

CPCHILD-DV[©]

De gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven vragenlijst voor kinderen met ernstige beperkingen

Instructies

1. Deze vragenlijst gaat over de gezondheid en het welzijn van uw kind en over de zorg die hij / zij nodig heeft.
2. Lees de instructies van te voren zorgvuldig door.
3. Beantwoord elke vraag door één best passend cijfer te omcirkelen per kolom. U mag opmerkingen / toelichtingen opschrijven in de ruimte onder iedere vraag.
4. Beantwoord alle vragen.

Voorbeeld:

Bedenk hoe de volgende activiteiten gewoonlijk worden uitgevoerd door / voor uw kind.

Neem hierbij de afgelopen twee weken als uitgangspunt.

Geef aan hoe **moeilijk** deze activiteit was voor uw kind om te doen (als hij geen of weinig hulp nodig heeft) of voor uw kind om te ondergaan (als hij matige of volledige hulp nodig heeft),

en kies de **mate van hulp** die nodig was om uw kind te helpen deze activiteiten uit te voeren.

Hoe moeilijk was de volgende activiteit gemiddeld gedurende de afgelopen twee weken:	MATE VAN HULP											
	on- mogelijk	zeer moeilijk	moeilijk	een beetje moeilijk	ge- makkelijk	zeer ge- makkelijk	geen enkel probleem	volledig	matig	weinig / onder toezicht	geen	
1. eten/drinken of gevoed worden (de gebruikelijke manier: via de mond en/of via een sonde)?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	

In bovenstaand voorbeeld is aangegeven dat het kind *volledige hulp* nodig heeft bij het eten/drinken. Tevens wordt het eten/drinken of gevoed worden als moeilijk beoordeeld.

5. Aan het einde van elk gedeelte is het mogelijk om 1 of 2 onderwerpen toe te voegen die u mist en waarvan u vindt dat ze ook belangrijk zijn voor de gezondheid en het welzijn van uw kind.
6. Als één vraag over verschillende activiteiten gaat, kunt u, als dat nodig is, een gemiddeld antwoord geven over die activiteiten.

Naam van uw kind:.....

Naam van de ouder / verzorger die de vragenlijst invult:.....

Datum:.....

DEEL 1: PERSOONLIJKE VERZORGING/DAGELIJKSE ACTIVITEITEN

Bedenk hoe de volgende activiteiten **gewoonlijk** worden uitgevoerd door / voor uw kind.

Neem hierbij de afgelopen twee weken als uitgangspunt.

Geef aan hoe **moeilijk** deze activiteit was voor uw kind om te doen (als hij geen of weinig hulp nodig heeft) of voor uw kind om te ondergaan (als hij matige of volledige hulp nodig heeft),

en kies de **mate van hulp** die nodig was om uw kind te helpen deze activiteiten uit te voeren.

Hoe moeilijk was de volgende activiteit gemiddeld gedurende de afgelopen twee weken:	MATE VAN HULP										
	niet mogelijk (bijna onmogelijk)	zeer moeilijk	moeilijk	een beetje moeilijk	ge- makkelijk	zeer ge- makkelijk	geen enkel probleem	volledig	matig	weinig / onder toezicht	geen
1. eten/drinken of gevoed worden?(de gebruikelijke manier: via de mond en/of via een sonde)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2. gebitsverzorging? (tanden poetsen, mond spoelen etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
3. baden/douchen/wassen?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
4. toiletgang? (blaas- & darmfunctie, billen afvegen etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
5. verwisselen van luiers/ ondergoed?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
6. aan-/uittrekken van kleding bovenlichaam? (shirt, jas etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
7. aan-/uittrekken van kleding onderlichaam? (broek, joggingbroek etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
8. aantrekken/dragen van sokken, schoenen, spalken etc.?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
9. haarverzorging (wassen, drogen, borstelen/kammen etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1A. andere activiteit met betrekking tot persoonlijke verzorging namelijk: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1B. andere activiteit met betrekking tot persoonlijke verzorging namelijk: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

DEEL 2: ZITTEN, STAAN & VERPLAATSEN

Bedenk hoe de volgende activiteiten **gewoonlijk** worden uitgevoerd door / voor uw kind.

Neem hierbij de afgelopen twee weken als uitgangspunt.

Geef aan hoe **moelijk** deze activiteit was voor uw kind om te doen (als hij geen of weinig hulp nodig heeft) of voor uw kind om te ondergaan (als hij matige of volledige hulp nodig heeft),

en kies de **mate van hulp** die nodig was om uw kind te helpen deze activiteiten uit te voeren.

Hoe moeilijk was de volgende activiteit gemiddeld gedurende de afgelopen twee weken:								MATE VAN HULP			
	niet mogelijk (bijna onmogelijk)	zeer moeilijk	moeilijk	een beetje moeilijk	ge- makkelijk	zeer ge- makkelijk	geen enkel probleem	volledig	matig	weinig / onder toezicht	geen
10. in/uit bed gaan?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
11. in/uit een (rol)stoel gaan?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
12. zitten in een (rol)stoel?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
13. staan tijdens oefeningen/transfers?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
14. verplaatsen binnenshuis? (ongeacht de manier waarop)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
15. verplaatsen buitenshuis? (ongeacht de manier waarop)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
16. in/uit een auto(bus) gaan?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
17. bezoeken openbare plaatsen? (park, winkel, restaurant, speeltuin etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2A. andere activiteit? namelijk: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2B. andere activiteit? namelijk: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

DEEL 3: WELZIJN & EMOTIES

Bedenk hoe de volgende activiteiten **gewoonlijk** worden uitgevoerd door / voor uw kind.

Neem hierbij de afgelopen twee weken als uitgangspunt.

Geef aan hoe **vaak** uw kind de afgelopen twee weken pijn of ongemak ervoer tijdens deze activiteiten,

en kies de **mate van pijn of ongemak**.

Hoe vaak had uw kind pijn of ongemak gedurende de <u>afgelopen twee weken</u> :	Hoe vaak						Mate van pijn/ongemak			
	dagelijks	zeer vaak	vaak	soms	een enkele keer	nooit	ernstig	matig	licht	geen
18. tijdens eten/drinken of gevoed worden?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
19. tijdens toiletgang? (blaas- & darmfunctie, hygiëne, luier verschonen etc.)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
20. tijdens aan-/uitkleden?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
21. tijdens transfers of verandering van houding?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
22. tijdens zitten?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. tijdens liggen in bed?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
24. tijdens de nachtrust?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. tijdens andere activiteit? namelijk: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. tijdens andere activiteit? namelijk: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

Hoe vaak was uw kind gedurende de <u>afgelopen twee weken</u> :	Hoe vaak						Mate			
	elke dag	zeer vaak	redelijk vaak	een aantal keer	één- of tweemaal	nooit	ernstig	matig	licht	niet
25. geïrriteerd, overstuurd of boos?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26. verdrietig of somber?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

DEEL 4: COMMUNICATIE & SOCIALE INTERACTIE

Bedenk hoe de volgende activiteiten **gewoonlijk** worden uitgevoerd door / voor uw kind.

Neem hierbij de afgelopen twee weken als uitgangspunt.

Geef aan hoe **moeilijk** deze activiteit was voor uw kind om te doen,

en kies de **mate van hulp** die nodig was om uw kind te helpen deze activiteiten uit te voeren.

Hoeveel moeite had uw kind gemiddeld de <u>afgelopen twee weken</u> om:	niet mogelijk (bijna onmogelijk)	zeer moeilijk	moeilijk	een beetje moeilijk	gemakkelijk	zeer ge- makkelijk	geen enkel probleem
27. u te begrijpen?	0	1	2	3	4	5	6
28. begrepen te worden door u?	0	1	2	3	4	5	6
29. te communiceren met anderen die uw kind niet goed kennen?	0	1	2	3	4	5	6
30. alleen te spelen?	0	1	2	3	4	5	6
31. te spelen met anderen?	0	1	2	3	4	5	6
32. op school/ kinderdagverblijf te zijn?	0	1	2	3	4	5	6
33. deel te nemen aan recreatieve activiteiten (sport, hobbies, sociale contacten)?	0	1	2	3	4	5	6
4A. een relatie met u te onderhouden/op te bouwen?	0	1	2	3	4	5	6
4B. duidelijk te maken wat hij/zij wil?	0	1	2	3	4	5	6

DEEL 5: GEZONDHEID

Omcirkel het cijfer dat bij het juiste antwoord staat

	meer dan 7 dagen opgenomen	7 dagen of minder opgenomen	3 of meerdere keren bezoekt	2 keer bezoekt	1 keer bezoekt	nooit
34. Hoe vaak heeft uw kind in de afgelopen twee weken een dokter of het ziekenhuis bezocht?	0	1	2	3	4	5
	zeer slecht	slecht	redelijk	goed	zeer goed	uitstekend
35. Hoe beoordeelt u de algehele gezondheid van uw kind in de afgelopen twee weken?	0	1	2	3	4	5

36. Welke medicijnen heeft uw kind de afgelopen twee weken gebruikt?

0. geen medicijnen

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

DEEL 6: DE ALGEHELE KWALITEIT VAN LEVEN VAN UW KIND

	zeer slecht	slecht	redelijk	goed	zeer goed	uitstekend
37. Hoe zou u de kwaliteit van leven van uw kind in het algemeen in de afgelopen twee weken beoordelen?	0	1	2	3	4	5

DEEL 7: HET BELANG VAN DE VRAGEN VOOR DE KWALITEIT VAN LEVEN VAN UW KIND

Hieronder staan alle voorgaande vragen. Hoe belangrijk vindt u de bijdrage van elk van deze onderwerpen voor de kwaliteit van leven van uw kind?	niet belangrijk	niet erg belangrijk	een beetje belangrijk	redelijk belangrijk	erg belangrijk	zeer belangrijk
1. Eten/drinken of gevoed worden	0	1	2	3	4	5
2. Gebitsverzorging	0	1	2	3	4	5
3. Baden/douchen/wassen	0	1	2	3	4	5
4. Toiletgang	0	1	2	3	4	5
5. Verwisselen luiers/ondergoed	0	1	2	3	4	5
6. Aan/uittrekken kleding bovenlichaam	0	1	2	3	4	5
7. Aan/uittrekken kleding onderlichaam	0	1	2	3	4	5
8. Aantrekken/dragen sokken, schoenen, spalken etc.	0	1	2	3	4	5
9. Haarverzorging/uiterlijk verzorgen	0	1	2	3	4	5
10. In/uit bed gaan	0	1	2	3	4	5
11. In/uit een (rol)stoel gaan	0	1	2	3	4	5
12. Zitten in een (rol)stoel	0	1	2	3	4	5
13. Staan tijdens oefeningen/transfers	0	1	2	3	4	5
14. Verplaatsen binnenshuis	0	1	2	3	4	5
15. Verplaatsen buitenshuis	0	1	2	3	4	5
16. In/uit een auto(bus) gaan	0	1	2	3	4	5
17. Bezoeken openbare plaatsen	0	1	2	3	4	5
18. Welzijn tijdens eten	0	1	2	3	4	5
19. Welzijn tijdens toiletgang	0	1	2	3	4	5
20. Welzijn tijdens aan/uitkleden	0	1	2	3	4	5
21. Welzijn tijdens transfers of verandering van houding	0	1	2	3	4	5
22. Welzijn tijdens zitten	0	1	2	3	4	5
23. Welzijn tijdens liggen	0	1	2	3	4	5
24. Welzijn tijdens de nachtrust	0	1	2	3	4	5
25. Emotionele toestand of gedrag	0	1	2	3	4	5
26. Blijdschap	0	1	2	3	4	5
27. In staat zijn u te begrijpen	0	1	2	3	4	5
28. In staat zijn door u begrepen te worden	0	1	2	3	4	5
29. In staat zijn te communiceren met anderen	0	1	2	3	4	5
30. In staat zijn alleen te spelen	0	1	2	3	4	5
31. In staat zijn met anderen te spelen	0	1	2	3	4	5
32. In staat zijn op school/kinderopvang/kinderdagverblijf te zijn	0	1	2	3	4	5
33. In staat zijn deel te nemen aan recreatieve activiteiten	0	1	2	3	4	5
34. Verminderen aantal artsen-bezoeken en ziekenhuisopnames	0	1	2	3	4	5
35. Algehele gezondheid	0	1	2	3	4	5
36. Verminderen aantal medicijnen	0	1	2	3	4	5

DEEL 8: GEGEVENS VAN UW KIND

1. Geslacht:	<input type="checkbox"/> Jongen <input type="checkbox"/> Meisje
2. Geboortedatum:	____ / ____ / ____ dag / maand / jaar
3. Wat is het huidige schoolniveau van uw kind? (kruis één schoolniveau aan)	<input type="checkbox"/> Geen school <input type="checkbox"/> Crèche <input type="checkbox"/> (Therapeutische) peutergroep <input type="checkbox"/> Peuterspeelzaal <input type="checkbox"/> Kinderdagcentrum <input type="checkbox"/> Speciaal basisonderwijs (SBO), groep <input type="checkbox"/> Tylytschool, groep <input type="checkbox"/> Mytytschool, groep <input type="checkbox"/> Reguliere basisschool, groep <input type="checkbox"/> Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO), groep <input type="checkbox"/> VMBO, richting & klas <input type="checkbox"/> HAVO, klas <input type="checkbox"/> VWO, klas <input type="checkbox"/> MBO, klas <input type="checkbox"/> Anders, namelijk

DEEL 9: GEGEVENS VAN U

1. Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
2. Geboortedatum:	____ / ____ / ____ Dag / Maand / Jaar
3. Welke van de volgende keuzes beschrijft het beste uw huidige werksituatie? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Niet aan het werk vanwege de beperkingen van mijn kind <input type="checkbox"/> Niet aan het werk vanwege andere redenen <input type="checkbox"/> Werkzoekend <input type="checkbox"/> Part- of fulltime aan het werk <input type="checkbox"/> Fulltime huisman / vrouw
4. Welke van de volgende keuzes beschrijft het beste uw relatie tot uw kind?	<input type="checkbox"/> Biologische ouder <input type="checkbox"/> Stiefouder <input type="checkbox"/> Pleegouder <input type="checkbox"/> Adoptie ouder <input type="checkbox"/> Voogd <input type="checkbox"/> Professionele verzorger <input type="checkbox"/> Anders, namelijk _____
5. Hoeveel dagen per week gemiddeld bent u verantwoordelijk voor de verzorging van uw kind?	_____ dagen per week
6. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?	<input type="checkbox"/> Geen opleiding <input type="checkbox"/> Basisschool <input type="checkbox"/> VBO <input type="checkbox"/> MAVO <input type="checkbox"/> VMBO <input type="checkbox"/> HAVO <input type="checkbox"/> VWO <input type="checkbox"/> MBO <input type="checkbox"/> HBO <input type="checkbox"/> WO
Hoeveel tijd heeft het u gekost om deze vragenlijst in te vullen? _____ minuten	

Heeft u alle vragen ingevuld?

BEDANKT VOOR UW MEDEWERKING!