att skolarbetet är lätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är nöjd med mitt skolarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får vara med och påverka i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har bra närvaro i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kompisar i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker att de som arbetar på skolan är snälla mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker att alla elever i skolan är snälla mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är snäll mot alla i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trivsel och relationer

Nu kommer några meningar om trivsel och relationer som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag trivs hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig trygg hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kompisar som jag träffar på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har någon vuxen som jag kan prata med om viktiga saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag vet någon elev på skolan som inte har det bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är orolig för någon i min familj eller i min närhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon har slagit mig eller gjort något mot mig som inte kändes bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit ledsen eller rädd för någon/något som hänt/jag har sett på internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är orolig för min familjs ekonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din hälsa

Nu kommer några meningar om din hälsa och ditt mående som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Alltid*, *Ofta*, *Ibland*, *Sällan*, *Aldrig*

	Varje dag	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
Jag mår bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig nöjd med mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig nöjd med min kropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Varje dag	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
Jag känner mig ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig trött på dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig arg eller irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att koncentrera mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i rygg, nacke eller axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i höfter, knän eller fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har besvär med allergi* (t.ex. eksem, hösnuva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det finns annat som gör att jag inte mår bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vad är det som gör att du inte mår bra?.....					
Jag behöver läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Vet ej
Ser du bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hör du bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tobak/alkohol/droger

Här kommer några frågor om tobak, alkohol och droger. Fyll i det svar som passar bäst in på dig.

	Aldrig	Har provat	Någon/ några gånger i månaden	Någon/ några gånger i veckan	Varje dag
Röker du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusar du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	Har provat	Någon/ några gånger om året	Någon/ några gånger i månaden	Någon/ några gånger i veckan
Dricker du alkohol? <i>(t.ex. folköl, starköl, vin, alkoholisk eller sprit)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nej	Ja
Har du känt dig berusad vid något tillfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bestämt nej	Troligen nej	Kanske ja	Ja
Vad skulle du svara om du blir erbjuden narkotika? <i>Jag skulle svara....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vad skulle du svara om du blir erbjuden dopingpreparat? <i>Jag skulle svara....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pubertet och utveckling

Här kommer några frågor om pubertet och utveckling. Fyll i det svar som passar bäst in på dig.

	Nej	Ja	Passar inte in på mig
Har du kommit in i puberteten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått mens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behöver du ta värktabletter när du har mens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du båda testiklarna i pungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du besvär med trång förhud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du frågor...

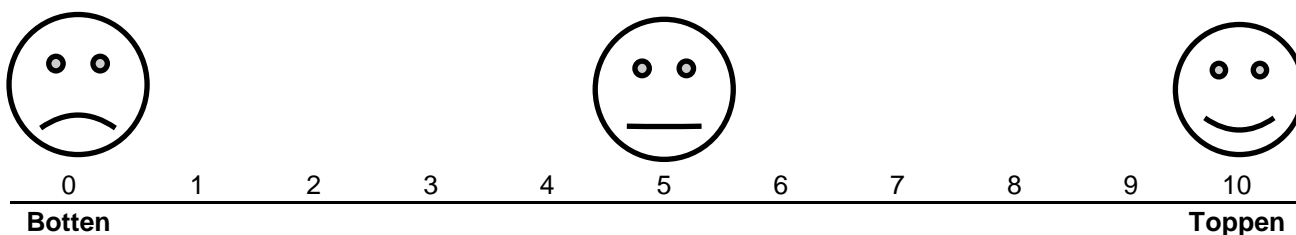
	Nej	Ja
...kring din pubertet och utveckling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...kring din sexuella hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...kring din könsidentitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ditt liv och din framtid

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

Så här ser jag på livet just nu:

(ringa in den siffra du tycker stämmer bäst)



	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag ser positivt på framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du något mer du vill prata med skolsköterskan om?– skriv gärna här

Fylls i av skolsköterska

Datum för hälsosamtalen (år och månad).....
Längd..... Vikt