

Datum: ___ / ___ / ___
(År / Månad / Dag)

Studienummer: |_|_|_|



Livskvalitetsfrågeformulär till barn / ungdomar


HEJ!

Vi skulle vilja att du svarar på några frågor om hur du har mått under de senaste fyra veckorna. De här frågorna rör den typ av problem som ungdomar ofta har. Svara på alla frågor du kan. Om du inte förstår frågan eller inte vill svara på en fråga, hoppa över den och fortsätt med nästa fråga.

- ⇒ Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna när du svarar på frågorna.
- ⇒ Välj svaret som passar dig bäst och kryssa för ditt svarsalternativ.

Om du ofta tillbringar tid med dina vänner ska du kryssa som i exemplet nedan:

Så här fyller du i enkäten.

Till exempel: 	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
<i>Hur ofta umgås du med dina vänner?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Om du gör fel – rita över hela rutan så här</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Det finns inga rätta eller felaktiga svar. Det är vad du tycker som är viktigt.

Datum: ___ / ___ / ___
(År / Månad / Dag)

Studienummer: |_|_|_|_|

1.	Är du flicka eller pojke?	Flicka	1 <input type="checkbox"/>
		Pojke	2 <input type="checkbox"/>
2.	Hur gammal är du?	___ ___ år	
3.	Vilket hälsotillstånd har du?	<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> artrit
		<input type="checkbox"/> dermatit (hudproblem)	<input type="checkbox"/> cerebral pares
		<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> cystisk Fibros
		<input type="checkbox"/> epilepsi	<input type="checkbox"/> andra
		<input type="checkbox"/> obesitas	Vilket? _____

I några frågor använder vi ordet 'hälsotillstånd'. När du ser det, tänk på det du har fyllt i ovan.



Om ditt liv

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
1.	Känner du dig säker på din framtid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Trivs du med ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kan du göra allt du vill trots ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Känner du dig som alla andra trots ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Kan du leva det liv du vill trots ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Kan du göra saker utan dina föräldrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: ___ / ___ / ___
(År / Månad / Dag)

Studienummer: |_|_|_|_|



Om din typiska vardag

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
7.	Kan du springa och röra dig som du vill?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Känner du dig trött på grund av ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Är ditt liv styrt av ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Stör det dig att du måste förklara för andra vad du kan och inte kan göra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Har du svårt att sova på grund av ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Stör ditt hälsotillstånd dig när du lekar eller håller på med andra aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Om dina känslor

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
13.	Får ditt hälsotillstånd dig att inte trivas med dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Är du olycklig på grund av ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Oroar du dig över ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Får ditt hälsotillstånd dig att känna dig arg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Är du rädd för framtiden på grund av ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Får ditt hälsotillstånd dig att känna dig nere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Stör det dig att ditt liv måste planeras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: ___ / ___ / ___
(År / Månad / Dag)

Studienummer: |_|_|_|



Om Du och andra människor

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
20.	Känner du dig ensam på grund av ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Beter sig dina lärare annorlunda mot dig än mot andra elever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Har du problem med att koncentrera dig i skolan på grund av ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Tycker du att andra har något emot dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Tycker du att andra stirrar på dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Känner du dig annorlunda än andra barn/ungdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Om din vänskap

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
26.	Förstår andra barn/ungdomar hur du har det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Går du ut med dina vänner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Kan du leka eller göra saker med andra barn/ungdomar? (som idrott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Tycker du att du kan göra det mesta lika bra som andra barn/ungdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Tycker dina kompisar om att vara med dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Tycker du att det är lätt att prata med andra om ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: ___ / ___ / ___
(År / Månad / Dag)

Studienummer: |_|_|_|_|



Om dina medicinska behandlingar

Tar du medicin eller får du behandling?

Ja Nej

(med medicin menar vi tabletter, kräm, sprej, insulin eller någon andra medicin)

Om Ja, svara på frågorna nedan

Om Nej, hoppa över sektionen.

Tänk tillbaka de senaste 4 veckorna.

		Aldrig /behövs inte	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
32.	Är du orolig över att behöva be andra om hjälp med att ta din medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Är det irriterande att du måste komma ihåg att ta din medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Är du orolig över din medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Stör det dig att ta din medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Hatar du din medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Är din vardag störd av att du tar medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TACK FÖR ATT DU DELTOG! 😊