

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

Studienummer: |_|_|_|_|



Livskvalitetsfrågeformulär för föräldrar till barn / ungdomar

Hej,

Vi skulle verkligen uppskatta om du tog dig tid att fylla i det här frågeformuläret om barnets hälsa och livskvalitet.

Du skall svara enligt hur du tycker ditt barn har haft det under de senaste 4 veckorna. Var god och svara på frågorna utan att be ditt barn om hjälp med vad de tycker. Svaren behandlas konfidentiellt.

OBS! Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna när du svarar på frågorna.

Så här fyller du i enkäten.

exempel: ✍	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
<i>Hur ofta umgås ditt barn med sina 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: |_|_|_|



Några frågor om ditt barn

1.	Är ditt barn en flicka eller pojke?	Flicka	1 <input type="checkbox"/>
		Pojke	2 <input type="checkbox"/>
2.	Hur gammal är ditt barn?	___ ___ år	
3.	Vilket hälsotillstånd har ditt barn?	<input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> dermatit (hudproblem) <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> epilepsi <input type="checkbox"/> obesitas	
		<input type="checkbox"/> artrit <input type="checkbox"/> cerebral pares <input type="checkbox"/> cystisk Fibros <input type="checkbox"/> andra Vilket? _____	
I några frågor använder vi ordet 'hälsotillstånd'. När du ser det, tänk på det du har fyllt i ovan.			
4.	Vem fyller i enkäten?	1 <input type="checkbox"/> Mamma 2 <input type="checkbox"/> Pappa 3 <input type="checkbox"/> Styvmamma/Pappas partner 4 <input type="checkbox"/> Styvpappa/Mammas partner 5 <input type="checkbox"/> Om annan Vem? _____	

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

Studienummer: |_|_|_|



Om ditt barns liv

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
1. Känner ditt barn sig säker på sin framtid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Trivs ditt barn med sitt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kan ditt barn göra allt han/hon vill trots sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Känner ditt barn sig som andra i sin ålder trots sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Känner ditt barn att han/hon kan leva som han/hon vill trots sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Känner ditt barn att han/hon kan göra saker utan dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Om ditt barns normala vardag

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
7. Känner ditt barn att han/hon kan springa och röra sig som han/hon vill?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Känner ditt barn sig trött på grund av sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Känner ditt barn att livet är styrt av hälsotillståndet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Störs ditt barn av att han/hon måste förklara för andra vad han/hon kan och inte kan göra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har ditt barn svårt att sova på grund av sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Är hälsotillståndet till besvär för ditt barn när han/hon lekar eller håller på med andra saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Studienummer: |_|_|_|_|



Om hur ditt barn känner

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
13. Får hälsotillståndet ditt barn att inte trivas med sig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Är ditt barn olyckligt på grund av sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Oroar ditt barn sig över sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Får hälsotillståndet ditt barn att känna sig arg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Är ditt barn rädd för framtiden på grund av sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Får hälsotillståndet ditt barn att känna sig nere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Störs ditt barn av att livet måste planeras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Om ditt barn och andra människor

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
20. Känner ditt barn sig ensamt på grund av sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Känner ditt barn att hans/hennes lärare är annorlunda mot han/hon än mot andra elever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Känner ditt barn att det är ett problem med att koncentrera sig i skolan på grund av sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tycker ditt barn att andra har något emot honom/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tror ditt barn att andra stirrar på honom/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Känner ditt barn sig annorlunda än andra barn/ungdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Studienummer: |_|_|_|_|

Om ditt barns vänner

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
26.	Känner ditt barn att andra barn/ungdomar förstår hur han/hon har det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Går ditt barn ut med sina vänner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Kan ditt barn 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 ditt barn att han/hon 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 ditt barn att sina kompisar tycker om att vara med honom/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Tycker ditt barn att det är lätt att prata med andra om sitt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ditt barns medicinska tillstånd

Tar ditt barn medicin eller får han/hon 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 på de senaste 4 veckorna.

		Aldrig/ behövs inte	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
32.	Tycker ditt barn illa om att behöva be andra om hjälp med att ta medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Tycker ditt barn att det är irriterande att behöva komma ihåg att ta medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Är ditt barn oroligt över sin medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Störs ditt barn av att behöva ta medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Hatar ditt barn att ta medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Tycker ditt barn att hans/hennes vardag är störd av att ta medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TACK FÖR ATT DU DELTOG! 😊