

Datum:

(År Månad Dag)

Studienummer:



Barn/ungdomar • Livskvalitetsfrågeformulär för dig med artrit

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 med artrit 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 det svar 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

Hur ofta umgås du med dina vänner?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Om du gör fel - rita över hela rutan så här

<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.



Om din artrit

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

- | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Känner du dig stel på morgonen (som en gammal gumma/gubbe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Blir du lätt utmattad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Får din artrit dig att känna dig för utmattad för att umgås vänner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Hatar du att ha ont? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Stör det dig att smärtan kan komma väldigt plötsligt ibland? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Hindrar smärtan dig från att göra det du vill? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Stör det dig att du inte kan uttöra alla slags sporter/fritidsaktiviteter på grund av din artrit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Hatar du att du är begränsad i din rörelseförmåga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Stör det dig att du har problem med att skriva/rita? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Om din artrit

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

- | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. | Förstår andra att dina symptom kan ändras plötsligt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Förstår dina vänner att du kan känna dig dålig ganska plötsligt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Förstår din lärare att du ibland inte kan delta på alla aktiviteter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De sista tre frågorna handlar om hur besvärligt du har haft det med din artrit under **de senaste 12 månaderna**.



Om dina symptom...

Tänk tillbaka de senaste 12 månader

	Aldrig	Några gånger	Varje månad	Varje vecka	Dagligen
a. Hur ofta har du haft problem med din artrit under det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inte alls svår	Lite svår	Ganska svår	Svår	Väldigt svår
b. Hur pass svår har din artrit varit under det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Väldigt ofta
c. Hur ofta har du haft ont i dina leder eller muskler under senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TACK FÖR ATT DU DELTOG!

