

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

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

Mejladress: \_\_\_\_\_

Mobilnr: \_\_\_\_\_

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



# Min hälsa

Frågor till dig som går i Gymnasiet

## Hej!

I det här häftet finns frågor som förberedelse inför det hälsosamtal du kommer att ha med din skolsköterska.

De flesta frågorna handlar om hur det har varit de senaste 7 dagarna.

Om du var sjuk då eller till exempel hade sportlov kan du i stället välja veckan innan.

Här kan du skriva om något varit annorlunda den senaste veckan

.....  
.....

Observera att detta är inget prov. Det finns inga svar, som är rätt eller fel.

Kryssa i det alternativ som stämmer bäst för dig.

Om det är några frågor du inte förstår eller som är svåra att besvara kan du vänta med att besvara dessa tills du träffar skolsköterskan.

# Skolsituation

Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

1. Vad tycker du om mängden skolarbete?

- Alldeles för mycket skolarbete
- Ganska mycket skolarbete
- Lagom mycket skolarbete
- Lite för lite skolarbete
- Alldeles för lite skolarbete

Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

2. Hur svårt tycker du att skolarbetet varit?

- Alldeles för svårt
- Ganska svårt
- Lagom svårt
- Lite för lätt
- Alldeles för lätt

Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

3. Hur tycker du att du hunnit med ditt skolarbete?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Inte särskilt bra
- Inte alls bra

4. Om du behöver hjälp med din läxor ...

(Mer än ett svar är möjligt)

- Kan jag få hjälp av mina föräldrar
- Kan jag få hjälp av syskon
- Kan jag få hjälp av någon annan
- Har jag ingen jag kan få hjälp av

Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

5. Hur trivs du med dina skolkamrater?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Inte särskilt bra
- Inte alls bra

Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

6. Hur trivs du med dina lärare?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Inte särskilt bra
- Inte alls bra

Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

7. Hur trivs du i skolan?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Inte särskilt bra
- Inte alls bra

# Familj och vänner

8. Om du tänker på din familj ...

Vem eller vilka bor du tillsammans med?

.....  
.....  
.....

9. Hur många nära vänner (även pojk-/flickvän) har du just nu?

Pojkar

Flickor

- |                                         |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen          | <input type="checkbox"/> Ingen          |
| <input type="checkbox"/> En             | <input type="checkbox"/> En             |
| <input type="checkbox"/> Två eller fler | <input type="checkbox"/> Två eller fler |

10. Om det är saker som bekymrar eller oroar dig ...

(Mer än ett svar är möjligt)

- Kan jag prata med förälder/föräldrar
- Kan jag prata med lärare/annan skolpersonal
- Kan jag prata med någon annan vuxen
- Kan jag prata med syskon eller kompis
- Har jag ingen jag kan prata med

11. Känner du dig bekymrad för någon i din omgivning, till exempel vän eller familj?

- Ja  Nej

12. Har du några andra funderingar om relationer (kompisar, kärlek, familj, skolpersonal eller annat)?

- Ja  Nej

Om du svarat Ja, kan du skriva vad du funderar på här eller ta upp det vid hälsosamtalet hos skolsköterskan

.....  
.....  
.....

KÖN  KOMMUN  SKOLA  KLASS  NR

DATUM  SKOLSKÖTERSKA

**13. Har det hänt att du blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad av någon?**

Ja

Nej

**14. Har du själv varit med och retat eller på annat sätt behandlat någon illa?**

Ja

Nej

**15. Vet du någon i klassen som blivit retad, utstött eller på annat sätt blivit illa behandlad?**

Ja

Nej

**16. Deltar du varje vecka i någon planerad fritidsaktivitet tillsammans med andra?**

**(Till exempel musik, teater, scouter, kyrka, fritidsgård, idrott)**

Ja

Nej

Om ja, i så fall vad?.....

# Fysisk aktivitet och inaktivitet

## 17. Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

Hur mycket har du varit **fysiskt aktiv**?

FYSISK AKTIVITET är all aktivitet, som gör dig varm (till exempel promenader, cykling) eller andfådd (till exempel skolidrott, jogging, gymnastik, cykling, simning, bollspel, dans).

	<½ tim	½ tim	1 tim	1½ tim	2 tim	3 tim	4 tim eller mer
<b>Måndag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tisdag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Onsdag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Torsdag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fredag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lördag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Söndag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur mycket har du varit **fysiskt inaktiv**?

Med FYSISK INAKTIVITET menas här SKÄRMTID då du på din fritid sitter still vid en dator/mobiltelefon eller tittar på TV, film eller spelar TV-spel.

	<½ tim	½ tim	1 tim	1½ tim	2 tim	3 tim	4 tim eller mer
<b>Måndag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tisdag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Onsdag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Torsdag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fredag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lördag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Söndag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 18. Om du tänker på hur mycket du orkar ...

Jag kan springa/jogga tre kilometer eller 20 minuter utan att stanna

- Nej
- Ja, med viss svårighet
- Ja, med lätthet
- Vet ej

## 19. Hur kommer du oftast till skolan?

(Fler alternativ möjliga, exempelvis cykling till bussen)

- Går
- Cyklar
- Med buss eller skolskjuts
- Jag blir skjutsad av förälder eller annan

# Måltidsordning

20. Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

## A. Hur ofta har du ätit frukost?

- Varje dag
- 5-6 dagar
- 3-4 dagar
- 1-2 dagar
- Ingen dag

## B. Hur ofta har du ätit lunch?

- Varje dag
- 5-6 dagar
- 3-4 dagar
- 1-2 dagar
- Ingen dag

## C. Hur ofta har du ätit middag/kvällsmål?

- Varje dag
- 5-6 dagar
- 3-4 dagar
- 1-2 dagar
- Ingen dag

## D. Hur ofta har du ätit ett eller två mellanmål, till exempel frukt, per dag?

- Varje dag
- 5-6 dagar
- 3-4 dagar
- 1-2 dagar
- Ingen dag

## E. Hur ofta har du ätit tillsammans med övriga familjemedlemmar?

- Flera gånger varje dag
- Minst en gång varje dag
- Några gånger i veckan
- Aldrig

# Matvanor

21. Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

**A. Hur ofta har du ätit fisk (även på smörgås)?**

- Minst tre gånger
- Två gånger
- En gång
- Ingen gång

**B. Hur ofta har du ätit grönsaker?**

- Minst 3 gånger per dag
- Ungefär 2 gånger per dag
- Ungefär en gång per dag
- 5-6 gånger
- 3-4 gånger
- 1-2 gånger
- Ingen gång

**C. Hur mycket frukt har du ätit?**

- Minst 3 frukter per dag
- Ungefär 2 frukter per dag
- Ungefär en frukt per dag
- Ungefär 3-4 frukter
- Ungefär 1-2 frukter
- Ingen frukt

**D. Vad har du oftast druckit till maten?**

- Vatten
- Lättmjölk (0,5 % fett)
- Mellanmjölk (1,5 % fett)
- Standardmjölk (3 % fett)
- Läsk, saft eller juice

**E. Vilket smörgåsfett har du oftast haft på dina smörgåsar?**

- Inget smörgåsfett
- Lättmargarin med 30-40 % fett (Lätta, Lätt&Lagom, Becel, LättLätt, Gaio)
- Mellanmargarin med 60 % fett (Bregott Mellan, Runda Bords)
- Smör eller fett margarin med 80 % fett (Milda, Ädel, Hushålls Eve, Bregott, Flora, Linnea)

**F. Vad har du oftast haft på dina smörgåsar?**

- Inget pålägg
- Frukt/grönsaker
- Skinka, kalkon, ägg, makrill, kaviar, mager ost eller mjukost
- Marmelad, honung eller Nutella
- Korv, leverpastej eller fet ost

22. Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

**A. Hur ofta har du druckit minst ett glas chokladmjölk (till exempel O'boy) eller juice?**

- Ingen gång
- Högst 1 gång
- 2-3 gånger
- 4-5 gånger
- Så gott som varje dag
- Flera gånger per dag

**B. Hur ofta har du druckit minst ett glas läsk, saft eller energi/sportdryck?**

- Ingen gång
- Högst 1 gång
- 2-3 gånger
- 4-5 gånger
- Så gott som varje dag
- Flera gånger per dag

**C. Hur ofta har du ätit godis eller snacks (choklad, glass, smågodis, chips)?**

- Ingen gång
- Högst 1 gång
- 2-3 gånger
- 4-5 gånger
- Så gott som varje dag
- Flera gånger per dag

**D. Hur ofta har du ätit kakor, kex, bullar eller tårta?**

- Ingen gång
- Högst 1 gång
- 2-3 gånger
- 4-5 gånger
- Så gott som varje dag
- Flera gånger per dag

**Äter du av medicinska eller andra skäl någon speciell kost?**

- Ja
- Nej

Om ja, i så fall vad?

.....

.....

.....

# Sömn

23. Om du tänker på de senaste 7 dagarna ...

Hur mycket sömn upplever du att du har fått?

- Lagom
- Lite för lite
- Alldeles för lite

# Tobak

24. Röker du?

- Nej
- Jag röker cigaretter mindre än en gång i veckan
- Jag röker cigaretter minst en gång i veckan, men inte varje dag
- Jag röker cigaretter varje dag
- Jag röker vattenpipa mindre än en gång i veckan
- Jag röker vattenpipa minst en gång i veckan, men inte varje dag
- Jag röker vattenpipa varje dag

25. Om du röker varje dag, hur många cigaretter brukar det bli?

..... cigaretter/dag

26. Snusar du?

- Nej
- Ja, jag snusar mindre än en gång i veckan
- Ja, jag snusar minst en gång i veckan, men inte varje dag
- Ja, jag snusar varje dag

27. Om du snusar dagligen, hur många snusdosor per vecka brukar det bli?

..... dosor/vecka

# Alkohol

28. Dricker du alkohol? Med alkohol menas drycker som öl, stark cider, vin, alkoholisk sprit.

- Nej
- Ja, högst 2-3 gånger per år
- Ja, varje till varannan månad
- Ja, varje vecka

29. Har du det senaste året druckit alkohol så att du blivit så påverkad att talet blivit sluddrigt, fått svårt att gå stadigt, snubblat, fallit eller haft svårt att kontrollera känslorna?

- Nej, aldrig
- Ja, en gång
- Ja, 2-3 gånger
- Ja, 4-10 gånger
- Ja, mer än 10 gånger

# Narkotika och dopning

30. Har du någonsin prövat narkotika? (Med narkotika menas exempelvis hasch, marijuana, amfetamin, heroin, kokain, ecstasy, LSD, GHB, DHL, Kat)

- Nej
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, 3 gånger eller mer

31. Har du någonsin prövat dopningspreparat, exempelvis anabola steroider?

- Nej, aldrig
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, 3 gånger eller mer

Har du några andra funderingar kring tobak, alkohol, droger eller dopning?

.....  
.....

## SAMMANFATTNING AV LEVNADSVANOR

Vad är du själv mest nöjd med när det gäller dina egna vanor (mat, motion, sömn, tobak, alkohol)?

.....  
.....  
.....

Vad skulle du helst vilja förändra när det gäller dina egna vanor?

.....  
.....  
.....



# Upplevd hälsa

32.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Har du under de senaste <u>6 månaderna</u> känt att du haft svårt att koncentrera dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du under de senaste <u>6 månaderna</u> känt att du haft svårt att sova?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du under de senaste <u>6 månaderna</u> besvärats av huvudvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du under de senaste <u>6 månaderna</u> besvärats av magont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du under de senaste <u>6 månaderna</u> känt dig spänd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du under de senaste <u>6 månaderna</u> haft dålig aptit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du under de senaste <u>6 månaderna</u> känt dig ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du under de senaste <u>6 månaderna</u> känt dig yr i huvudet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Är det något eller några av dessa besvär som du vill ha hjälp med?  Ja  Nej

Om du svarar ja, kan du skriva här vad du vill ha hjälp med eller ta upp det vid hälsosamtalet hos skolsköterskan

.....

.....

.....

**33. Om du tänker på de senaste 6 månaderna ...**

Har jag känt mig...

- ...helt frisk
- ...ganska frisk
- ...inte särskilt frisk
- ...inte alls frisk

**34. Om du tänker på de senaste 6 månaderna ...**

Vilken grad av stress (jäkt, högt tempo, psykisk press eller liknande) har du upplevt?

- Inte alls
- Lite grann
- Ganska mycket
- Mycket

Jag behandlas regelbundet för följande besvär eller sjukdomar

.....

.....

.....

Mediciner jag använder (till exempel astma-  
mediciner, insulin, värktabletter, P-piller med mera).

.....

.....

.....

**35. Om du tänker på dig själv ...**

- Jag är nöjd med mig själv
- Jag är ganska nöjd med mig själv
- Jag är ganska missnöjd med mig själv
- Jag är missnöjd med mig själv

**36. Om du tänker på din kropp ...**

- Jag är nöjd med min kropp
- Jag är ganska nöjd med min kropp
- Jag är ganska missnöjd med min kropp
- Jag är missnöjd med min kropp

**37. Om du tänker på din vikt ...**

- Jag skulle vilja väga mycket mer
- Jag skulle vilja väga något mer
- Jag tycker min vikt är lagom
- Jag skulle vilja väga något mindre
- Jag skulle vilja väga mycket mindre

**38. Har du gjort något för att försöka förändra din vikt?**

- Nej
- Ja, jag har försökt att gå upp i vikt
- Ja, jag har försökt att gå ner i vikt

**39. Har du några andra funderingar om kroppen (till exempel utseende, pubertet, hälsorisker)?**

- Ja
- Nej

Om du svarat Ja, kan du skriva vad du funderar på här eller ta upp det vid hälsosamtalet hos skolsköterskan

.....

.....

.....

**40. Har du några funderingar om sexualitet, sexuell läggning, preventivmedel, könssjukdomar eller annat?**

.....

.....

.....

#### 41. Om du tänker på hur du har det ...

Det här är bilden av en stegen.

Toppen på stegen (10) motsvarar det bästa liv du kan tänka dig och botten (0) det sämsta liv du kan tänka dig. Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?

Kryssa i rutan på stegen vid det nummer som bäst passar in på dig.

Bästa tänkbara liv

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	

Sämsta tänkbara liv

#### 42. Om du tänker ett år framåt ...

Var på stegen tror du att du befinner dig då? Kryssa i rutan på stegen vid det nummer som bäst passar in på dig.

Bästa tänkbara liv

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	

Sämsta tänkbara liv

ÅLDER:   |\_|\_| år   |\_|\_| månader

VIKT:   |\_|\_|\_|,\_| kg   LÄNGD:   |\_|,|\_|\_| meter   BMI |\_|\_|,\_|



Kommuner i samverkan

© Landstinget i Jönköpings län

2013-07-12