

CPCHILD

نگرش مراقب و شاخص سلامت زندگی کودک با ناتوانی

Research Team:

Abbasi, Vahid (Master in OT), Pediatric Neurorehabilitation Research Center
University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Soleimani, Farin (M.D, Pediatrician, Associate Professor), Pediatric
Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and
Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Rassafiani, Mehdi (Ph.D, Occupational Therapist, Assistant Professor)
Pediatric Neurorehabilitation Research Center, Department of Occupational
Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
Email: mrassafiani@yahoo.com

عباسی، وحید: کارشناس ارشد کاردرمانی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب کودکان، دانشگاه علوم
بهزیستی و توانبخشی

سلیمانی، فرین: دکترای متخصص اطفال و داتشیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب کودکان، دانشگاه علوم
بهزیستی و توانبخشی

رصاصیانی، مهدی: دکترای کاردرمانی و استادیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب کودکان، گروه آموزشی
کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

ایمیل: mrassafiani@yahoo.com

CPCHILD

نگرش مراقب و شاخص سلامت زندگی کودک با ناتوانی

دستورالعمل

- ۱- این پرسشنامه در باره سلامت، آسایش و رفاه کودک شما و در خصوص مراقبت از نیازهایش می باشد.
- ۲- لطفا دستورالعمل را به دقت بخوانید.
- ۳- لطفا به همه سوالات با کشیدن دایره دور بهترین عدد جواب دهید. شما می توانید پیشنهادات یا توضیحات را در جای خالی زیر هر سوال بنویسید.

به عنوان مثال:

سطح کمک

مستقل	حداقل نظارت	متوسط	کامل	بررسی کنید هر کدام از فعالیتهای زیر <u>معمولا</u> چگونه توسط کودکان یا برای او انجام می گیرد. تعیین کنید هر کدام از این فعالیتها در ۲ هفته گذشته چقدر سخت بوده است، <u>و سطح کمک</u> مورد نیاز کودکان برای اجرای این فعالیتها را انتخاب کنید.							
				اصلا بدون مشکل	خیلی آسان	آسان	کمی سخت	سخت	خیلی سخت	بجز ممکن	
۳	۲	۱	۰	۴	۵	۴	۳	۲	۱	۰	در طول ۲ هفته گذشته، موارد زیر چقدر سخت بوده است: ۱. پوشیدن پای پوش؟ (جوراب، کفش، بریس و غیره)

در مثال بالا، درجه تکلیف پوشیدن پای پوش خیلی آسان تعیین شده است، و کودک نیاز به سطح کمک حداقل نظارت برای پوشیدن پای پوش دارد.

۴- در پایان هر بخش جای خالی برای اضافه کردن هر موردی که فکر می کنید برای سلامت، آسایش و رفاه کودک شما مهم است و از پرسشنامه جا انداخته شده وجود دارد.

نام کودک :

تاریخ:

نام والد یا مراقب پرکننده پرسشنامه :

بخش ۱: مراقبت فردی/ فعالیت های روزمره زندگی

سطح کمک

مستقل	حداقل نظارت	متوسط	کامل	در طول ۲ هفته گذشته، موارد زیر چقدر سخت بوده است:							
				اصلاً بدون مشکل	خیلی آسان	آسان	کمی سخت	سخت	خیلی سخت	غیر ممکن	
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱. خوردن/نوشیدن یا تغذیه شدن؟ (در روش معمول که انجام می گیردمثل از طریق دهان یا با تیوب یا هر دو)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲. حفظ بهداشت دهان؟ (تمیز نگهداشتن دهان و دندان)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳. حمام کردن / شستشو کردن؟
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴. فعالیت های مربوط به دستشویی رفتن؟ (عملکرد مثانه و روده بزرگ، بهداشت و غیره)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۵. تعویض کردن لباس زیر / پوشک؟
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶. پوشیدن / در آوردن لباس بالا تنه؟ (پیراهن، ژاکت و غیره)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۷. پوشیدن / در آوردن لباس پایین تنه؟ (شلوار، زیر شلواری و غیره)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۸. پوشیدن پای پوش؟ (جوراب، کفش، بریس و غیره)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۹. مراقبت از مو؟ (شستن، خشک کردن، شانه کردن، بافتن و غیره)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱. الف-دیگر فعالیت مراقبت شخصی؟ ذکر مورد:
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱. ب-دیگر فعالیت مراقبت شخصی؟ ذکر مورد:

مستقل	حداقل نظارت	متوسط	کامل	بررسی کنید هر کدام از فعالیتهای زیر <u>معمولا</u> چگونه توسط کودکان یا برای او انجام می گیرد. تعیین کنید هر کدام از این فعالیتهای در ۲ هفته گذشته چقدر سخت بوده است، <u>و سطح کمک</u> مورد نیاز کودکان برای اجرای این فعالیتهای را انتخاب کنید.							
				اصلا بدون مشکل	خیلی آسان	آسان	کمی سخت	سخت	خیلی سخت	غیر ممکن	
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۰. رفتن به رختخواب و بیرون آمدن از آن؟
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۱. منتقل شدن به ویلچر یا صندلی و برعکس؟
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۲. نشستن روی ویلچر یا صندلی؟
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۳. ایستادن برای تمرین یا جابجایی؟
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۴. حرکت کردن درون خانه؟ (به هر روش ممکن)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۵. حرکت کردن در خارج از خانه؟ (به هر روش ممکن)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۶. سوار شدن و پیاده شدن از وسیله موتوری؟ (ماشین، ون یا اتوبوس)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۷. دیدار کردن از مکان های عمومی؟ (پارک، تئاتر، گردش و غیره)
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲. الف- فعالیت دیگر؟ ذکر مورد:
۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲. ب- فعالیت دیگر؟ ذکر مورد:

بخش ۳: آسایش و هیجان

بخش ۲: وضعیت دهی، جابجایی و تحرک

هیج	خفیف	متوسط	شدید	در طول ۲ هفته گذشته، اغلب کودک شما چقدر درد یا ناراحتی تجربه کرده است.						
				هیچ وقت	یک یا دو بار	گاهی	تا اندازه ای	بیشتر اوقات	هر روز	
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۸. هنگام خوردن / نوشیدن یا تغذیه شدن؟
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۹. هنگام توالت کردن؟ (عملکرد مثانه و روده، بهداشت، تعویض کهنه و...)
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۰. هنگام پوشیدن / درآوردن لباس؟
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۱. هنگام جابجایی یا تغییر وضعیت؟
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۲. هنگامی که نشسته است؟
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۳. هنگامی که روی تختخواب دراز کشیده است؟
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۴. چیزی که خواب کودکتان را مختل کرده باشد؟
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳. الف- حین فعالیت دیگر؟ ذکر مورد:
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳. ب- حین فعالیت دیگر؟ ذکر مورد:

				در طول ۲ هفته گذشته، چقدر کودک شما						
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۵. مضطرب، ناراحت یا عصبانی بوده است؟
۳	۲	۱	۰	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۶. غمگین یا افسرده بوده است؟

بخش 4: ارتباط و تعامل اجتماعی

بررسی کنید هر کدام از فعالیتهای زیر معمولا چگونه توسط کودکان یا برای او انجام می گیرد.
 تعیین کنید هر کدام از این فعالیت ها در ۲ هفته گذشته چقدر سخت بوده است.

اصلا بدون مشکل	خیلی آسان	آسان	کمی سخت	سخت	خیلی سخت	غیر ممکن	در طول ۲ هفته گذشته، کودک شما چقدر سختی داشته است
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۷. درک کردن شما؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۸. درک شدن از طرف شما؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۹. ارتباط برقرار با اشخاصی که کودک شما را به خوبی نمی شناسند؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۰. بازی کردن به تنهایی؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۱. با دیگران بازی کردن؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۲. حضور پیدا کردن در مدرسه /مرکز مراقبت کودک؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۳. شرکت کردن در فعالیت های تفریحی (شنا، ارتباط با خانواده و دوستان و غیره)
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴. الف- فعالیت اجتماعی دیگر؟ ذکر مورد:
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴. ب- فعالیت اجتماعی دیگر؟ ذکر مورد:

بخش ۵ : سلامت

لطفا دور بهترین گزینه را خط بکشید						در ۲ هفته گذشته
هیچ وقت	یک بار	دو بار	سه بار یا بیشتر	کمتر از ۷ روز بستری	بیشتر از ۷ روز بستری	۳۴. چند بار کودک شما مجبور به رفتن به دکتر یا بیمارستان شده است؟
۵	۴	۳	۲	۱	۰	

عالی	خیلی خوب	خوب	متوسط	ضعیف	خیلی ضعیف	در ۲ هفته گذشته
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۵. سلامتی کلی کودکتان را چگونه ارزیابی می کنید؟

۳۶. دارو هایی که کودکتان در ۲ هفته اخیر داشته را فهرست کنید

- ۰. هیچ داروی نداشته است
- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.
- ۶.
- ۷.
- ۸.
- ۹.

بخش ۶ : کیفیت زندگی کودک شما به طور کلی

در ۲ هفته گذشته					
ضعیف چلی	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	عالی
۰	۱	۲	۳	۴	۵

۳۷. کیفیت زندگی کلی کودکان را چگونه ارزیابی می کنید؟

بخش ۷ : موارد مهم در کیفیت زندگی کودک شما

کمترین اهمیت	نه چندان مهم	کمی مهم	نسبتاً مهم	خیلی مهم	بیشترین اهمیت	با توجه به وضعیت جاری کودکان، اهمیت هر یک از موارد را در رابطه با کیفیت زندگی او چگونه ارزیابی می کنید؟
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱. خوردن/ نوشیدن یا تغذیه شدن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲. حفظ بهداشت دهان
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۳. شستشو / حمام کردن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۴. فعالیت های مربوط به دستشویی کردن/ بهداشت
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۵. تعویض کهنه/ لباس زیر
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶. پوشیدن/ درآوردن لباس بالا تنه
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۷. پوشیدن/ درآوردن لباس پایین تنه
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۸. پوشیدن پای پوش
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۹. مراقبت از مو / آراستن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۰. رفتن به تختخواب و بیرون آمدن از آن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۱. منتقل شدن به ویلچر یا صندلی و برعکس
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۲. بنشستن روی ویلچر یا صندلی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۳. ایستادن برای تمرین یا جابجایی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۴. حرکت درون خانه؟
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۵. حرکت خارج از خانه؟
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۶. سوار شدن و پیاده شدن از وسیله موتوری
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۷. دیدار از مکان های عمومی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۸. راحت بودن در حال خوردن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۹. راحت بودن در طول دستشویی کردن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲۰. راحت بودن در حال پوشیدن / درآوردن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲۱. راحت بودن در طول جابجایی یا تغییر وضعیت
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲۲. راحتی هنگام نشستن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲۳. راحتی هنگام دراز کشیدن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲۴. راحتی هنگام خوابیدن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲۵. وضعیت عاطفی یا رفتاری
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲۶. شادی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲۷. توانایی درک کردن شما
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲۸. توانایی درک شدن توسط شما
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲۹. توانایی برقراری ارتباط با دیگران
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۳۰. توانایی تنها بازی کردن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۳۱. توانایی بازی با دیگران
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۳۲. توانایی حضور در مدرسه/مرکز مراقبت کودک
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۳۳. توانایی شرکت در فعالیت های تفریحی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۳۴. کاهش ملاقات های پزشکی و بستری در بیمارستان
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۳۵. سلامت عمومی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۳۶. کاهش تعداد درمان ها

<input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> پسر	۱. کودک من :
/ / ۱۳	۲. تاریخ تولد کودکتان؟
<p> مهد کودک پیش دبستان اول ابتدایی دوم ابتدایی سوم ابتدایی چهارم ابتدایی پنجم ابتدایی اول راهنمایی دوم راهنمایی سوم راهنمایی اول دبیرستان دوم دبیرستان سوم دبیرستان پیش دانشگاهی بدون مدرک </p> <p> در صورت نداشتن مدرک، چند سال در کلاس حضور داشته است؟ </p>	۳. بالاترین مدرک تحصیلی کودکتان چیست؟ (فقط یک مورد را انتخاب کنید)

بخش ۸ : اطلاعات دقیق کودک شما

بخش ۹ : اطلاعات در خصوص شما

<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث	۱. جنسیت :
/ / ۱۳	۲. تاریخ تولد شما :
به علت سلامتی کودکم کار نمی کنم _____ به دلایل دیگر کار نمی کنم _____ دنبال کار بیرون از خانه می گردم _____ نیمه وقت یا تمام وقت کار می کنم (یا بیرون از خانه یا دور _____ کاری (مثل تایپ کردن در خانه) (_____ خانه دار (تمام وقت) _____	۳. کدام یک از موارد، وضعیت کاری فعلی شما را بیان می کند؟ (همه موارد مربوطه را را علامت بزنید)

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>۴. کدام یک از موارد، رابطه شما با کودکان را بیان میکند؟</p> <p>والد اصلی ناپدری/نامادری مادر یار پدر خوانده/ مادر خوانده قیم پرستار/مراقب غیره (لطفا توضیح دهید)</p>
<p>_____</p>	<p>۵. شما چند روز در هفته بطور میانگین مسئول مراقبت از کودکان هستید؟</p> <p>.....روز در هفته</p>
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>۶. بالاترین مدرک تحصیلی شما چیست؟</p> <p>دبیرستان یا کمتر دیپلم دبیرستان مدرسه حرفه ای یا دانشکده درجه دانشگاهی مدرک لیسانس یا تخصص</p>

پر کردن این پرسشنامه به تنهایی چقدر طول کشید (چند دقیقه) :

با تشکر از همکاری شما