

Kwestionariusz jakości życia dla dzieci

Wersja dla rodzica
Kid- & Kiddo-KINDL^R



Tłumaczenie: Tomasz Hanć

Drogi Rodzicu!

Jesteśmy naprawdę wdzięczni, że poświęciłeś czas na wypełnienie tego kwestionariusza na temat samopoczucia i związanego ze zdrowiem poczucia jakości życia u dzieci.

Ponieważ ważna jest dla nas Twoja własna ocena samopoczucia Twojego dziecka, prosimy byś kwestionariusz wypełniał samodzielnie, zgodnie z instrukcją oraz nie pytając dziecka.

- Przeczytaj uważnie każde pytanie
- Pomyśl jak Twoje dziecko czuło się podczas ostatniego tygodnia
- Postaw krzyżyk (X) w ramce najlepiej odpowiadającej samopoczuciu Twojego dziecka

Przykład: 	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
Podczas ostatniego tygodnia... ... moje dziecko dobrze spało	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Moje dziecko jest: dziewczynką chłopcem

Wiek: ___ lat

Ty jesteś: mamą tatą inną osobą _____?

Data wypełnienia: ___/___/___ Dzień/ miesiąc/ rok

1. Zdrowie fizyczne

W ostatnim tygodniu moje dziecko...	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... czuło się chore...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... miało bóle głowy lub brzucha...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... było zmęczone i wyczerpane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... czuło się silne i pełne energii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Emocjonalne samopoczucie

W ostatnim tygodniu moje dziecko...	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... dużo się śmiało i bawiło	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... było znudzone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... czuło się samotne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... bało się lub czuło niepokój	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Samoocena

W ostatnim tygodniu moje dziecko...	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... było z siebie dumne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... czuło się wspaniale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... było z siebie zadowolone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... miało dużo dobrych pomysłów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Rodzina

W ostatnim tygodniu...	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... moje dziecko dobrze dogadywało się z nami jako rodzicami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... moje dziecko czuło się dobrze w domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... kłóciliśmy się w domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... moje dziecko czuło że nim „rządzę i dyryguję”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Kontakty społeczne

W ostatnim tygodniu moje dziecko...	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... robiło z kolegami różne rzeczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... było lubiane przez inne dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... dobrze dogadywało się z kolegami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... czuło, że się różni od innych dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Szkoła

W ostatnim tygodniu w którym moje dziecko było w szkole ...	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... łatwo radziło sobie z zadaniami domowymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... lekcje były dla niego przyjemne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... martwiło się o swoją przyszłość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... bało się o złe oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Czy Twoje dziecko jest w tej chwili w szpitalu albo ma jakąś długotrwałą chorobę?

Tak

Nie

jeśli **tak**, prosimy żebyś odpowiedział jeszcze na sześć następujących pytań:

jeśli zaznaczyłeś **nie**, skończyłeś właśnie wypełnianie kwestionariusza

W ostatnim tygodniu...	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... moje dziecko martwiło się, że może mu się pogorszyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... moje dziecko było smutne przez swoją chorobę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... moje dziecko potrafiło sobie dobrze radzić z chorobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... przez chorobę traktowaliśmy nasze dziecko jakby było młodsze niż jest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... moje dziecko nie chciało żeby ktoś zauważał jego chorobę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... przez chorobę dziecko ominęło coś, co działo się w szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dziękujemy za pomoc!