

CPCHILD©

Caregiver Priorities & Child Health Index of Life with Disabilities

(Omsorgsgivers prioriteringer & helseregister for barn med funksjonshemninger)

Instruksjon

1. Dette spørreskjemaet handler om ditt barns helse, komfort og velbefinnende, og om å gi omsorg for hans/hennes behov.
2. Vennligst les instruksjonene nøye.
3. Vennligst svar på alle spørsmålene ved å sette ring rundt tallet som passer best. Du kan skrive kommentarer/klargjøringer i mellomrommet under hvert spørsmål.

For eksempel

BEHOV FOR ASSISTANSE

Tenk over hvordan hver enkelt av følgende aktiviteter vanligvis utføres av/for ditt barn. Vurder hvor vanskelig hver av disse aktivitetene var i løpet av de 2 siste ukene, og velg hvilken grad av assistanse som var nødvendig for å hjelpe ditt barn til å utføre disse aktivitetene.

I løpet av <u>de 2 siste ukene</u> , Hvor vanskelig var følgende:	Ikke Mulig	Svært vanskelig	Vanskelig	Litt vanskelig	Lett	Svært lett	Ikke vanskelig i det hele tatt	TOTAL	MODERAT	MINIMAL	SELVSTENDIG
1. Ta på/bruke noe på føttene? (sokker, sko, skinner, etc	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

I eksemplet over ble aktiviteten å ta på/bruke noe på føttene rangert som *svært lett*, og barnet hadde behov for *minimal* grad av assistanse til å ta på noe på føttene.

4. På slutten av hver seksjon er det plass til å føre opp elementer du savner i spørreskjemaet, og som du mener er viktige for ditt barns helse, komfort og velbefinnende.

Barnets navn: _____

Navn på forelder eller omsorgsgiver som fyller ut spørreskjemaet:

Dato: _____

DEL 1: PERSONLIG STELL

BEHOV FOR ASSISTANSE

Tenk over hvordan hver enkelt av følgende aktiviteter vanligvis utføres av/for ditt barn. Vurder hvor vanskelig hver av disse aktivitetene var i løpet av de 2 siste ukene, og velg hvilken grad av assistanse som var nødvendig for å hjelpe ditt barn til å utføre disse aktivitetene.								TOTALT	MODERAT	MINIMAL	SELVSTENDIG
I løpet av de 2 siste ukene, hvor vanskelig var følgende:	Ikke mulig	Svært vanskelig	Vanskelig	Litt vanskelig	Lett	Svært lett	Ikke vanskelig i det hele tatt				
1. å spise/drikke eller bli matet?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2. opprettholde munnhygiene? (holde munn og tenner rene)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
3. bading/vasking?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
4. toalettsituasjonen? (blære- og tarmfunksjon, hygiene, osv.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
5. å skifte bleier/undertøy?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
6. ta på/av klær på overkroppen? (skjorte, jakke, osv.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
7. ta på/av klær på underkroppen? (bukser, stillongs, osv.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
8. ta på/bruke noe på føttene? (sokker, sko, skinner, osv.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
9. hårpleie (vaske, tørke, børste/gre, flette, osv.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1A. annen aktivitet innen personlig pleie? Beskriv: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1B. annen aktivitet innen personlig pleie? Beskriv: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

DEL 2: STILLING, FORFLYTTING & MOBILITET

BEHOV FOR ASSISTANSE

Tenk over hvordan hver enkelt av følgende aktiviteter vanligvis utføres av/for ditt barn. Vurder hvor vanskelig hver av disse aktivitetene var i løpet av de 2 siste ukene, og velg hvilken grad av assistanse som var nødvendig for å hjelpe ditt barn til å utføre disse aktivitetene.								TOTALT	MODERAT	MINIMAL	SELVSTENDIG
I løpet av de 2 siste ukene, hvor vanskelig var følgende:	Ikke mulig	Svært vanskelig	Vanskelig	Litt vanskelig	Lett	Svært lett	Ikke vanskelig i det hele tatt				
10. å komme seg inn og ut av sengen?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
11. å komme seg inn og ut av rullestol/stol?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
12. å sitte i rullestol/stol?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
13. å stå for trening/forflytting?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
14. å forflytte seg i hjemmet? (på hvilken som helst måte)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
15. å forflytte seg utendørs (på hvilken som helst måte)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
16. å komme seg inn og ut av transportmidler (bil, varebil, buss)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
17. å besøke offentlige steder (park, teater, severdigheter, osv)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2A. andre aktiviteter? Beskriv: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2B. andre aktiviteter? Beskriv: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

DEL 3: VELVÆRE & FØLELSER

I løpet av de <u>2 siste ukene</u> , hvor ofte opplevde barnet ditt smerte eller ubehag...							INTENSITET			
	HVER DAG	VELDIG OFTE	GANSKE OFTE	NOEN FÅ GANGER	EN ELLER TO GANGER	INGEN GANGER	S T E R K	M O D E R A T	M I L D	I N G E N
18. ved spising /driking eller mating?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
19. i løpet av toalettsituasjon? (blære- og tarmfunksjon, hygiene, bleieskift, osv.)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
20. under på-/avkledning?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
21. under forflytting eller stillingsendringer?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
22. I sittende posisjon?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. mens hun/han lå i sengen?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
24. som forstyrret ditt barns søvn?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. under andre aktiviteter? Beskriv: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. under andre aktiviteter? Beskriv: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

I løpet av de siste 2 ukene, hvor ofte var barnet ditt:										
25. urolig, oppbrakt eller sint?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26. lei seg eller trist?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

DEL 4: KOMMUNIKASJON & SOSIAL INTERAKSJON

Tenk over hvordan hver enkelt av følgende aktiviteter **vanligvis** utføres av/for ditt barn.

Vurder hvor **vanskelig** hver av disse aktivitetene var i løpet av de 2 siste ukene.

I løpet av de 2 siste ukene, hvor store vansker hadde ditt barn med...	Ikke mulig	Svært vanskelig	Vanskelig	Litt vanskelig	Lett	Svært lett	Ikke vanskelig i det hele tatt
27. å forstå deg?	0	1	2	3	4	5	6
28. å bli forstått av deg?	0	1	2	3	4	5	6
29. å kommunisere med andre som ikke kjenner barn ditt godt?	0	1	2	3	4	5	6
30. å leke alene?	0	1	2	3	4	5	6
31. å leke med andre	0	1	2	3	4	5	6
32. å være på skole / i barnehage?	0	1	2	3	4	5	6
33. å delta i fritidsaktiviteter (svømming, samhandling med familie og venner, osv).	0	1	2	3	4	5	6
4A. andre sosiale aktiviteter? Beskriv: _____ _____	0	1	2	3	4	5	6
4B. Andre sosiale aktiviteter? Beskriv: _____ _____	0	1	2	3	4	5	6

DEL 5: HELSE

I løpet av de 2 siste ukene...	<i>Vennligst sett ring rundt svaret som passer best</i>					
34. Hvor mange ganger har ditt barn hatt behov for å oppsøke lege eller sykehus? _____	Innlagt mer enn 7 dager	Innlagt mindre enn 7 dager	3 eller flere ganger	2 ganger	1 gang	Ingen ganger

I løpet av de 2 siste ukene...	<i>Veldig dårlig</i>	<i>Dårlig</i>	<i>Noenlunde bra</i>	<i>Bra</i>	<i>Veldig bra</i>	<i>Utmerket</i>
35. Hvordan vil du beskrive ditt barns generelle helse? _____	0	1	2	3	4	5

36. Skriv opp medikamentene ditt barn har brukt i løpet av de siste 2 ukene

0. Ingen medikamenter

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

DEL 6: DITT BARNS GENERELL LIVSKVALITET

I løpet av de 2 siste ukene...	<i>Veldig dårlig</i>	<i>Dårlig</i>	<i>Noenlunde bra</i>	<i>Bra</i>	<i>Veldig bra</i>	<i>Utmerket</i>
37. Hvordan vil du vurdere ditt barns generell livskvalitet? _____	0	1	2	3	4	5

DEL 7: VIKTIGHETEN AV AKTIVITETER FOR DITT BARNES LIVSKVALITET

I hvor stor grad tror du viktigheten av disse aktivitetene påvirker ditt barns livskvalitet?	Minst viktig	Lite viktig	Litt viktig	Ganske viktig	Veldig viktig	Viktigst
1. Å spise / drikke eller bli matet	0	1	2	3	4	5
2. Å opprettholde munnhygiene	0	1	2	3	4	5
3. Bading / vasking	0	1	2	3	4	5
4. Toalettsituasjon / hygiene	0	1	2	3	4	5
5. Å skifte bleier / undertøy	0	1	2	3	4	5
6. Å ta på / av klær på overkroppen	0	1	2	3	4	5
7. Å ta på / av klær på underkroppen	0	1	2	3	4	5
8. Å ta på / ha på noe på føttene	0	1	2	3	4	5
9. Hårpleie / stell	0	1	2	3	4	5
10. Å komme seg inn og ut av sengen	0	1	2	3	4	5
11. Å komme seg inn og ut av rullestol / stol	0	1	2	3	4	5
12. Sitte i rullestol / stol	0	1	2	3	4	5
13. Stå for mosjon / forflytting	0	1	2	3	4	5
14. Å forflytte seg innendørs	0	1	2	3	4	5
15. Å forflytte seg utendørs	0	1	2	3	4	5
16. Å komme seg inn / ut av transportmiddel	0	1	2	3	4	5
17. Å besøke offentlige steder	0	1	2	3	4	5
18. Å ha det behagelig i matsituasjon	0	1	2	3	4	5
19. Å ha det behagelig i toalettsituasjon	0	1	2	3	4	5
20. Å ha det behagelig under påkledning / avkledning	0	1	2	3	4	5
21. Å ha det behagelig under forflytting eller stillingsendring	0	1	2	3	4	5
22. Å ha det behagelig i sittende stilling	0	1	2	3	4	5
23. Å ha det behagelig i liggende stilling	0	1	2	3	4	5

24. Ha det behagelig under søvn	0	1	2	3	4	5
25. Følelsmessig tilstand eller atferd	0	1	2	3	4	5
26. Å være lykkelig	0	1	2	3	4	5
27. Å kunne forstå deg	0	1	2	3	4	5
28. Å kunne bli forstått av deg	0	1	2	3	4	5
29. Å kunne kommunisere med andre	0	1	2	3	4	5
30. Å kunne leke alene	0	1	2	3	4	5
31. Å kunne leke med andre	0	1	2	3	4	5
32. Å kunne gå på skole / I barnehage	0	1	2	3	4	5
33. Å kunne delta I fritidsaktiviteter	0	1	2	3	4	5
34. Å redusere antall legebesøk / sykehusinnleggelse	0	1	2	3	4	5
35. Generell helse	0	1	2	3	4	5
36. Å redusere antall medikamenter	0	1	2	3	4	5

DEL 8: OPPLYSNINGER OM DITT BARN

1. Mitt barn er en:	<input type="checkbox"/> Gutt	<input type="checkbox"/> Jente
2. Hva er ditt barns fødselsdato:	____/____/____ dag måned år	
3. Hvilket trinn er det høyeste ditt barn har fullført? (ett kryss)	Barnehage _____ 1. klasse _____ 2. klasse _____ 3. klasse _____ 4. klasse _____ 5. klasse _____ 6. klasse _____ 7. klasse _____ 8. klasse _____ 9. klasse _____ 10.klasse _____ 1. år videregående _____ 2. år videregående _____ 3. år videregående _____ 4. år videregående _____ 5. år videregående _____	

DEL 9: OPPLYSNINGER OM DEG

1. Er du:	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne
2. Hva er din fødselsdato:	_____ / _____ / _____ dag måned år
3. Hvilke av følgende beskrivelser passer best til din nåværende yrkesstatus? (sett kryss ved alle som passer)	Er ikke i arbeid pga mitt barns helse _____ Er ikke i arbeid av andre grunner _____ Ser etter arbeid utenfor hjemmet _____ Arbeider fulltid eller deltid (enten utenfor hjemmet eller i hjemmefirma) _____ Er hjemmeværende _____
4. Hvilket av følgende utsagn beskriver best ditt forhold til barnet:	Biologisk forelder _____ Steforeldre _____ Fosterforeldre _____ Adoptivforeldre _____ Verge _____ Profesjonell omsorgsarbeider _____ Andre (forklar) _____
5. I gjennomsnitt, hvor mange dager per uke er du ansvarlig for omsorgsaktiviteter overfor ditt barn?	_____ dager per uke
6. Hva er din høyeste fullførte utdanning?	Ungdomsskole _____ Videregående _____ Fagbrev _____ Høyskole eller universitets- utdanning _____ Annen utdanning (beskriv) _____

Hvor lang tid har det tatt deg kun å fylle ut dette spørreskjema (timer / minutter): _____

TAKK FOR DELTAGELSEN!