

Date:

(Dag)	Måned	År			

ID-nummer:



disabkids

Spørreskjema for foreldre til barn og unge med kroniske sykdommer

Kjære foresatt

Takk for at du tar deg tid til å fylle ut dette spørreskjemaet om ditt barns velvære og helserelaterte livskvalitet.

Vi vil gjerne at du svarer på dette spørreskjemaet på vegne av barnet ditt, men vennligst besvar spørsmålene uten å be barnet ditt om hjelp. Alle svarene du gir vil bli behandlet strengt konfidensielt.

Med mindre du blir bedt om noe annet ber vi deg tenke over hvordan barnet ditt har hatt det i løpet av de siste fire ukene når du svarer på spørsmålene.

Velg det svaret som du synes passer best og kryss av i ruten som hører til.

Hvis barnet ditt er sammen med vennene sine «svært ofte» krysser du av i ruten som vist i dette eksempelet.

Aldri Sjelden Av og til Ofte Alltid

Hvor ofte er barnet ditt sammen med venner?

☐☐☐☒☐



Noen spørsmål om barnet ditt

A Er barnet ditt gutt eller jente?

☐

jente

☐

gutt

B Hvor gammel er barnet ditt?

år

C Hvilken kronisk sykdom har barnet ditt? Kryss bare av for en sykdom.

☐

astma

☐

leddgikt

☐

eksem

☐

cerebral parese

☐

diabetes

☐

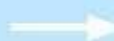
cystisk fibrose

☐

epilepsi

☐

andre



hvilke

Hvem fyller ut spørreskjemaet?

☐

stemor/fars partner

☐

mor

☐

far

☐

stefar/mors partner

☐

Andre



Hvem ?

I noen spørsmål bruker vi betegnelsen “sykdom“. Når du ser betegnelsen “sykdom” ber vi deg tenke på hva du krysset av for ovenfor.



Om livet til barnet ditt

Aldri

Sjelden

Av og til

Ofte

Alltid

1 Er ditt barn trygg på at han/hun vil ha det bra i fremtiden?

☐☐☐☐☐

2 Trives barnet ditt med livet sitt?

☐☐☐☐☐

3 Er barnet ditt i stand til å gjøre det han/hun har lyst til, tross for sykdommen sin?

☐☐☐☐☐

4 Føler barnet ditt seg som alle andre til tross for sykdommen sin?

☐☐☐☐☐

5 Opplever barnet ditt å kunne leve livet slik han/hun ønsker til tross for sykdommen sin?

☐☐☐☐☐

6 Opplever barnet ditt seg i stand til å gjøre ting uten deg/dere?

☐☐☐☐☐



Om en typisk dag for barnet ditt

Tenk på de fire siste ukene

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
7. Opplever barnet ditt at hun/han er i stand til å løpe og bevege seg som det vil?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Føler barnet ditt seg sliten på grunn av sykdommen sin?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Føler barnet ditt at livet hans/hennes blir styrt av sykdommen?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Plager det barnet ditt å måtte forklare andre hva hun/han ikke kan gjøre?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Er det vanskelig for barnet ditt å sove på grunn av sykdommen?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Plager sykdommen barnet ditt når hun/han leker eller utfører andre aktiviteter?	☐	☐	☐	☐	☐



Om hvordan barnet ditt føler seg

Tenk på de fire siste ukene

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
13. Gjør sykdommen at barnet ditt ikke trives med seg selv?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Er barnet ditt lei seg på grunn av sykdommen sin?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Er barnet ditt bekymret på grunn av sykdommen sin?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Blir barnet ditt sint på grunn av sykdommen?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Er barnet ditt redd for framtiden på grunn av sykdommen sin?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Blir barnet ditt nedfor på grunn av sykdommen sin?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Plager det barnet ditt at livet hans/hennes må planlegges?	☐	☐	☐	☐	☐



Om barnet ditt og andre mennesker

Tenk på de fire siste ukene

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
20. Føler barnet ditt seg ensom på grunn av sykdommen sin?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Opplever barnet ditt at lærerne behandler henne/ham annerledes enn de andre elevene?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Opplever barnet ditt at han/hun har problemer med å konsentrere seg på skolen på grunn av sykdommen sin?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Føler barnet ditt at andre har noe i mot ham/henne?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Opplever barnet ditt at andre stirrer på ham/henne?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Føler barnet ditt seg annerledes enn andre barn/ ungdommer?	☐	☐	☐	☐	☐



Om barnet ditt og vennskap

Tenk på de fire siste ukene

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
26. Opplever barnet at andre barn/ungdommer forstår sykdommen hennes/hans?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Er barnet ditt sammen med vennene sine?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Opplever barnet ditt seg i stand til å leke eller gjøre ting sammen med andre barn/ungdommer?(for eksempel idrett)	☐	☐	☐	☐	☐
29. Tror barnet ditt at han/hun kan gjøre de fleste ting like godt som andre barn/ungdommer?	☐	☐	☐	☐	☐
30. Opplever barnet ditt at vennene liker å være sammen med ham/henne?	☐	☐	☐	☐	☐
31. Synes barnet ditt at det er lett å snakke med andre om sykdommen sin?	☐	☐	☐	☐	☐



Om den medisinske behandlingen til barnet ditt

Tar barnet ditt noen former for medisin for sykdommen sin?
(med medisin mener vi tabletter, krem, spray, insulin
eller andre former for medisin)

Ja

☐

Nei

☐

Hvis ja, vennligst svar på spørsmålene under,
Hvis nei, hopp over dette avsnittet.

Tenk på de fire siste ukene

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
32. Plager det barnet ditt å trenge hjelp med medisiner fra andre?	☐	☐	☐	☐	☐
33. Er det irriterende for barnet ditt å måtte huske på medisinen sin?	☐	☐	☐	☐	☐
34. Er det noe ved medisineringen som gjør barnet ditt bekymret?	☐	☐	☐	☐	☐
35. Plager det barnet ditt å skulle ta medisin?	☐	☐	☐	☐	☐
36. Hater barnet ditt å ta medisinen sin?	☐	☐	☐	☐	☐
37. Opplever barnet at å ta medisin forstyrrer hverdagslivet hans/hennes?	☐	☐	☐	☐	☐



Takk for hjelpen!