

Spørsmål til omsorgsgivere T3

Terapeut-ID (fylles ut av terapeut)

(Alltid tre siffer, f eks 631)

Barnet/familiens ID-nummer (fylles ut av terapeut)

(Samme som barnets nummer i Forløpsloggen)

Kjære omsorgsgiver,

Tusen takk for at du svarer på disse spørsmålene!

Svarene dine er viktige for å gi mer kunnskap om hvordan behandlingen fungerer.

Spørsmålene handler om hvordan du og barnet har det.

Flere av spørsmålene har du svart på tidligere, vi spør igjen fordi en viktig del av forskningen er å se på mulige endringer.

Noen spørsmål kan være vanskelige å svare på. Svar så godt du kan på alt og velg de svarene som passer best for deg.

Spørreskjemaet vil denne gangen ta ca 15-20 minutter å fylle ut.

Velg svaret som passer ditt barn best.

	Aldri	Av og til	Ofte
1. Føler tristhet; er ikke glad			
2. Føler håpløshet			
3. Ser ned på seg selv			
4. Bekymrer seg mye			
5. Virker å ha det mindre gøy enn før			
6. Er urolig, klarer ikke sitte stille			
7. Dagdrømmer for mye			
8. Blir lett distraheret			
9. Har problemer med å konsentrere seg			
10. Handler som drevet av en motor			
11. Slåss med andre barn			
12. Hører ikke på regler			
13. Forstår ikke andre menneskers følelser			
14. Erter andre			
15. Skylder på andre for sine vansker			
16. Nekter å dele			
17. Tar ting som ikke tilhører han/henne			

Noen ganger kan omsorgsgivere streve med egne vansker. Dette kan enten være knyttet til noe du har opplevd selv, eller hvordan dere har det hjemme i familien. Vi lurer på om arbeidet med barnets behandling også kan påvirke vansker foreldre/omsorgsgivere opplever selv. De neste spørsmålene handler derfor om deg og hvordan du har det.

De neste spørsmålene handler om reaksjoner som foreldre/omsorgsgivere kan oppleve når barnet deres har vært utsatt for eller opplevd noe vondt.

For hvert utsagn, velg svaret som best beskriver din reaksjon i løpet av de to siste ukene i forhold til det barnet ditt har opplevd eller vært vitne til.

	1 Aldri	2 Sjelden	3 Noen ganger	4 Ofte	5 Alltid
1. Jeg har vært oppskaket over det barnet mitt har opplevd.					
2. Jeg tenker på det barnet mitt har opplevd mens jeg jobber.					
3. Jeg har vært lei meg for det barnet mitt har opplevd.					
4. Jeg er redd for hva andre mennesker vil tenke om det barnet mitt har opplevd.					
5. Jeg føler at jeg burde ha klart å hindre det som skjedde.					
6. Jeg har følt meg redd etter det barnet mitt opplevde					
7. Jeg har problemer med å sovne om natten fordi jeg tenker på det barnet mitt har opplevd.					
8. Jeg har vært sint for det barnet mitt har opplevd.					
9. Etter det barnet mitt opplevde, har jeg hatt hodepine, vondt i magen, etc.					
10. Jeg har vært flau over det barnet mitt har opplevd.					
11. Jeg har grått over det som barnet mitt har opplevd.					
12. Jeg har følt meg skamfull over det barnet mitt har opplevd.					
13. Jeg har følt meg ansvarlig for det barnet mitt har opplevd.					
14. Etter det barnet mitt opplevde har jeg følt meg usikker					
15. Jeg har dårlig samvittighet for at jeg ikke visste om det som skjedde med barnet mitt før (Dersom du fikk vite om hendelsen med en gang/ dette ikke er aktuelt, kryss av for 1 Aldri)					

De neste spørsmålene handler om følelser og oppfatninger om det å være foreldre.

Tenk på hver av punktene med hensyn til hvordan forholdet til ditt eller dine barn typisk er. Angi i hvilken grad du er enig eller uenig i beskrivelsene.

	Veldig uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Veldig enig
1. Jeg gleder meg over å være forelder					
2. Det er lite eller ingen ting jeg ikke ville gjort for barnet mitt/ barna mine hvis det var nødvendig					
3. Det å ha omsorg for barnet mitt (barna mine) krever noen ganger mer tid og energi enn det jeg har					
4. Noen ganger bekymrer jeg meg for om jeg gjør nok for barnet mitt (barna mine)					
5. Jeg føler meg nært knyttet til barnet mitt (barna mine)					
6. Jeg trives med å bruke tid sammen med barnet mitt (barna mine)					
7. For meg er barnet mitt (barna mine) en viktig kilde til kjærlighet					
8. Det å ha barn gir meg et klarere og mer optimistisk syn på fremtiden					
9. Barnet mitt (barna mine) er den viktigste årsaken til stress i livet mitt					
10. Det å ha barn gjør at jeg har lite tid og fleksibilitet i livet mitt					
11. Det å ha barn har vært en økonomisk byrde					
12. Det er vanskelig å oppfylle forskjellige forpliktelser på grunn av barnet mitt/barna mine					
13. Atferden til barnet mitt (barna mine) er ofte pinlig eller stressende for meg					
14. Hvis jeg kunne gjøre det om igjen hadde jeg kanskje valgt å ikke få barn					
15. Jeg føler meg overveldet av ansvaret med å være forelder					
16. Det å ha barn har ført til at jeg har fått for få valgmuligheter og for lite kontroll over livet mitt					
17. Jeg er fornøyd med å være forelder					
18. Jeg gleder meg over barnet mitt (barna mine)					

Under finner du en liste over ulike plager.

Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)?

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1. Plutselig frykt uten grunn				
2. Føler deg redd eller engstelig				
3. Matthet eller svimmelhet				
4. Føler deg anspent eller oppjaget				
5. Lett for å klandre deg selv				
6. Søvnproblemer				
7. Følelse av å være unyttig, lite verdt				
8. Nedtrykt, tungsindig (trist)				
9. Følelse av at alt er et slit				
10. Følelse av håpløshet med tanke på framtiden				

De neste spørsmålene handler om belastende hendelser du selv kan ha opplevd.

Siden forrige gang du svarte på disse spørsmålene...
(omtrent 6 uker siden)

	Ja	Nei
1. ...har du hatt en livstruende sykdom?		
2. ...har du vært med i en livstruende ulykke?		
3. ...har du vært direkte berørt av en naturkatastrofe?		
4. ...har du blitt utsatt for ran eller overfall med bruk av fysisk makt eller våpen?		
5. ...har noen i din aller nærmeste familie, samboer/kjæreste eller svært nær venn dødd i ulykke, drap eller selvmord?		
6. ...har du opplevd at noen (foreldre, annet familie-medlem, partner, bekjent eller andre) ved bruk av fysisk makt eller trusler har tvunget deg til å ha samleie eller oral sex eller anal sex mot din vilje? (Enten ved å fysisk tvinge deg, true deg, eller ved å utnytte en situasjon der du ikke kunne forsvare deg, for eksempel at du sov eller var bevisstløs/beruset.)		
7. Annet enn de hendelsene du allerede har krysset av for: ...har du opplevd at noen har berørt kjønnsorganene dine mot din vilje, eller fått deg til å berøre sitt kjønnsorgan mot din vilje? *		
8. Da du var barn: Opplevde du at en av foreldrene dine, en omsorgsperson eller noen annen voksen noen gang sparket deg, slo deg, eller på annen måte angrep eller skadet deg?		
9. ...har du blitt sparket, slått, banket opp eller på annen måte blitt fysisk skadet av en partner, en kjæreste, et familie-medlem, en bekjent eller en annen?		
10. ...har en av foreldrene dine, en kjæreste/partner eller familiemedlem gjentatte ganger latterliggjort deg, ydmyket deg eller fortalt deg at du ikke er noen ting verdt?		
11. ...har noen utenfor familien, som medelever eller kollegaer, gjentatte ganger latterliggjort deg, ydmyket deg eller fortalt deg at du ikke er noen ting verdt?		
12. Annet enn de hendelsene du allerede har krysset av for: ...har du opplevd at noen har truet deg med et våpen (som for eksempel en kniv eller en pistol)?		
13. ...har du vært vitne til at en annen person ble drept, alvorlig skadet, mishandlet eller utsatt for et seksuelt overgrep?		
14. ...har du opplevd noen annen situasjon der du ble alvorlig skadet eller livet ditt var i fare (for eksempel militær strid, opphold i krigssone eller et terrorangrep)?		
15. Annet enn de hendelsene du allerede har krysset av for: ...har du opplevd noen annen situasjon som var veldig skremmende eller fryktelig, eller der du følte deg svært hjelpeløs		

Hvis du **ikke** krysset ja på en eneste hendelse på forrige side, enten denne gangen eller når du har fylt ut tidligere, kan du gå videre til neste side uten å svare på spørsmålene under.

Hvis du krysset ja på noe på forrige side, enten denne gangen eller når du har fylt ut tidligere, ber vi deg lese hvert av punktene under og deretter krysse av for hvor mye du har vært plaget **i løpet av den siste måneden**.

	Slett ikke	Ganske lite	Moderat	Ganske mye	Svært mye
1. Gjentatte, forstyrrende og uønskede minner om den/de belastende opplevelsen/e?					
2. Gjentatte og forstyrrende drømmer om den/de belastende opplevelsen/e?					
3. At du plutselig føler eller handler som om den/de belastende hendelsen/e faktisk skjedde igjen (som om du faktisk var tilbake og gjenopplevde den)?					
4. Føler deg veldig opprørt når noe minner deg om den/de belastende opplevelsen/e.					
5. Sterke fysiske reaksjoner når noe minner deg om den/de belastende opplevelsen/e (f.eks. hjertebank, åndenød, svetting)?					
6. Unngår minner, tanker eller følelser forbundet med den/de belastende opplevelsen/e?					
7. Unngår forhold som minner om den/de belastende opplevelsen/e (f.eks. personer, steder, samtaler, aktiviteter, objekter eller situasjoner)?					
8. Problemer med å huske viktige deler av den/de belastende opplevelsen/e?					
9. Sterke negative oppfatninger om deg selv, andre mennesker eller verden (f.eks. tanker som: Jeg er et dårlig menneske, det er noe alvorlig galt med meg, ingen er til å stole på, verden er gjennomgående farlig)?					
10. Klandrer deg selv eller noen andre for hendelsen/e eller det som skjedde etter hendelsen/e?					
11. Sterke negative følelser som frykt, skrekk, sinne, skyld eller skam?					
12. Tap av interesse for aktiviteter som du pleide å like?					
13. Føler deg fjern eller avskåret fra andre mennesker?					
14. Problemer med å ha positive følelser (f.eks. ute av stand til å føle glede eller ha varme følelser for mennesker som står deg nær)?					
15. Irritabel oppførsel, sinneutbrudd eller aggressivitet?					
16. Tar for mange sjanser eller gjør ting som kan skade deg?					
17. Er overdrevent oppmerksom, skjerpet eller på vakt?					
18. Følelsen av å være skvetten eller lettskremt?					
19. Vanskeligheter med å konsentrere deg?					
20. Vanskeligheter med å falle i søvn eller sove uavbrutt?					

Hva synes du om de følgende påstandene?

Les hver påstand nøye og fortell oss i hvilken grad du er enig eller uenig.

	Svært sterkt uenig	Sterkt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Sterkt enig	Svært sterkt enig
1. Jeg har en spesiell person som er tilgjengelig når jeg har det vanskelig.							
2. Jeg har en spesiell person som jeg kan dele mine gleder og sorger med.							
3. Familien min prøver virkelig å hjelpe meg.							
4. Jeg får den følelsesmessige hjelp og støtte som jeg trenger fra min familie.							
5. Jeg har en spesiell person som virkelig er en kilde til trøst for meg.							
6. Mine venner prøver virkelig å hjelpe meg.							
7. Jeg kan regne med mine venner når ting går galt.							
8. Jeg kan snakke om mine problemer med min familie.							
9. Jeg har venner som jeg kan dele mine gleder og sorger med.							
10. Jeg har en spesiell person i mitt liv som bryr seg om mine følelser.							
11. Min familie er villig til å hjelpe meg å ta beslutninger.							
12. Jeg kan snakke om mine problemer med mine venner.							

Til slutt håper vi du kan hjelpe oss med å forbedre Trinnvis TF-CBT ved å svare på noen spørsmål om hjelpen du har fått. Vi ønsker at du gir din ærlige tilbakemelding, enten den er positiv eller negativ.

1. Hvordan vil du vurdere kvaliteten på tjenestene du fikk?

Utmerket
God
Grei nok
Dårlig

2. Fikk du den tjenesten du ønsket?

Nei, absolutt ikke
Nei, ikke egentlig
Ja, stort sett
Ja, absolutt

3. I hvilken grad har Trinnvis TF-CBT oppfylt dine behov?

Nesten alle behovene mine er oppfylt
De fleste behovene mine er oppfylt
Bare noen få av behovene mine er oppfylt
Ingen av behovene mine er oppfylt

4. Hvis en venn hadde behov for lignende hjelp ville du anbefale Trinnvis TF-CBT til han eller henne?

Nei, absolutt ikke
Nei, det tror jeg ikke
Ja, stort sett
Ja, absolutt

5. Hvor fornøyd er du med omfanget av hjelpen du har fått?

Ganske fornøyd
Nøytral eller litt misfornøyd
For det meste fornøyd
Svært fornøyd

6. Har tjenestene du fikk hjulpet deg med å håndtere problemene dine på en bedre måte?

Ja, de har hjulpet mye
Ja, de har hjulpet litt
Nei, de har egentlig ikke hjulpet
Nei, de virker å ha gjort ting verre

7. Totalt sett, hvor fornøyd er du med hjelpen du har fått?

Svært fornøyd
For det meste fornøyd
Nøytral eller litt misfornøyd
Ganske misfornøyd

8. Hvis du skulle ha behov for hjelp igjen, ville du komme tilbake til Trinnvis TF-CBT?

Nei, absolutt ikke
Nei, det tror jeg ikke
Ja, det tror jeg
Ja, absolutt

Har du noen kommentarer eller forslag til behandlingen?