

CPQOL

Jakość życia z mózgowym
porażeniem dziecięcym

Wersja 2
Lipiec 2013 r.

CPQOL
Mózgowe
Porażenie
Dziecięce
Jakość
Życia
CPQOL

Kwestionariusz Jakości Życia dla
Dzieci (CP QOL- Dziecko)

Kwestionariusz dla Głównego Opiekuna (4-12 lat)



Kwestionariusz Jakości Życia dla Dzieci (CP QOL- Dziecko)

Kwestionariusz Głównego Opiekuna (4-12 lat)

Chcemy zadać Ci kilka pytań o to, jak Twoim zdaniem Twoje dziecko CZUJE SIĘ w różnych aspektach życia, takich jak rodzina, przyjaciele, zdrowie i szkoła. Ważne jest, aby na każde pytanie odpowiadać przez pryzmat tego jak myślisz, co odczuwa Twoje dziecko. Czasami może być ciężko to określić, mimo to proszę, spróbuj odpowiedzieć najdokładniej, jak potrafisz.

Przy każdym pytaniu prosimy, abyś wybrał/a cyfrę, która najbardziej precyzyjnie określa samopoczucie Twojego dziecka w danej sytuacji. Możesz zaznaczyć dowolną cyfrę w skali od 1 (bardzo niezadowolone) do 9 (bardzo zadowolone).

Ten kwestionariusz ocenia jak Twoje dziecko czuje się, nie to, co jest w stanie zrobić.

Oto przykład:

- Jak myślisz, co Twoje dziecko czuje...*

	Bardzo niezadowolone		Niezadowolone		Obojętne		Zadowolone		Bardzo zadowolone
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>W stosunku do swoich możliwości zabawy z innymi dziećmi?</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐

Rodzina i Przyjaciele

- Jak myślisz, jak czuje się Twoje dziecko...

	Bardzo niezadowolone	Niezadowolone	Obojętne	Zadowolone	Bardzo zadowolone				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
W dogadywaniu się z innymi ludźmi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W dogadywaniu się z Tobą?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W dogadywaniu się z rodzeństwem? LUB ☐ moje dziecko nie ma rodzeństwa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W dogadywaniu się z innymi dziećmi w przedszkolu lub szkole? (Jeśli Twoje dziecko uczęszcza do więcej niż jednej szkoły, odnieś się do szkoły, w której dziecko spędza najwięcej czasu) LUB ☐ moje dziecko nie chodzi do przedszkola ani szkoły	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W dogadywaniu się z innymi dziećmi poza przedszkolem lub szkołą?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W dogadywaniu się z dorosłymi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W dogadywaniu się z nauczycielami i/lub opiekunami?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Rodzina i Przyjaciele

- Jak myślisz, co czuje Twoje dziecko...

	Bardzo niezadowolone	Niezadowolone	Obojętne	Zadowolone	Bardzo zadowolone				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
W odniesieniu do swoich możliwości samodzielnej zabawy?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W odniesieniu do swoich możliwości zabawy z przyjaciółmi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W trakcie wyjazdów z rodziną?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W związku z akceptacją przez rodzinę?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W związku z akceptacją przez inne dzieci w przedszkolu lub szkole? (Jeśli Twoje dziecko uczęszcza do więcej niż jednej szkoły, odnieś się do szkoły, w której dziecko spędza najwięcej czasu)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
LUB ☐ moje dziecko nie chodzi do przedszkola ani do szkoły									
W związku z akceptacją przez inne dzieci spoza przedszkola lub szkołą?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W związku z akceptacją przez dorosłych?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W związku z akceptacją przez społeczeństwo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W odniesieniu do robienia rzeczy, na które ma ochotę?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Uczestnictwo

- Jak myślisz, co czuje Twoje dziecko...

	Bardzo niezadowolone	Niezadowolone	Obojętne	Zadowolone	Bardzo zadowolone				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
W odniesieniu do swoich zdolności związanych z uczęszczaniem do przedszkola lub szkoły? (Jeśli Twoje dziecko uczęszcza do więcej niż jednej szkoły, odnieś się do szkoły, w której dziecko spędza najwięcej czasu). LUB ☐ moje dziecko nie chodzi do przedszkola lub szkoły	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W odniesieniu do swoich zdolności do uczestniczenia w zajęciach rekreacyjnych?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W odniesieniu do swoich zdolności do uczestniczenia w zajęciach sportowych (To pytanie dotyczy się tego, co Twoje dziecko czuje, a nie tego, czy może w ogóle uczestniczyć w zajęciach sportowych).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W odniesieniu do swoich zdolności do uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich poza przedszkolem lub szkołą?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W odniesieniu do swoich zdolności do brania udziału w swojej społeczności?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Komunikacja

- Jak myślisz, co czuje Twoje dziecko...

	Bardzo niezadowolone	Niezadowolone	Obojętne	Zadowolone	Bardzo zadowolone				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Porozumiewając się z osobami, które dobrze zna (za pomocą dowolnych środków komunikacji)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Porozumiewając się z osobami, których dobrze nie zna (za pomocą dowolnych środków komunikacji)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W odniesieniu do sposobu, w jaki inni ludzie komunikują się z nim/z nią?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zdrowie

- Jak myślisz, czy Twoje dziecko jest zadowolone...

	Bardzo niezadowolone	Niezadowolone	Obojętne	Zadowolone	Bardzo zadowolone				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ze swojego zdrowia fizycznego?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ze sposobu w jaki się porusza?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ze swojego snu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ze swojego wyglądu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ze swojego rozwoju umysłowego w odniesieniu do rówieśników?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ze swojego rozwoju fizycznego w odniesieniu do rówieśników?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zdrowie

- Jak myślisz, jak Twoje dziecko ocenia...

	Bardzo pesymistycznie	Pesymistycznie	Obojętnie	Optymistycznie	Bardzo optymistycznie				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Swoje życie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Siebie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Swoją przyszłość?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Swoje szanse i możliwości w życiu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kolejne 3 pytania dotyczą tego, jak Twoje dziecko czuje się używając części swojego ciała, a nie czy może ono je używać.

- Jak myślisz, czy Twoje dziecko jest zadowolone ze sprawności...

	Bardzo niezadowolone	Niezadowolone	Obojętnie	Zadowolone	Bardzo zadowolone				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Swoich rąk?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Swoich nóg?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Swoich dłoni?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kolejne 3 pytania dotyczą tego, co twoje dziecko myśli o swojej zdolności do wykonywania codziennych czynności, a nie czy może je wykonać.

- Jak myślisz, czy Twoje dziecko jest zadowolone ze swoich umiejętności w...

	Bardzo niezadowolone	Niezadowolone	Obojętne	Zadowolone	Bardzo zadowolone				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Samodzielnym ubieraniu się?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Samodzielnym piciu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Samodzielnym korzystaniu z toalety?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sprzęt Specjalistyczny

- Jak myślisz, czy Twoje dziecko jest zadowolone ze...

	Bardzo niezadowolone	Niezadowolone	Obojętne	Zadowolone	Bardzo zadowolone				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sprzętu specjalistycznego, którego używa domu (np. specjalne siedzenia, pionizatory, wózki inwalidzkie, balkoniki)? LUB ☐ moje dziecko nie ma żadnego sprzętu specjalistycznego w domu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sprzętu specjalistycznego, którego używa w swojej szkole? (np. specjalne siedzenia, pionizatory, wózki inwalidzkie, balkoniki)? LUB ☐ moje dziecko nie ma żadnego sprzętu specjalistycznego w szkole	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sprzętu specjalistycznego dostępnego w codziennym otoczeniu (rampy, schody ruchome, dostęp dla wózków inwalidzkich)? LUB ☐ moje dziecko nie potrzebuje żadnego sprzętu specjalistycznego	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ból i Niepokój

Kilka następnych pytań dotyczy sytuacji, które mogą spowodować niepokój u Twojego dziecka.

	Zupełny spokój								Skrajny niepokój	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Czy Twoje dziecko odczuwa niepokój w związku z wizytami w szpitalu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Czy Twoje dziecko odczuwa niepokój, gdy opuszcza szkołę z powodów zdrowotnych?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Czy Twoje dziecko odczuwa dyskomfort, gdy jest dotykane przez obce osoby?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Nigdy		Rzadko		Czaszami		Często		Zawsze	
	1	2	3	4	5					
Czy Twoje dziecko martwi się, kto będzie się nią/nim opiekował w przyszłości?	☐	☐	☐	☐	☐					

Kilka ostatnich pytań dotyczących Twojego dziecka.

	Nie przejmuję się wcale								Bardzo się przejmuję	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Czy Twoje dziecko przejmuję się swoim porażeniem mózgowym?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Bez bólu								Dużo bólu	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Ile bólu odczuwa Twoje dziecko?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Dobrze								Bardzo źle	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Jak Twoje dziecko czuje się z bólem, który odczuwa?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Brak dyskomfort								Skrajny dyskomfort	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Jak duży dyskomfort odczuwa Twoje dziecko?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Bardzo nieszczęśliwe				Obojętne			Bardzo szczęśliwe		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Jak szczęśliwe jest Twoje dziecko?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Dostęp do Świadczeń

Kolejny zestaw pytań dotyczy CIEBIE i tego, co myślisz o dostępie do świadczeń.

- Jak oceniasz?

	Bardzo negatywnie	Negatywnie	Obojętnie	Pozytywnie	Bardzo pozytywnie				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dostęp Twojego dziecka do świadczeń?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dostęp Twojego dziecka do terapii (np. fizjoterapii, logopedii, terapii zajęciowej)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dostęp Twojego dziecka do specjalistycznej opieki medycznej lub chirurgicznej?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Łatwość w uzyskaniu porady od pediatry?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Twój dostęp do opieki zastępczej? LUB ☐ nigdy nie starałem/am się uzyskać dostępu do opieki zastępczej	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(Proszę pominąć następne dwa pytania jeśli nie korzystasz z pomocy opieki zastępczej)									
Ilość otrzymywanej pomocy z zewnątrz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Łatwość uzyskania pomocy?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Dostęp do Świadczeń

• Jak oceniasz?

	Bardzo negatywnie	Negatywnie	Obojętnie	Pozytywnie	Bardzo pozytywnie				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dostęp Twojego dziecka do świadczeń i udogodnień społecznych (np. przedszkole, opieka nad dzieckiem, zajęcia pozaszkolne, zajęcia wakacyjne, grupy społeczne takie jak zuchy czy harcerstwo)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dostęp Twojego dziecka do dodatkowej pomocy w nauce, w przedszkolu, lub szkole?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Twoje Zdrowie

• Jak oceniasz?

	Bardzo negatywnie	Negatywnie	Obojętnie	Pozytywnie	Bardzo pozytywnie				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Swoje zdrowie fizyczne?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Swoją sytuację w pracy?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sytuację finansową swojej rodziny?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jak szczęśliwa/szczęśliwy jesteś?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Niezbýt pewnie								Bardzo pewnie
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Jak pewnie czujesz się, z oceną odczuć swojego dziecka?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Dziękujemy bardzo za pomoc w odpowiedzi na nasze pytania.

