

Priority pečovatele a index zdraví dítěte se zdravotním postižením

Převzato z originálu: Caregiver Priorities & Child Health Index of Life With Disabilities (CPCHILD)¹

Tento dotazník je zaměřen na kvalitu života dítěte se zdravotním postižením a na priority pečovatele, které mají svůj podíl na kvalitě života.

Instrukce:

1. Dotazník se zabývá zdravím vašeho dítěte, jeho blahem, potřebami a pohodlím v souvislosti s jeho zdravotním postižením.
2. Prosím pečlivě si přečtěte instrukce
3. U každé otázky, zakroužkujte číslo na stupnici, jenž nejlépe odpovídá dané skutečnosti. Pokud chcete upřesnit Vaši odpověď, využijte volné místo pod otázkou

3.1. Příklad:

Zvažte u každé z následujících činností, jak jej vaše dítě <u>běžně zvládá</u> . Na bodové škále, ohodnoťte, jak náročná byla každá z těchto činností v uplynulých 2 týdnech. A zvolte míru vaši pomoci, kterou dítě potřebovalo ke zvládnutí dané aktivity.								Ú P L N Á	M Í R N Á	M I N I M Á L N Í / M	S I M P L E M Á L N Í	D O H L E D N Á	Ž Á D N Á
Jak náročné bylo během <u>posledních 2 týdnů</u> následujících: ...?	Nemožné (téměř nemožné)	Velmi náročné	Náročné	Trochu náročné	Lehké	Velmi lehké	Bez problémů						
1. Obouvání a nošení obuvi (ponožky, boty, ortézy dolních končetin)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3		

Ve výše uvedeném příkladě byla činnost „**obouvání a nošení obuvi**“ vyhodnocena jako „velmi lehké“, což na číselné škále odpovídá číslu 5. Z hlediska nutné asistence dotazovaný v této činnosti vyžaduje „minimální míru“ asistence / případně asistenci „s dohledem“ – odpovídá číslu 2.

4. Na konci každé části můžete uvést cokoli, co si myslíte, že v dotazníku chybí a je z Vašeho pohledu důležité pro zdraví, pohodlí a pohodu Vašeho dítěte.
5. Prosím změřte si, jak dlouho Vám dotazník trval vyplnit. Otázka na čas bude na konci dotazníku. Děkuji.

Jméno dítěte: _____

Jméno rodiče nebo pečovatele: _____

Datum vyplnění: _____

Kontakt na Vás: (email, tel.) _____

(pouze pro případné nejasnosti)

¹ Převzato z originálu „CPCHILD Questionnaire“ (Caregiver priorities & child health index of life with Disabilities Copyright ©2004 The Hospital for Sick Children & Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital

CPCHEILD

Část 1: Osobní péče / Každodenní činnosti

Zvažte u každé z následujících činností, jak jej vaše dítě <u>běžně zvládá</u> .								Ú P L N Á	M Í R N Á	M I N I M Á L N Í /	S D O H L E D E M	Ž Á D N Á
Na bodové škále, ohodnoťte, <u>jak náročná</u> byla každá z těchto činností v uplynulých 2 týdnech.												
A zvolte <u>míru vaší pomoci</u> , kterou dítě potřebovalo ke zvládnutí dané aktivity.												
Jak náročné bylo v <u>uplynulých 2 týdnech</u> :	Nemožné (téměř nemožné)	Velmi náročné	Náročné	Trochu náročné	Lehké	Velmi lehké	Bez problémů					
1. Jedení, pití nebo krmení? (obvyklým způsobem, ústně, tubou nebo obojí)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
2. Ústní hygiena? (udržování čistých úst, čištění zubů)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
3. Koupání, umývání?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
4. Vyměšování a vyprazdňování? (včetně hygieny)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
5. Výměna plen, spodního prádla?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
6. Oblékání a svlékání <u>svrchní</u> části oděvu? (triko, bunda atd.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
7. Oblékání a svlékání <u>spodní</u> části oděvu? (kalhoty, tepláky atd.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
8. Obouvání a nošení obuvi? (ponožky, boty, ortézy dolních končetin)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
9. Péče o vlasy? (umývání, sušení, česání)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	

1A. Jiné činnosti osobní péče? Upřesněte:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1B. Jiné činnosti osobní péče? Upřesněte:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

Část 2: Polohování, přesuny a mobilita

Zvažte u každé z následujících činností, jak jej vaše dítě běžně zvládá. Na bodové škále, ohodnoťte, jak náročná byla každá z těchto činností v uplynulých 2 týdnech. A zvolte míru vaši pomoci, kterou dítě potřebovalo ke zvládnutí dané aktivity.								Ú P L N Á	M Í R N Á	M I N I M Á L N Í /	S D O H L E D E M	Ž Á D N Á
Jak náročné bylo v <u>uplynulých 2 týdnech</u> :	Nemožné (téměř nemožné)	Velmi náročné	náročné	Trochu náročné	Lehké	Velmi lehké	Bez problémů					
10. Vstávání a ulehání do postele?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
11. Přesun z/na invalidní vozík/židli?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
12. Sezení na invalidním vozíku/židli?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
13. Stání při cvičení/přesunech?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
14. Mobilita v domácím prostředí? (jakýmkoliv způsobem)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
15. Mobilita ve venkovním prostředí? (jakýmkoliv způsobem)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
16. Nastupování a vystupování z motorového vozidla? (auto, veřejná doprava)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	

17. Návštěva veřejných míst? (park, divadlo, památky apod...)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2A. Jiné činnosti týkající se mobility a přesunů Upřesněte:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2B. Jiné činnosti týkající se mobility a přesunů Upřesněte:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

Část 3: Pohodlí a emoce

Jak často Vaše dítě pociťovalo bolest nebo nepohodlí <u>během posledních 2 týdnů</u> u těchto činností: (Současne zvolte míru intenzity bolesti či nepohodlí)	Každý den	Velmi často	Méně často	Občas	Jednou nebo dvakrát	Ani jednou	Intenzita bolesti/ míra nepohodlí:			
							SILNĚ	STŘEDNĚ	MÍRNĚ	ŽÁDNĚ
18. Při jedení, pití nebo krmení?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
19. Při vyměšování a vyprazdňování? (včetně hygieny)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
20. Při oblékání a svlékání?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
21. Při přesunech nebo změnách polohy?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
22. Při sezení?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. Vleže?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

24. Při spánku? (jenž by vaše dítě budilo)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. Během jiné činnosti? Upřesněte:	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. Během jiné činnosti? Upřesněte:	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
Jak často bylo Vaše dítě <u>během posledních 2 týdnů:</u>										
25. Rozrušené, rozčílené nebo našťavané?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26. Nešťastné nebo smutné?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

Část 4: Komunikace a sociální interakce

Zvažte u každé z následujících činností, jak jej vaše dítě <u>běžně zvládá</u> .							
Na bodové škále, ohodnoťte, jak náročná byla každá z těchto činností v uplynulých 2 týdnech.							
Jak náročné bylo <u>v uplynulých 2 týdnech:</u>	Nemožné (téměř nemožné)	Velmi náročné	Náročné	Trochu náročné	Lehké	Velmi lehké	Bez problémů
27. Vám porozumět? (jak Vám vaše dítě rozumí?)	0	1	2	3	4	5	6
28. Porozumět dítěti? (Jak Vy rozumíte dítěti)	0	1	2	3	4	5	6
29. Pro vaše dítě komunikace s cizími lidmi?	0	1	2	3	4	5	6
30. Hrát si samo?	0	1	2	3	4	5	6
31. Hrát si s ostatními?	0	1	2	3	4	5	6

32. Účastnit se školní docházky?	0	1	2	3	4	5	6
33. Účastnit se rekreačních (volnočasových) aktivit?	0	1	2	3	4	5	6
4A. Další sociální aktivity? Upřesněte:	0	1	2	3	4	5	6
4B. Další sociální aktivity? Upřesněte:	0	1	2	3	4	5	6

Část 5: Zdraví

V posledních 2 týdnech:	Prosím zakroužkujte nejvhodnější odpověď					
34. Kolikrát muselo Vaše dítě navštívit lékaře nebo bylo hospitalizováno?	Hospitalizováno na více než 7 dní 0	Hospitalizováno na méně než 7 dní 1	Návštěva lékaře 3x nebo vícekrát 2	Návštěva lékaře 2x 3	Návštěva lékaře 1x 4	Ani jednou 5

V posledních 2 týdnech:	Prosím zakroužkujte nejvhodnější odpověď					
35. Jak byste ohodnotili celkový zdravotní stav Vašeho dítěte?	Velmi špatný 0	Špatný 1	Uspokojivý 2	Dobrý 3	Velmi dobrý 4	Výborný 5

36. Seznam léků, které Vaše dítě užívalo v posledních 2 týdnech:

0. žádné léky

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

Část 6: Celková kvalita života Vašeho dítěte

V posledních 2 týdnech:	Prosím zakroužkujte nejvhodnější odpověď					
37. Jak byste ohodnotil/a celkovou kvalitu života Vašeho dítěte?	Velmi špatná 0	Špatná 1	Uspokojivá 2	Dobrá 3	Velmi dobrá 4	Výborná 5

Část 7: Důležitost jednotlivých aspektů na kvalitu života Vašeho dítěte

Jak moc si myslíte, že jednotlivé položky ovlivňují kvalitu života vašeho dítěte?	Nejméně důležité	Nepříliš důležité	Trochu důležité	Docela důležité	Velmi důležité	Nejvíce důležité
1. Jedení, pití nebo krmení	0	1	2	3	4	5
2. Ústní hygiena	0	1	2	3	4	5
3. Koupání, umývání	0	1	2	3	4	5
4. Vyměšování a vyprazdňování	0	1	2	3	4	5
5. Výměna plen, spodního prádla	0	1	2	3	4	5
6. Oblékání a svlékání <u>svrchní</u> části oděvu	0	1	2	3	4	5
7. Oblékání a svlékání <u>spodní</u> části oděvu	0	1	2	3	4	5
8. Obouvání a nošení obuvi	0	1	2	3	4	5
9. Péče o vlasy	0	1	2	3	4	5
10. Vstávání a ulehání do postele	0	1	2	3	4	5
11. Přesun z/na invalidní vozík/židli	0	1	2	3	4	5
12. Sezení na invalidním vozíku/židli	0	1	2	3	4	5
13. Stání při cvičení/přesunech	0	1	2	3	4	5
14. Mobilita v domácím prostředí	0	1	2	3	4	5
15. Mobilita ve venkovním prostředí	0	1	2	3	4	5
16. Nastupování a vystupování z motorového vozidla	0	1	2	3	4	5
17. Návštěva veřejných míst	0	1	2	3	4	5
18. Pohodlí při jedení, pití nebo krmení	0	1	2	3	4	5
19. Pohodlí při vyměšování a vyprazdňování	0	1	2	3	4	5
20. Pohodlí při oblékání a svlékání	0	1	2	3	4	5
21. Pohodlí při přesunech nebo změnách polohy	0	1	2	3	4	5
22. Pohodlí v sedu	0	1	2	3	4	5
23. Pohodlí vleže	0	1	2	3	4	5
24. Pohodlí během spánku	0	1	2	3	4	5
25. Emoční stav nebo chování	0	1	2	3	4	5
26. Radost dítěte	0	1	2	3	4	5
27. Schopnost dítěte Vám rozumět	0	1	2	3	4	5
28. Vaše schopnost porozumět dítěti	0	1	2	3	4	5
29. Schopnost komunikace s ostatními	0	1	2	3	4	5

30. Schopnost hrát si samo	0	1	2	3	4	5
31. Schopnost hrát si s ostatními	0	1	2	3	4	5
32. Schopnost navštěvovat školu/předškolní zařízení	0	1	2	3	4	5
33. Schopnost účastnit se volnočasových aktivit	0	1	2	3	4	5
34. Minimalizace návštěv lékaře nebo nutnosti hospitalizace	0	1	2	3	4	5
35. Celkové zdraví	0	1	2	3	4	5
36. Minimalizace užívání počtu léků	0	1	2	3	4	5

Část 8: Údaje o Vašem dítěti:

1. Pohlaví dítěte	Muž		Žena	
2. Datum narození dítěte:	____/____/____ dd/mm/rr			
3. Jaký školní ročník vaše dítě dokončilo? (Označte pouze jednu položku)	Mateřská škola	Mateřská škola speciální		
		Základní škola	Základní škola speciální	Základní škola praktická
	1. třída	_____	_____	_____
	2. třída	_____	_____	_____
	3. třída	_____	_____	_____
	4. třída	_____	_____	_____
	5. třída	_____	_____	_____
	6. třída	_____	_____	_____
	7. třída	_____	_____	_____
	8. třída	_____	_____	_____
9. třída	_____	_____	_____	
		Střední s vyučením		Střední s maturitou
1. ročník		_____	_____	_____
2. ročník		_____	_____	_____
3. ročník		_____ (dokončeno? ²)	_____	_____
4. ročník			_____ (dokončeno? ³)	_____
1. ročník vysoké školy		_____		
Bez ukončení: Pokud dítě nedokončilo školu, kolik let školní zařízení navštěvovalo?	_____			

² Prosím uveďte „ANO“ pokud dítě dokončilo 3. ročník a získalo výuční list, „NE“ pokud dítě nezískalo výuční list

³ Prosím uveďte „ANO“ pokud dítě dokončilo 4. ročník a získalo maturitu, „NE“ pokud dítě nezískalo maturitu

Část 9: Údaje o Vaší osobě

1. Pohlaví	Muž	Žena
2. Datum narození:	____/____/____ dd/mm/rr	
3. Která z následujících možností nejlépe vystihuje vaši současnou pracovní situaci? (označte všechny, které platí)	Nepracuji/ nezaměstnaný/á z důvodu zdravotního stavu mého dítěte _____ Nepracuji / nezaměstnaný z jiného důvodu _____ Upřesněte: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Z domu Mimo domov </div> Hledám práci _____ Práce na plný úvazek _____ Práce na částečný úvazek _____	
4. Která z následujících možností nejlépe vystihuje Váš vztah k dítěti?	Biologický rodič _____ Nevlastní rodič _____ Pěstoun _____ Adoptivní rodič _____ Opatrovník _____ Jiné (prosím upřesněte) _____	
5. Kolik dní v týdnu jste plně zodpovědný/á za péči o Vaše dítě?	_____ dnů v týdnu	
6. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:	Bez vzdělání nebo neúplné základní vzdělání Základní Střední s vyučením Střední s maturitou Vyšší odborné Vysokoškolské – bakalářský titul Vysokoškolské – magisterský titul Vysokoškolské – doktorský titul nebo vyšší	

Jak dlouho Vám zabralo vyplnit tento dotazník? (v minutách) _____

DĚKUJI VÁM ZA SPOLUPRÁCI!