



Leiðbeiningar með spurningalistanum

Svona gengur rannsóknin fyrir sig

Spurningunum er beint til foreldra barnsins. Sá sem best þekkir til kringumstæðna tiltekins barns, foreldri eða maki foreldris eða annar forráðamaður ef svo ber undir, skal svara spurningunum en svarið gjarnan í samvinnu við barnið sjálft.

- Mikilvægt er að öll svör eigi við barnið sem umslagið er stílað á.
- Þegar þú svarar spurningum sem snúa að maka er mikilvægt að þú fáir leyfi frá honum eða henni til að veita þessar upplýsingar.
- Í sumum spurningum er spurt um aðstæður „foreldris sem svarar“. Þar er átt við foreldri eða forráðamann eftir aðstæðum hverju sinni. Orðið foreldri er notað til einföldunar.
- Lestu spurningarnar og svarmöguleikana áður en svarað er.
- Flestum spurningunum er svarað með því að setja kross við þann valmöguleika sem þér finnst eiga best við.
- Einungis má setja fleiri en einn kross við spurningu þegar það er sérstaklega tekið fram.
- Ef spurningunni fylgja ekki staðlaðir svarmöguleikar skal skrifa svörin í frátekna reiti.
- Nokkrar spurninganna eru ekki ætlaðar öllum börnum. Lítil börn eru t.d. ekki atvinnulaus, 17 ára börn eru ekki á leikskóla o.s.frv. Fylltu bara út það sem á við þitt barn.
- Sumum spurningum er auðveldara að svara en öðrum. Sé erfitt að svara vissum spurningum skaltu frekar halda áfram en hætta við að fylla út spurningalistann.
- Það er mikilvægt að þú sendir spurningalistann til okkar í svarumslaginu sem fylgir með, jafnvel þó að nokkrum spurningum sé ósvarað.
- Hafðu endilega samband ef þig vantar frekari upplýsingar um tilgang rannsóknarinnar eða aðstoð við spurningarnar.

Spurningalistinn verður lesinn rafrænt. Því viljum við biðja þig að hafa eftirfarandi í huga þegar þú svarar:

- Notið svartan eða bláan kúlupenna, ekki rauðan eða annan lit. Helst ekki nota blýant.
- Skrifðu skýra tölustafi:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Skrifðu skýra og STÓRA bókstafi:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Merkið við svörin með krossi eins og þessum ☒ en ekki þessum ☐
- Ef þú vilt breyta svarinu fylltu þá út í reitinn svona ☐ og merktu í nýjan svona ☒
- Ef þú vilt skrifa meiri texta en pláss er fyrir í reitunum eða vilt útskýra eitthvað betur skaltu þú skrifa það á sérstaka síðu fyrir athugasemdir aftast í spurningalistanum.

Ef þú hefur spurningar um rétt þinn sem þátttakandi í vísindarannsókn eða vilt hætta þátttöku í rannsókninni getur þú snúið þér til Vísindasiðanefndar, Vegmúla 3, 108 Reykjavík. Sími: 551-7100, fax: 551-1444, tölvupóstfang: visindasidanefnd@vsni.is.





Fjölskylduaðstæður barnsins

1. Hve gamalt er barnið?

ára

2. Í hvaða landi er barnið fætt?

1 ☐ Á Íslandi —————> Svartið næst spurningu 4

2 ☐ Í einhverju öðru Norðurland-
anna. Hverju?

3 ☐ Utan Norðurlandanna,
Í hvaða landi?

3. Hve gamalt var barnið þegar það flutti til Íslands?

ára

4. Hvert er kyn barnsins?

1 ☐ Drengur

2 ☐ Stúlka

5. Hver er hæð barnsins?

Námundið upp í heilan sentímetra.

cm

6. Hver er þyngd barnsins?

Námundið upp í heilt kíló.

kg

7. a) Hversu margir búa á heimili barnsins (borða að jafnaði eina máltíð saman daglega)?

Ef barnið býr til skiptis hjá móður og föður skal svara miðað við lögheimili barnsins.

Fullorðnir (18 ára og eldri)

Börn 0 - 17 ára að meðtöldu

barninu sem spurt er um





b) Hvar í systkinaröðinni er barnið sem spurt er um í þessari könnun?

Elsta barnið er talið númer 1 o.s.frv.

Barnið sem spurt er um er númer:

c) Hvaða fullorðnu einstaklingar búa með barninu?

Merktu í einn eða fleiri reiti eftir því sem við á.

- ☐ Móðir
☐ Faðir
☐ Barnið býr til skiptis hjá móður og föður
☐ Systkini/hálf systkini 18 ára og eldri. Ef já, hve mörg?
☐ Nýr maki föður
☐ Nýr maki móður

☐ Aðrir. Hverjir?

8. Hefur staða foreldra barnsins breyst eftir fæðingu þess?

Merktu í einn eða fleiri reiti eftir því sem við á.

- ☐ Nei, engin breyting

☐ Já, skilnaður/sambúðarslit —————> Hve gamalt var barnið þá?

☐ Já, andlát maka/sambýlisaðila —————> Hve gamalt var barnið þá?

☐ Já, nýtt foreldri —————> Hve gamalt var barnið þá?

9. a) Ef foreldrar barnsins búa ekki saman, hve oft hittir barnið hitt foreldrið?

Um það bil sinnum í mánuði

eða

Um það bil sinnum á ári

- 1 ☐ Barnið býr til skiptis hjá móður og föður
2 ☐ Aldrei eða nær aldrei

b) Hversu marga daga á ári býr barnið hjá hinu foreldrinu?

Um það bil daga á ári





Heilsufar barnsins

10. Hefur barnið verið fjarverandi frá dagforeldri, skóla (leik-, grunn- eða framhaldsskóla), vinnu eða samsvarandi vegna eigin veikinda eða vegna þess að það hefur þurft að leita til heilbrigðisþjónustunnar á síðastliðnum þremur mánuðum?

1 ☐ Nei

2 ☐ Já, fjöldi daga:

11. Hefur barnið einhvern langvinnan sjúkdóm eða fötlun, þ.e. ástand sem í ríkum mæli hefur haft áhrif á daglegt líf þess a.m.k. þrjá mánuði á síðasta ári?

Ef já, telur þú óþægindi barnsins...

	Nei 1	Já 2		Væg 3	Allnokkur 4	Mikil 5
a. Sykursýki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sjónskaði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Heyrnartap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Málhelti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kvíði, óróleiki, geðræn einkenni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Flogaveiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Meltingarkvillar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Astmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ofnæmiskvef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Exem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hreyfihömlun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Ofþyngd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ADD/ADHD (athyglisbrestur /ofvirkni með athyglisbrest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Einhverfuróf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Annað, hvað? Skrifist hér fyrir Neðan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvað?





12. Á barnið við einhver af neðantöldum óþægindum að stríða?

Merkið aðeins við ef óþægindi gera vart við sig aðra hvora viku eða oftar.

Ef já, telur þú óþægindi barnsins...

	Nei 1	Já 2		Væg 3	Allnokkur 4	Mikil 5
a. Magaóþægindi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Höfuðverkur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Svefnleysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Svimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bakverkur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Lystarleysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Annað, hvað? Skrifist hér fyrir neðan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvað?

☐ Engin óþægindi

13. a) Hefur barnið orðið fyrir meiðslum/slysum/eitrunum á síðastliðnum 12 mánuðum?

1 ☐ Já, hve oft  sinnum

2 ☐ Nei → Svarið næst spurningu 14

b) Hvar urðu slysin/óhöppin?

Merktu í einn eða tvo reiti í hverjum lið eftir því sem við á.

Leiddu þau til...

	Læknisheimsóknar		Sjúkrahúsvistar	
	Nei 1	Já 2	Nei 3	Já 4
a. <input type="checkbox"/> Heima/nánasta umhverfi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <input type="checkbox"/> Leikskóla/skóla/vinnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <input type="checkbox"/> Í umferðinni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <input type="checkbox"/> Annars staðar, hvar? Skriðið hér að neðan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. a) Notar barnið lyfseðilsskyld lyf?

1 ☐ Nei → Svarið næst spurningu 15

2 ☐ Já





b) Ef já, hvað heitir lyfið/-in og hve lengi hefur barnið tekið það/pau?

Lyf 1

Hve lengi?

Mánuði

☐ Innan við mánuð

Lyf 2

Hve lengi?

Mánuði

☐ Innan við mánuð

15. Hefur barnið á síðastliðnum fjórum vikum tekið inn lyf sem fást án lyfseðils?

Vegna...

Nei
1

Já
2

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Höfuðverkjar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Liðverkja eða annarra verkja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Kvefs, hósta eða hita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Svefnleysis eða kvíða | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Þreytu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Meltingarópæginda eða hægðartregðu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Vegna annarra ópæginda, skrifið hér fyrir neðan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvaða ópæginda?

16. Hversu oft ræðið þið innan fjölskyldunnar við börnin um atriði sem snúa að heilsu og hreysti (s.s. að viðhalda góðri heilsu með hollu mataræði og hreyfingu)?

- 1 ☐ Aldrei
2 ☐ Einu sinni eða oftar á ári
3 ☐ Einu sinni eða oftar í mánuði
4 ☐ Einu sinni eða oftar í viku
5 ☐ Daglega





17. Ef þú leitar upplýsinga um heilsufar barnsins, hvert leitar þú?

Merktu í einn eða fleiri reiti eftir því sem við á.

- ☐ Til vina/fjölskyldu
- ☐ Til skóla/leikskóla
- ☐ Til ung- og smábarnaverndar eða skólaheilsugæslu
- ☐ Til sjálfshjálparhópa
- ☐ Á internetinu/heimasíðum; hvaða síðum helst? _____
- ☐ Leggur fram spurningar á internetinu/bloggi
- ☐ Í dagblöðum/tímaritum
- ☐ Í bókum
- ☐ Í upplýsingabæklingum
- ☐ Í útvarpi/sjónvarpi

☐ Annað, hvað?

☐ Á ekki við

18. Hversu vel eða illa finnst þér þú almennt skilja upplýsingar um heilsu barnsins þíns?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Mjög vel	Vel	Hvorki vel né illa	Ill	Mjög illa	Nýti ekki þessa tegund upplýsinga
	1	2	3	4	5	6
a. Upplýsingar sem gefnar eru munnlega af heilbrigðisstarfsmanni (lækni, hjúkrunarfræðingi, sjúkraliða o.s.frv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Upplýsingar/leiðbeiningar með eða á lyfjapakkingum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leiðbeiningar og bæklingar um heilsu, t.d. um fíkniefni, heilsusamlegt mataræði o.s.frv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Upplýsingar um heilsu barnsins á internetinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Hversu auðvelt eða erfitt finnst þér að nálgast gott fræðsluefni frá fagfólki um eftirtalið?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

	Mjög erfitt	Frekar erfitt	Hvorki auðvelt né erfitt	Frekar auðvelt	Mjög auðvelt
	1	2	3	4	5
a. Sjúkdóma barna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Heilsu barna, annað en sjúkdóma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Slysavarnir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Þroskaskeið barna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tannheilbrigði barna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Næringu barna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hreyfingu barna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Notkun barnsins á heilbrigðisþjónustu

- 20. Hefur þú eða maki þinn hringt til einhvers neðangreindra aðila síðastliðna þrjá mánuði vegna barnsins (eða barnið hringt sjálft)?**
Merktu við einn reit í hverjum lið.

- | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|-----|----------------------------|----|---|---------|--------------------------|--------------------------|
| a. Læknis | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hjúkrunarfræðings | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Annars heilbrigðisstarfsfólks | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ef til annars, hvers?

- 21. Hefur barnið leitað til eða þess verið vitjað af einhverjum neðantalinna aðila á síðastliðnum þremur mánuðum?**
Heimsóknir í ungbarnaeftirlit og skólaheilsugæslu teljast ekki með. Merktu í einn reit í hverjum lið.

- | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|-----|----------------------------|----|---|---------|--------------------------|--------------------------|
| a. Heilsugæslulæknir eða heimilislæknir | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sérfræðilæknir á sjúkrahúsi (heilsugæslu eða læknastofu) | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Heilsugæslu-/heimilislæknir, vitjun | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hjúkrunarfræðingur á heilsugæslu | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hjúkrunarfræðingur í sérþjónustu | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tannlæknir, tannfræðingur | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Sjúkrapjálfari | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Sálfræðingur | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Næringarfræðingur/ráðgjafi | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Annar heilbrigðisstarfsmaður (t.d. talmeinafræðingur, iðjupjálfi) | 1 <input type="checkbox"/> | Nei | 2 <input type="checkbox"/> | Já | → | Hve oft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Annar heilbrigðisstarfsmaður, hver?



+

+

22. a) Hefur þú/maki þinn haft samband vegna barnsins við einhvern aðila utan hefðbundinnar læknisfræði á síðastliðnum þremur mánuðum (til dæmis hómópata, svæðanuddara, kírópraktors, grasalæknis o.s.frv.)?

1 ☐ Nei

2 ☐ Já, hvaða?

b) Af hvaða ástæðu var leitað þessa aðila utan hefðbundinnar læknisfræði?

23. Hvar var síðasta læknisheimsókn barnsins?

1 ☐ Hjá heimilislækni á heilsugæslustöð/á stofu hjá heilsugæslulækni

2 ☐ Hjá sérfræðingi (á sjúkrahúsi, göngudeild eða móttöku)

3 ☐ Læknisvitjun heim

4 ☐ Í ungbarnaeftirliti

5 ☐ Í skólaheilsugæslu

6 ☐ Hjá öðrum lækni, hvar?

24. Gaf lækinn sér nægan tíma til að skoða barnið?

1 ☐ Já

2 ☐ Nei

3 ☐ Veit ekki

25. Hversu mikilvæg telur þú eftirfarandi atriði vera þegar leitað er til læknis vegna heilsuvanda barns?

Því mikilvægara sem það er, þeim mun hærrí tölu krossar þú við.

Merkið við einn reit í hverjum lið.

	Léttvægt						Mikilvægt
	1	2	3	4	5	6	7
a. Að lækinn hafi sérfræðimenntun í barnalækningum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Að lækinn hafi sérfræðimenntun varðandi viðkomandi sjúkdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Að lækinn sé aðgengilegur (stutt að fara/bíða)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Að lækinn þekki barnið/fjölskylduna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Að lækinn tali móðurmál barnsins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

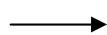
26. Hefur barnið verið lagt inn á sjúkrahús á síðastliðnum 12 mánuðum?

1 ☐ Já

Fjöldi skipta

Hversu marga daga samanlagt

2 ☐ Nei



Svarið næst spurningu 28

+

+



27. Ef barnið hefur verið lagt inn á sjúkrahús síðastliðna 12 mánuði...

- a) ... var barnið (við síðustu innlögn) á
- 1 ☐ barnadeild
- 2 ☐ barnastofu á fullorðinsdeild
- 3 ☐ fullorðinsdeild
- b) ... fenguð þið (við síðustu innlögn) að vera hjá barninu yfir nótt?
- 1 ☐ Já
- 2 ☐ Nei
- 3 ☐ Á ekki við
- c) ... fenguð þið (við síðustu innlögn) að heimsækja barnið eins oft og þið vilduð?
- 1 ☐ Já
- 2 ☐ Nei
- 3 ☐ Á ekki við

28. Hve ánægð/-ur eða óánægð/-ur ert þú með þau samskipti sem þú hefur haft við heilbrigðisþjónustuna vegna barnsins síðastliðna 12 mánuði hvað varðar neðantalin atriði?
Merkstu í einn reit í hverjum lið.

	Mjög ánægð/-ur	Frekar ánægð/-ur	Frekar óánægð/-ur	Mjög óánægð/-ur	Veit ekki/ á ekki við
	1	2	3	4	5
a. Aðgengi að þjónustu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Viðmót heilbrigðisstarfsfólks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Þann tíma sem vandi barnsins fær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Samskipti (hlustað á þarfir barns og foreldra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Upplýsingar t.d. um meðferð, sjúkdóma og heilsufar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Gæði þjónustunnar (læknisfræðileg skoðun og meðferð)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Samráð heilbrigðisstarfsfólks við foreldra og barn um meðferð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Samfella í þjónustu (sami læknir, hjúkrunarfræðingur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Hversu oft eru tennur barnsins burstaðar?

- 1 ☐ Aldrei
- 2 ☐ Sjaldnar en einu sinni í viku
- 3 ☐ Að minnsta kosti einu sinni í viku
- 4 ☐ Einu sinni á dag
- 5 ☐ Tvisvar sinnum á dag
- 6 ☐ Oftar en tvisvar sinnum á dag

30. Hver burstar tennur barnsins?

- 1 ☐ Alltaf foreldri eða annar fullorðinn
- 2 ☐ Ýmist fullorðinn eða barnið sjálft
- 3 ☐ Alltaf barnið sjálft án aðstoðar fullorðins
- 4 ☐ Annar, hver?



**31. Hversu oft fer barnið í eftirlit til tannlæknis?**

- 1 ☐ Að minnsta kosti tvisvar á ári
2 ☐ Einu sinni á ári
3 ☐ Annað hvert ár
4 ☐ Þriðja hvert ár
5 ☐ Fjórtá hvert ár
6 ☐ Barnið hefur ekki farið síðustu 5 ár
7 ☐ Barnið hefur aldrei farið til tannlæknis

Athafnir og þroski barnsins**32. Hvar er barnið á daginn?**

Merktu í einn eða fleiri reiti eftir því sem við á.

- ☐ Heima
☐ Hjá ættingjum, t.d. afa og ömmu
☐ Hjá dagforeldri eða öðrum óskyldum aðilum

- ☐ Í leikskóla. Hversu margar klst. á viku?

klst. á viku

- ☐ Á frístundaheimili
☐ Í grunnskóla
☐ Í framhaldsskóla
☐ Í starfsmenntun
☐ Í vinnu
☐ Atvinnulaus
☐ Annað, hvað?

33. Hversu oft gerir barnið eftirfarandi ?

Merktu í einn reit í hverjum lið.

		Einu sinni eða oftár...				
		Aldrei	á ári	í mánuði	í viku	Daglega
		1	2	3	4	5
a.	Fer í bíó, leikhús eða á íþróttaviðburði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Les bækur (aðrar en skólabækur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Heimsækir vini eða fær vini í heimsókn til sín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Leikur á hljóðfæri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Tekur þátt í íþróttum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Tekur þátt í félagsstarfsemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Hlustar á tónlist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Frh. Hversu oft gerir barnið eftirfarandi ?**

Merktu í einn reit í hverjum lið.

		Einu sinni eða oftar...				
		Aldrei	á ári	í mánuði	í viku	Daglega
		1	2	3	4	5
h.	Fer á tónleika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Horfir á sjónvarp/video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Spilar tölvuleiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Er eitt heima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Vafrar/bloggar á internetinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Annað, nefndu dæmi hér að neðan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hvað?	<div></div>				

34. Hversu margar klukkustundir á viku stundar barnið íþróttir eða aðra hreyfingu þannig að það mæðist og/eða svitnar (utan skólatíma)?

- 1 ☐ Enga
2 ☐ Um það bil ½ klst.
3 ☐ Um það bil 1 klst.
4 ☐ Um það bil 2-3 klst.
5 ☐ Um það bil 4-6 klst.
6 ☐ 7 klst. eða meira

35. Hér að neðan er listi yfir eiginleika sem eru andstæður. Krossið við á þeim stað sem svarar til hugmynda ykkar um hvernig barnið er, samanborið við önnur börn á sama aldri.

Dæmi (barn að meðalstærð):

Barnið er	1	2	3	4	5	6	7	
Lítið (eftir aldri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stórt (eftir aldri)

*Eiginleikinn **til vinstri** gildir meira ef krossað er við **lægri** tölu. Eiginleikinn **til hægri** gildir meira ef krossað er við **hærri** tölu. Ef krossað er við töluna 4 þýðir það að barnið er í meðallagi hvað viðkomandi atriði varðar. Skriðu fljótt niður það sem kemur fyrst upp í hugann án mikillar umhugsunar. Að þínu mati er barnið nú:*

	1	2	3	4	5	6	7	
a. Ósjálfstætt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sjálfstætt
b. Óvirkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virkt
c. Einfari/einmana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Félagslynt
d. Órólegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rólegt, stöðuglynt
e. Niðurdregið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glatt
f. Óöruggt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Öruggt
g. Seinþroska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bráðþroska





36. Hve marga nána vini (besta vin/bestu vinkonu) á barnið nú?

- 1 ☐ Engan
2 ☐ Einn eða tvo
3 ☐ Þrjá eða fleiri

37. Hvernig líður barninu í leikskóla/skóla/vinnu?

Foreldri spyr barnið.

- 1 ☐ Mjög vel
2 ☐ Vel
3 ☐ Ekki vel
4 ☐ Veit ekki
5 ☐ Á ekki við

38. Hvernig telur þú að barninu gangi með námið í skólanum?

- 1 ☐ Mjög vel
2 ☐ Vel
3 ☐ Í meðallagi
4 ☐ Undir meðallagi
5 ☐ Illa
6 ☐ Veit ekki
7 ☐ Á ekki við

39. Stundum taka börn sig saman um að gera einhverju barni lífið leitt eða leggja það í einelti (stríða því, berja það, halda því utan við hópinn). Hefur þitt barnið tekið þátt í því að leggja önnur börn í einelti?

- 1 ☐ Oft
2 ☐ Stundum
3 ☐ Sjaldan/aldrei
4 ☐ Veit ekki

40. Er barnið sjálft lagt í einelti af öðrum börnum?

- 1 ☐ Oft
2 ☐ Stundum
3 ☐ Sjaldan/aldrei
4 ☐ Veit ekki





41. Spurningar um styrk og vanda (SDQ-Ice)

Við viljum biðja þig að svara spurningum sem tilheyra alþjóðlega kvarðanum SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaires, sjá www.sdqinfo.org) til þess að gera alþjóðlegan samanburð mögulegan. Svarið hverri fullyrðingu með því að merkja í einn reit: Ekki rétt, Að nokkru rétt eða Örugglega rétt. Þið eruð beðin um að merkja við allar fullyrðingarnar, jafnvel þótt þið séuð ekki alveg viss eða þær sýnist undarlegar.

Svarið með tilliti til atferlis barnsins síðustu sex mánuði	Ekki rétt	Að nokkru rétt	Örugglega rétt
	1	2	3
Tekur tillit til tilfinninga annarra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eirðarlaus, ofvirk/-ur, getur ekki verið kyrr lengi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvartar oft um höfuðverk, magaverk eða flökurleika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deilir greiðlega með öðrum börnum (nammi, dóti, blýöntum o.s.frv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fær oft skapofsaköst eða er heitt í hamsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frekar einræn/-n, leikur sér oft ein/-n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Almennt hlýðin/-n, gerir yfirleitt eins og fullorðnir óska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áhyggjur af mörgu, virðist oft áhyggjufull/-ur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjálpsamur/-söm ef einhver meiðir sig, er í uppnámi eða líður illa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöðugt með fikt eða á iði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Á að minnsta kosti einn góðan vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flýgst oft á eða leggur börn í einelti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft óhamingjusamur/-söm, langt niðri eða tárast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Almennt vel þokkaður/þokkuð af öðrum börnum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auðvelt að stela athygli hans/hennar, einbeiting á flakki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Óörugg/-ur, hangir í foreldrum við ókunnar aðstæður, missir sjálfstraust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Góð/-ur við yngri börn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lýgur oft eða svindlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verður fyrir stríðni eða einelti af hálfu annarra barna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Býðst oft til að hjálpa öðrum (foreldrum, kennurum, öðrum börnum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hugsar áður en að hann/hún framkvæmir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stelur heima, í skóla eða annars staðar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semur betur við fullorðna en önnur börn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Óttast margt, verður auðveldlega hrædd/-ur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fylgir verkefnum eftir til enda, heldur góðri athygli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Almennt séð, teljið þið barnið ykkar eiga við erfiðleika að stríða á einu eða fleirum eftirtalinna sviða: Tilfinningar, einbeiting, hegðun eða samspil við aðra?

Nei

Já, væga
erfiðleika

Já, greinilega
erfiðleika

Já, alvarlega
erfiðleika

1

2

3

4

☐☐☐☐

Ef svarið var „Já“ gerið þá svo vel að svara eftirfarandi spurningum um þessa erfiðleika:

Hve lengi hafa þessir erfiðleikar verið til staðar?

Minna en
mánuð
1

1–5
mánuði
2

6–12
mánuði
3

Meira en ár
4

☐☐☐☐

Valda þessir erfiðleikar barninu ykkar hugarangri eða vanlíðan?

Alls ekki
1

Lítills háttar
2

Í meðallagi
3

Mjög mikið
4

☐☐☐☐

Trufla þessir erfiðleikar daglegt líf barnsins á eftirfarandi sviðum?

Alls ekki
1

Lítills háttar
2

Í meðallagi
3

Mjög mikið
4

Heimilislíf

☐☐☐☐

Vináttu

☐☐☐☐

Nám í skólanum

☐☐☐☐

Tómstundaiðkun

☐☐☐☐

Eru þessir erfiðleikar barnsins íþyngjandi fyrir þig eða fjölskylduna í heild?

Alls ekki
1

Lítills háttar
2

Í meðallagi
3

Mjög mikið
4

☐☐☐☐



Notkun á tölvu og interneti

<p>42. Hafið þið aðgang að internetinu á heimilinu?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nei —————→ <i>Svarið næst spurningu 44</i></p> <p>2 <input type="checkbox"/> Já</p>		
<p>43. Hafið þið sett reglur um hversu mikið/oft barnið fær að nota internetið?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Já</p>		
<p>44. Hversu margar klukkustundir horfir barnið daglega á sjónvarp, video, DVD?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p>		
<table><tr><td><p>45. Hversu margar klukkustundir á dag spilar barnið tölvuleiki?</p><p>Virka daga</p><p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p><p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p><p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p><p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p><p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p><p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p></td><td><p>Um helgar</p><p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p><p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p><p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p><p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p><p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p><p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p></td></tr></table>	<p>45. Hversu margar klukkustundir á dag spilar barnið tölvuleiki?</p> <p>Virka daga</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p>	<p>Um helgar</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p>
<p>45. Hversu margar klukkustundir á dag spilar barnið tölvuleiki?</p> <p>Virka daga</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p>	<p>Um helgar</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p>	
<table><tr><td><p>46. Hversu margar klukkustundir á dag notar barnið internetið?</p><p>Virka daga</p><p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p><p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p><p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p><p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p><p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p><p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p></td><td><p>Um helgar</p><p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p><p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p><p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p><p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p><p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p><p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p></td></tr></table>	<p>46. Hversu margar klukkustundir á dag notar barnið internetið?</p> <p>Virka daga</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p>	<p>Um helgar</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p>
<p>46. Hversu margar klukkustundir á dag notar barnið internetið?</p> <p>Virka daga</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p>	<p>Um helgar</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Enga</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Um það bil ½ klukkustund</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Um það bil 1 klukkustund</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Um það bil 2-3 klukkustundir</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Um það bil 4-6 klukkustundir</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 klukkustundir eða meira</p>	





47. Stundum er rætt um það hvernig innihald fjölmiðla hefur áhrif á hvað fólki finnst og hvað það hugsar. Að hvaða leyti telur þú að annars vegar a) þitt barn og hins vegar b) börn almennt verði fyrir áhrifum af eftirfarandi miðlum?

a) Þitt barn

	Að mjög miklu leyti 1	Að frekar miklu leyti 2	Hvorki að miklu né litlu leyti 3	Að frekar litlu leyti 4	Að mjög litlu leyti 5
Sjónvarp/video:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tölvuleikir o.þ.h.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetið:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Börn almennt

	Að mjög miklu leyti 1	Að frekar miklu leyti 2	Hvorki að miklu né litlu leyti 3	Að frekar litlu leyti 4	Að mjög litlu leyti 5
Sjónvarp/video:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tölvuleikir o.þ.h.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetið:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Að hve miklu leyti kemur fyrir að þú takmarkir notkun barnsins á eftirfarandi miðlum vegna áhyggna af því að innihald þeirra hafi neikvæð áhrif á barnið?

	Að mjög miklu leyti 1	Að frekar miklu leyti 2	Hvorki að miklu né litlu leyti 3	Að frekar litlu leyti 4	Að mjög litlu leyti 5
Sjónvarp/video:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tölvuleikir o.þ.h.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetið:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Aðstæður og búseta fjölskyldunnar

49. Á hvernig stað býrð þú?

- 1 ☐ Í Reykjavík eða nágrenni (Hafnarfjörður, Kópavogur, Mosfellsbær, Seltjarnarnes, Álftanes, Garðabær)
- 1 ☐ Í öðru þéttbýli með meira en 3000 íbúa
- 2 ☐ Í þéttbýli með 200–3000 íbúa
- 3 ☐ Á stað með innan við 200 íbúa eða í sveit

50. Ert þú gift/-ur, í sambúð eða einstæð/-ur?

- 1 ☐ Gift/-ur
- 2 ☐ Í sambúð
- 3 ☐ Einstæð/-ur

51. Hver er aldur þinn og aldur maka?

Foreldrið sem svarar:

ára

Maki:

ára

52. Hvar eru þú og maki þinn fædd/ur?

Foreldrið sem svarar

- 1 ☐ Á Íslandi
- 2 ☐ Í öðru norrænu landi
- 3 ☐ Í landi utan Norðurlandanna

Hvaða landi?

Maki

- 1 ☐ Á Íslandi
- 2 ☐ Í öðru norrænu landi
- 3 ☐ Í landi utan Norðurlandanna

Hvaða landi?

53. Hver er hæsta prófgráða sem þú og maki þinn hafið lokið?

Foreldrið sem svarar

- 1 ☐ Barna-, unglinga- eða grunnskólapróf
- 2 ☐ Gagnfræða- eða landspróf
- 3 ☐ Sveinspróf í iðngrein
- 3 ☐ Meistarapróf í iðngrein
- 3 ☐ Stúdentspróf
- 3 ☐ Annað próf á framhaldsskólastigi
- 4 ☐ Tækniskólapróf
- 5 ☐ Grunnpróf úr háskóla (t.d. BA., BS., B.Ed.)
- 6 ☐ Framhaldspróf úr háskóla (t.d. MA-, MS- eða M.Ed. próf)
- 7 ☐ Doktorspróf
- 8 ☐ Önnur menntun

Maki

- 1 ☐ Barna-, unglinga- eða grunnskólapróf
- 2 ☐ Gagnfræða- eða landspróf
- 3 ☐ Sveinspróf í iðngrein
- 3 ☐ Meistarapróf í iðngrein
- 3 ☐ Stúdentspróf
- 3 ☐ Annað próf á framhaldsskólastigi
- 4 ☐ Tækniskólapróf
- 5 ☐ Grunnpróf úr háskóla (t.d. BA., BS., B.Ed.)
- 6 ☐ Framhaldspróf úr háskóla (t.d. MA-, MS- eða M.Ed. próf)
- 7 ☐ Doktorspróf
- 8 ☐ Önnur menntun



54. Hver neðantalinnna valmöguleika lýsir best stöðu þinni og maka þíns?

Sá sem vinnur lítið merkir við það sem hann/hún fæst helst við, t.d. nám. Ath. mikilvægt er að fá upplýsingar um bæði þann sem svarar og maka viðkomandi.

Merkið í eins marga reiti og við á.

Foreldrið sem svarar

- 01 ☐ Bóndi
 02 ☐ Eigin atvinnurekstur
 03 ☐ Launþegi
 04 ☐ Lærlingur/nemi á launum
 05 ☐ Ellilífeyrisþegi
 06 ☐ Heimavinnandi (sér um heimilisstörf og sinnir fjölskyldu/börnum)
 07 ☐ Atvinnulaus. Hve lengi? mán.
 (Ef það er innan við einn mánuður, merktu þá 0)
 08 ☐ Á sjúkradagpeningum/örorkubótum
 09 ☐ Þigg framfærslustyrk frá sveitarfélagi
 10 ☐ Í foreldraorlofi
 11 ☐ Annað, hvað? Skrifist hér að neðan

Hver er atvinnan/starfið?

Ef þú vinnur ekki, hver var þá síðasta vinna/starf.

Gefðu örstutta starfslýsingu:

Maki

- 01 ☐ Bóndi
 02 ☐ Eigin atvinnurekstur
 03 ☐ Launþegi
 04 ☐ Lærlingur/nemi á launum
 05 ☐ Ellilífeyrisþegi
 06 ☐ Heimavinnandi (sér um heimilisstörf og sinnir fjölskyldu/börnum)
 07 ☐ Atvinnulaus. Hve lengi? mán.
 (Ef það er innan við einn mánuður, merktu þá 0)
 08 ☐ Á sjúkradagpeningum/örorkubótum
 09 ☐ Þigg framfærslustyrk frá sveitarfélagi
 10 ☐ Í foreldraorlofi
 11 ☐ Annað, hvað? Skrifist hér að neðan

Hver er atvinnan/starfið?

Ef þú vinnur ekki, hver var þá síðasta vinna/starf.

Gefðu örstutta starfslýsingu:

55. Hversu margar klukkustundir á viku vinnur þú og maki þinn?

Teldu með yfirvinnu, aukavinnu og aukastarf (ekki heimilisstörf).

Foreldrið sem svarar:

tímar á viku

☐ Vinn ekki

Maki:

tímar á viku

☐ Vinnur ekki

56. Hverjar eru ráðstöfunartekjur fjölskyldunnar á mánuði í þúsundum króna?

Átt er við samanlagðar tekjur allra í fjölskyldunni eftir að skattar hafa verið dregnir frá. Með tekjum er átt við laun, lífeyri, tekjur af eigin fyrirtæki, hlunnindi, bætur og slíkt.

Ráðstöfunartekjur fjölskyldunnar eru

þúsund krónur á mánuði



57. Gæti fjölskyldan reitt fram 300 þúsund krónur á innan við viku ef þær aðstæður kæmu upp að þess væri skyndilega þörf?

- 1 ☐ Já
2 ☐ Nei

58. Hefur fjölskyldan á síðastliðnum 12 mánuðum átt í erfiðleikum með að greiða dagleg útgjöld, eins og mat, húsnæði, reikninga o.s.frv.?

- 1 ☐ Já
2 ☐ Nei

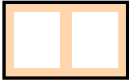
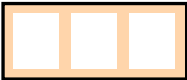
59. a) Hvernig býr fjölskyldan?

- 1 ☐ Í íbúð, í tví- eða fjölbýlishúsi
2 ☐ Í einbýlis- eða raðhúsi
3 ☐ Í annarskonar húsnæði, hvernig?

b) Hvernig er eignarhaldi á húsnæðinu háttað?

- 1 ☐ Eigið húsnæði
2 ☐ Búseturéttur (t.d. Búseti, Búmenn)
3 ☐ Leiguhúsnæði

60. Hvað er húsnæðið stórt í a) herbergjum talið og b) í fermetrum?

- a)  herbergi (svefnherbergi og stofa/ur teljast með)
b)  fermetrar (m²)

61. Hefur barnið eigið svefnherbergi?

- 1 ☐ Já
2 ☐ Nei, barnið deilir herbergi með systkini/-um
3 ☐ Nei, barnið deilir herbergi með foreldri/-um
4 ☐ Nei, barnið deilir herbergi með öðrum (en ofantöldum)

62. a) Hve oft tekur þú þátt í eftirfarandi með barninu?

	Aldrei	Einu sinni eða oftar...			
		á ári	í mánuði	í viku	Daglega
	1	2	3	4	5
a. Leika við barnið, spila (á) spil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fara í bíó, leikhús, á íþróttaviðburði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hjálpa við heimalærdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lesa bækur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fara í gönguferðir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Leika á hljóðfæri og/eða syngja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Taka þátt í íþróttum, líkamspjálfun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Frh. a) Hve oft tekur þú þátt í eftirfarandi með barninu?**

		Einu sinni eða oftar...				
		Aldrei	á ári	í mánuði	í viku	Daglega
h.	Horfa á sjónvarp/video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Spila tölvuleiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Vafra á netinu/blogga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Fara í búðir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Keyra barnið (annað en í skólann)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Fara á tónleika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Gera eitthvað annað (nefnið dæmi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Hve oft tekur maki þinn þátt í eftirfarandi með barninu?

		Einu sinni eða oftar...				
		Aldrei 1	á ári 2	í mánuði 3	í viku 4	Daglega 5
a.	Leika við barnið, spila (á) spil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Fara í bíó, leikhús, á íþróttaviðburði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Hjálpa við heimalærdóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Lesi bækur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Fara í gönguferðir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Leika á hljóðfæri og/eða syngja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Taka þátt í íþróttum, líkamsþjálfun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Horfa á sjónvarp/video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Spila tölvuleiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Vafra á netinu/blogga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Fara í búðir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Keyra barnið (annað en í skólann)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Fara á tónleika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Eitthvað annað (nefnið dæmi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Hversu oft notar þú og maki þinn internetið í frítíma ykkar?**Foreldrið sem svarar**

- 1 ☐ Aldrei
 2 ☐ Einu sinni eða oftar á ári
 3 ☐ Einu sinni eða oftar í mánuði
 4 ☐ Einu sinni eða oftar í viku
 5 ☐ Daglega

Maki

- 1 ☐ Aldrei
 2 ☐ Einu sinni eða oftar á ári
 3 ☐ Einu sinni eða oftar í mánuði
 4 ☐ Einu sinni eða oftar í viku
 5 ☐ Daglega
 6 ☐ Enginn maki





64. Telur þú að þú fái þá hjálp og aðstoð með barn/börn og heimili sem þú þarft á að halda?

1 ☐ Já —————> **Hver veitir þér þá aðstoð?**

Merktu í einn eða fleiri reiti eftir því sem við á.

☐ Maki

☐ Fyrri maki

☐ Börnin

☐ Ættingjar

☐ Nágrannar/vinir/kunningjar

☐ Samfélagið (þjónusta sveitarfélagsins, t.d. heimaþjónusta, skammtímavistun)

☐ Aðrir, hverjir?

2 ☐ Nei —————> **Hvernig hjálp myndir þú vilja fá við heimilisstörf og umönnun barna?**

65. Hve mikla hjálp telur þú þig fá við spurningar eða hversdagsleg vandamál sem upp koma varðandi heilbrigði barnsins, uppeldi og fleira?

Merkið í einn reit í hverjum lið.

	Litla hjálp	Nokkra hjálp	Alla hugsanlega hjálp
	1	2	3
a. Frá fólki sem starfar að heilbrigðis- og uppeldismálum (s.s. læknum, hjúkrunarfræðingum, kennurum, félagsráðgjöfum, námsráðgjöfum o.s.frv.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Frá ættingjum, vinum eða vinnufélögum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Hefur fjölskyldan farið saman í ferðalag síðastliðna 12 mánuði?

Innanlands

1 ☐ Nei

2 ☐ Já

Utanlands

1 ☐ Nei

2 ☐ Já

67. Hefur þú/þið haft með höndum einhver trúnaðarstörf í félagi eða samtökum síðastliðin ár?

Foreldrið sem svarar:

1 ☐ Já 2 ☐ Nei

Maki:

1 ☐ Já 2 ☐ Nei





Heilsa og líðan foreldra

68. Finnur þú eða maki þinn til einhverra eftirtalinna óþæginda?

Krossið einungis við ef óþægindin gera vart við sig a.m.k. vikulega eða aðra hvora viku að jafnaði.

a) Foreldrið sem svarar

Eru óþægindin:

	Nei 1	Já 2	Lítill 3	Allnokkur 4	Mikil 5
a. Magaóþægindi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Höfuðverkur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Svefnleysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Svimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bakverkur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Lystarleysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Kvíði, óróleiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Langvinnur sjúkdómur eða fötlun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i. Ef langvinnur sjúkdómur eða fötlun, þá hver?

1 ☐ Engin óþægindi

b) Maki

Eru óþægindin:

	Nei 1	Já 2	Lítill 3	Allnokkur 4	Mikil 5
a. Magaóþægindi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Höfuðverkur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Svefnleysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Svimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bakverkur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Lystarleysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Kvíði, óróleiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Langvinnur sjúkdómur eða fötlun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i. Ef langvinnur sjúkdómur eða fötlun, þá hver?

☐ Engin óþægindi

69. Hefur þú eða maki þinn verið frá vinnu vegna veikinda einhvern tíma á síðastliðnum 12 mán.?

Foreldrið sem svarar:

Maki:

1 ☐ Já. Hve lengi? daga alls

1 ☐ Já. Hve lengi? daga alls

2 ☐ Nei

2 ☐ Nei



+

+

70. Hversu ánægð/-ur eða óánægð/-ur ert þú með aðstæður þínar hvað varðar eftirfarandi?*Merktu í einn reit í hverri línu.*

	Mjög ánægð/-ur	Frekar ánægð/-ur	Hvorki ánægð/-ur né óánægð/-ur	Frekar óánægð/-ur	Mjög óánægð/-ur
	1	2	3	4	5
a. Húsnæði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Atvinnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fjárhag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menntun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Heilsu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Fjölskylduaðstæður	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Frítíma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Samband við vini og kunningja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Möguleika þína á að hafa áhrif á líf þitt og fjölskyldunnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Finnur þú oft lausn á vandamálum og erfiðleikum sem öðrum þykja vonlaus?

- 1 ☐ Já, oftast
 2 ☐ Já, stundum
 3 ☐ Nei

72. Ertu yfir höfuð ánægð/-ur með þitt daglega líf?

- 1 ☐ Já, oftast
 2 ☐ Já, stundum
 3 ☐ Nei

73. Finnst þér erfitt að skilja það sem gerist í lífi þínu frá degi til dags?

- 1 ☐ Já, oftast
 2 ☐ Já, stundum
 3 ☐ Nei

74. Finnst þér þú eiga í vandræðum með að halda utan um þitt daglega líf?

- 1 ☐ Já, oftast
 2 ☐ Já, stundum
 3 ☐ Nei

75. Hver svaraði aðallega spurningalistanum?*Merkið aðeins í einn reit.*

- 1 ☐ Móðir barnsins
 2 ☐ Faðir barnsins
 3 ☐ Annar, hver?

+

+

+

 $+$

76. Svaraðirðu spurningunum ásamt öðru foreldri, barninu sjálfu eða einhverjum öðrum?

Merkið í eins marga reiti og við á.

☐ Ásamt öðru foreldri

☐ Ásamt barninu sjálfu

☐ Ásamt öðrum, hverjum?

☐ Ein/n

77. Aðrar upplýsingar eða sjónarmið sem þú vilt koma á framfæri:

Vinsamlegast athugaðu hvort öllum spurningunum hefur verið svarað.
Ef svo er settu spurningalistann þá í svarumslag og komdu því í póst.

Með kærri þökk fyrir þátttökuna

+

+



Kærar þakkir fyrir þátttökuna

