

HÄLSOFRÅGOR I GYMNASIET ÅR 1

Namn:		Personnummer:			
<i>Detta fyller skolsköterskan i:</i>					
Datum:	Längd:	(cm)	Vikt:	(kg)	

Svaren på hälsofrågorna används i hälsosamtalet med skolsköterskan.
Sätt ett kryss i rutan som passar bäst in på dig om ingenting annat anges.

SKOLMILJÖ						
		Ja	Nej			Ej svar/ vet ej
1.	Har du valt rätt gymnasieprogram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Jag tycker att	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dålig/dåliga	Dålig/dåliga	Mycket dålig/dåliga	Ej svar/ vet ej
2.	klassrummen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	toaletterna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	matsalen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	idrottshallen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	duscharna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Varje skoldag	3-4 skoldagar/vecka	1-2 skoldagar/vecka	Aldrig	Ej svar/ vet ej
7.	Jag har arbetsro på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Jag kan koncentrera mig på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Jag hinner med mitt skolarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Jag känner mig trygg i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad de senaste tre månaderna	Nej	Ja	Ej svar/ vet ej	
11.	på skoltid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	på fritid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt	Ej svar/ vet ej
13.	Jag trivs i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATVANOR OCH TANDBORSTVANOR

		Varje skoldag	3-4 skoldagar i veckan	1-2 skoldagar i veckan	Aldrig	Ej svar/vet ej
14.	Jag äter frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Jag äter lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Jag äter middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		2 gånger/dag eller oftare	1 gång/dag	Några gånger/vecka	1 gång/vecka eller mer sällan	Ej svar/vet ej
17.	Jag äter frukt eller bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Jag äter grönsaker eller rotfrukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Jag dricker läsk, saft, iste, energidryck, sötat te eller sötat kaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		2 gånger/dag eller oftare	1 gång/dag	Sällan	Ej svar/vet ej
20.	Jag borstar tänderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK AKTIVITET OCH FRITID

		Går eller cyklar	Rör mig på annat sätt	Åker buss	Åker bil eller moped	Ej svar/vet ej
21.	Jag tar mig <u>till och från</u> skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Alltid	Varannan gång	Någon gång i månaden	Aldrig	Ej svar/vet ej
22.	Jag deltar aktivt på <u>lektionerna</u> i idrott och hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		7 dagar/vecka	5-6 dagar/vecka	3-4 dagar/vecka	1-2 dagar/vecka	Någon gång/månad	Aldrig	Ej svar/vet ej
23.	På min <u>fritid</u> rör jag på mig/idrottar jag så att jag blir andfådd och/eller varm T.ex. <i>bollsport, simning, dans, snabb promenad, cykla och springa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

		Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt	Ej svar/vet ej
24.	Jag mår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Det stämmer mycket bra	Det stämmer bra	Det stämmer varken bra eller dåligt	Det stämmer dåligt	Det stämmer mycket dåligt	Ej svar/vet ej
25.	Jag ser positivt på framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Jag känner att jag kan vara med och bestämma över mitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jag har de senaste <u>tre</u> <u>månaderna</u> haft besvär med		Aldrig	Någon gång per månad	Ca 1 gång per vecka	Flera gånger per vecka	Varje dag	Ej svar/vet ej
27.	huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	värk i rygg/nacke/axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jag har de senaste <u>tre</u> <u>månaderna</u> känt mig		Aldrig	Någon gång per månad	Ca 1 gång per vecka	Flera gånger per vecka	Varje dag	Ej svar/vet ej
30.	ledsen eller nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	orolig eller rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Aldrig	Några gånger per år	Några gånger per månad	Några gånger per vecka	Varje dag	Ej svar/vet ej
34.	Jag använder värktabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Vem bor du tillsammans med?		Växelvis boende hos föräldrarna	Enbart mamma	Enbart pappa	Annan person	Själv	Ej svar/vet ej
	Båda föräldrarna som bor tillsammans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

		Ja	Nej	Ej svar/ vet ej
36.	Jag har någon vuxen att prata med om det som är viktigt för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Jag har någon kompis att prata med om det som är viktigt för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÖMN

		Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt	Ej svar/ vet ej
38.	Jag sover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39.	När brukar du somna när du ska till skolan nästa dag?	<input type="checkbox"/> 20:00 eller tidigare	<input type="checkbox"/> 20:30	<input type="checkbox"/> 21:00	<input type="checkbox"/> 21:30	<input type="checkbox"/> 22:00	<input type="checkbox"/> 22:30	<input type="checkbox"/> 23:00	<input type="checkbox"/> 23:30	<input type="checkbox"/> 24:00 eller senare	40.	När brukar du vakna på morgonen när du ska till skolan?	<input type="checkbox"/> 05:00 eller tidigare	<input type="checkbox"/> 05:30	<input type="checkbox"/> 06:00	<input type="checkbox"/> 06:30	<input type="checkbox"/> 07:00	<input type="checkbox"/> 07:30	<input type="checkbox"/> 08:00 eller senare	Ej svar/ vet ej
-----	---	---	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---	-----	---	---	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---	--------------------

41.	Hur många timmar sover du vanligtvis per natt när du ska till skolan?	6 timmar eller mindre	7 timmar	8 timmar	9 timmar	10 timmar	11 timmar eller mer	Ej svar/ vet ej
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOBAK, ALKOHOL OCH NARKOTIKA

		Nej	Ja	Ej svar/ vet ej
42.	Är du orolig för att någon du bryr dig om dricker för mycket alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Röker någon inomhus där du bor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOBAK, ALKOHOL OCH NARKOTIKA

		Nej	Har provat	Har slutat	Ja, då och då	Ja, varje dag	Ej svar/ vet ej
44.	Har du rökt cigaretter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Har du rökt vattenpipa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Har du rökt e-cigaretter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Har du snusat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nej	Har provat	Någon/några gånger per år	Någon/några gånger per månad	Någon/några gånger per vecka	Ej svar/ vet ej
48.	Har du druckit alkohol? <i>Till exempel folköl, starköl, starkcider, vin, alkoholisk eller sprit.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bestämt nej	Troligen nej	Kanske ja	Ja	Ej svar/ vet ej	
49.	Om jag blir erbjuden narkotika säger jag <i>Till exempel hasch, marijuana eller narkotikaklassade tabletter.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SEXUELL HÄLSA OCH RELATIONER

		Tjej	Kille	Icke-binär/annat än tjej eller kille	Ej svar/ vet ej
50.	Vilket kön identifierar du dig som? (det kön som du själv känner dig som)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under hälsosamtalet finns möjlighet att prata om din kropp eller om hur du mår. Du kan ta upp om du har frågor som rör exempelvis dina känslor, relationer, sex och preventivmedel. Det kan också vara frågor som handlar om könsidentitet eller sexualitet.

		Ja	Inte just nu	Ej svar/ vet ej
51.	Har du frågor kring din pubertet och utveckling? (till exempel hur kroppen förändras, mens, målbrottet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Har du frågor kring sex, relationer och samtycke? (till exempel sexuellt överförbara sjukdomar, kondomer och andra preventivmedel, lust och gränser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Har du frågor kring din sexuella identitet? (vem du blir kär i och/eller attraherad av)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEXUELL HÄLSA OCH RELATIONER

54.	Om du har sex tillsammans med någon vilket skydd skulle du använda mot graviditet? Mer än ett svar är tillåtet.	Kondom	P-piller	Spiral	Avbrutet samlag	Annat	Inget	Ej svar/ vet ej
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Ja	Nej	Ej svar/ vet ej
55.	Om du har sex tillsammans med någon använder ni kondom eller femdom som skydd mot könssjukdomar?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRÅGOR OM VÅLD

Våld påverkar hur du mår, både psykiskt och fysiskt, därför ställer vi frågor om våld. Det finns hjälp att få om du har varit utsatt för våld och/eller om du hört eller sett våld mot en närstående under din uppväxt. Med närstående menar vi en partner, familjemedlem, släkting eller annan viktig person. Det finns även hjälp att få om du själv har utsatt någon annan för våld.

		Nej	Ja	Ej svar/ vet ej
56.	Har du blivit förnedrad, hotad, kontrollerad, trakasserad eller utsatt på något annat sätt som känts obehagligt eller där du blivit rädd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	Har du blivit fasthållen, knuffad, slagen, sparkad eller skadad på något annat sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Har du känt dig pressad att ha sex mot din vilja? (Det kan vara att utföra sexuella handlingar på dig själv, någon annan eller att tvingas se på när någon har sex eller utför sexuella handlingar.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	Har någon kallat dig saker, tryckt ner dig med ord, eller tafsat på dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.	Har du blivit utsatt för obehagliga händelser via mobil eller dator? (Att någon är hotfull, skickar frågor som du inte vill svara på, ber om bilder, skriver saker till dig som gör dig orolig eller ledsen.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	Har du under din uppväxt sett eller hört att någon i din familj utsatts för sådant våld som i fråga 56-60?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	Har du själv utsatt någon annan för sådant som beskrivs i fråga 56-60?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om våld källa: ©VKV - Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer 2021