

KWESTIONARIUSZ dla dzieci

Kid-KINDL^R

Tłumaczenie: Tomasz Hanć



Cześć!

Chcielibyśmy się dowiedzieć jak czułeś się w czasie ostatniego tygodnia.

W związku z tym przygotowaliśmy dla Ciebie kilka pytań.

- Przeczytaj uważnie każde pytanie
- Pomyśl co działo się podczas ostatniego tygodnia
- Wybierz odpowiedź która najlepiej pasuje i postaw przy niej krzyżyk (X)

**NIE MA TU DOBRYCH CZY ZŁYCH ODPOWIEDZI.
WAŻNE JEST TO, CO SAM MYŚLISZ.**

Przykład: 	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
Podczas ostatniego tygodnia lubię słuchać muzyki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data wypełnienia:

____/____/____
dzień/ miesiąc/ rok

Powiedz nam coś o sobie:

Jesteś: dziewczynką chłopcem

Ile masz lat?: _____

Ile masz rodzeństwa? 0 1 2 3 4 5 więcej niż 5

Do jakiej szkoły chodzisz? _____

1. Na początek chcielibyśmy dowiedzieć się czegoś o Twoim zdrowiu...

<i>W ostatnim tygodniu...</i>	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... czułem się chory...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... bolała mnie głowa lub brzuch...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... byłem zmęczony i wyczerpany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... czułem się silny i pełen energii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... teraz opowiedz o tym, jak ogólnie się czujesz...

<i>W ostatnim tygodniu...</i>	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... dużo się śmiałem i bawiłem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... nudziło mi się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... czułem się samotny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... bałem się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ... i o tym, co o sobie myślałeś...

<i>W ostatnim tygodniu...</i>	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... byłem z siebie dumny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... czułem się wspaniale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... byłem zadowolony z siebie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... miałem mnóstwo dobrych pomysłów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Następne pytania są o Twojej rodzinie...

<i>W ostatnim tygodniu...</i>	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... dobrze dogadywałem się z rodzicami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... czułem 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. ... moi rodzice nie pozwalali mi robić pewnych rzeczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... kolejne są o Twoich kolegach

<i>W ostatnim tygodniu ...</i>	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... bawiłem się z kolegami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... inne dzieci mnie lubiły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... dobrze układało mi się z kolegami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... czułem, że się różnię od innych dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Na koniec chcielibyśmy się czegoś dowiedzieć o szkole.

<i>W ostatnim tygodniu w którym byłem w szkole ...</i>	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... zadania domowe były dla mnie łatwe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... lekcje mi się podobały	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... martwiłem się o swoją przyszłość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... martwiłem się o złe oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Czy jesteś w tej chwili w szpitalu albo masz jakąś długotrwałą chorobę?

Tak

Nie

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

jeśli zaznaczyłeś nie, skończyłeś
właśnie wypełnianie kwestionariusza

<i>W ostatnim tygodniu...</i>	nigdy	rzadko	czasami	często	cały czas
1. ... martwiłem się, że może mi się pogorszyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... byłem smutny przez moją chorobę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... potrafiłem sobie dobrze radzić z moją chorobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... rodzice traktowali mnie jak małe dziecko przez moją chorobę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... chciałem żeby nikt nie zauważał mojej choroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... przez moją chorobę ominięto mnie coś, co działo się w szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dziękujemy że nam pomogłeś!

