

CPQOL

Cerebral Palsy Quality of Life

Versione 2 Luglio 2013

CPQO
Cereb
Palsy
Quali
Life
CPQO

Questionario sulla Qualità della Vita
per Bambini (CP QOL-Child)

Child report Questionnaire
(9-12 anni)



Questionario sulla Qualità della Vita per Bambini (CP QOL-Child)

Child Report Questionnaire (9-12 anni)

Vogliamo farti alcune domande sulla tua vita, ad esempio sulla tua famiglia, sui tuoi amici, sulla salute e sulla scuola.

Ogni domanda comincia con *“Come ti SENTI riguardo a...”*

Per ogni domanda ti chiediamo di cerchiare il numero che descrive meglio come ti SENTI.

Puoi cerchiare qualsiasi numero da 1 (Molto scontento) a 9 (Molto contento)

Questo questionario misura come ti senti e non quello che sei in grado di fare.

Ecco un esempio:

D. Come ti senti riguardo a...

<i>molto scontento/a</i>	<i>scontento/a</i>	<i>né contento né scontento/a</i>	<i>contento/a</i>	<i>molto contento/a</i>
------------------------------	--------------------	---------------------------------------	-------------------	-----------------------------

*la tua capacità di giocare con gli altri
bambini?*

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

Famiglia e Amici

D. Come ti senti riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

come ti rapporti con le altre persone in generale?

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

come ti rapporti con chi si prende cura di te?

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

come ti rapporti con i tuoi fratelli e con le tue sorelle?

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

OPPURE non ho fratelli né sorelle

come ti rapporti con gli altri bambini a scuola (se frequenti più di una scuola, pensa a quella in cui passi la maggior parte del tempo)?

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

come ti rapporti con gli altri bambini fuori dalla scuola?

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

come ti rapporti con gli adulti?

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

come ti rapporti con gli insegnanti e con chi si prende cura di te a scuola?

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

Famiglia e Amici

D. Come ti senti riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	----------------------------------	------------	---------------------

la tua capacità di giocare da solo?

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

la tua capacità di giocare con gli amici?

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

fare viaggi con la tua famiglia?

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

come vieni accettato dalla tua famiglia?

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

come vieni accettato dagli altri bambini a scuola (se frequenti più di una scuola, pensa a quella in cui passi la maggior parte del tempo)?

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

come vieni accettato dagli altri bambini fuori dalla scuola?

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

come vieni accettato dagli adulti?

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

come vieni accettato dalle persone in generale?

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

essere in grado di fare le cose che vuoi fare?

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

Partecipazione

D. Come ti senti riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

*la tua capacità di partecipare a scuola
(Se frequenti più di una scuola, pensa a
quella dove passi la maggior parte del
tempo)?*

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

*la tua capacità di partecipare ad attività
ricreative?*

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

*la tua capacità di partecipare ad attività
sportive (Questa domanda ti chiede
come ti senti riguardo alla tua capacità
di fare sport, non se sei in grado di
farlo)?*

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

*la tua capacità di partecipare ad eventi
sociali fuori dalla scuola?*

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

*la tua capacità di partecipare alla vita
sociale?*

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

Comunicazione

D. Come ti senti riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

come comunichi con le persone che conosci bene (usando qualunque mezzo di comunicazione)?

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

come comunichi con le persone che non conosci bene (usando qualunque mezzo di comunicazione)?

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

come le persone comunicano con te?

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

Salute

la tua salute fisica?

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

il modo in cui vai in giro (la tua mobilità)?

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

come dormi?

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

il tuo aspetto?

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

la tua capacità di restare in pari con i tuoi compagni a scuola?

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

la tua capacità di essere alla pari fisicamente con i tuoi coetanei?

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

Salute

D. Come ti senti riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

la tua vita in generale?

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

te stesso?

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

il tuo futuro?

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

le tue opportunità nella vita?

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

Le prossime 3 domande ti chiedono come ti senti riguardo all'utilizzare parti del tuo corpo e non se sei in grado di usarle.

Il modo in cui usi le braccia?

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

Il modo in cui usi le gambe?

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

Il modo in cui usi le mani?

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

Le prossime 3 domande ti chiedono come ti senti riguardo alla tua capacità di svolgere le attività quotidiane e non se sei in grado di svolgerle.

La capacità di vestirti da solo?

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

La capacità di mangiare e bere autonomamente?

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

La capacità di andare in bagno da solo?

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

Ausili

D. Come ti senti riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

gli ausili disponibili a casa (es. sistemi di postura, stabilizzatori o tavolo per statica, carrozzina o passeggino ortopedico, deambulatori o bastoni/quadripodi)?

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

OPPURE non ho bisogno di ausili a casa

gli ausili disponibili a scuola (es. sistemi di postura, stabilizzatori o tavolo per statica, carrozzina o passeggino ortopedico, deambulatori o bastoni/quadripodi)?

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

OPPURE non ho bisogno di ausili a scuola

gli ausili disponibili nei luoghi pubblici (es. rampe, scale mobili, scivoli)?

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

OPPURE non ho bisogno di ausili nei luoghi pubblici

Dolore e Fastidio

Le prossime domande riguardano le cose che potrebbero infastidirti.

Nessun
fastidio

Molto
fastidio

Ti danno fastidio le visite in ospedale?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ti da fastidio quando manchi da scuola per motivi di salute?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ti da fastidio essere manipolato fisicamente da altre persone?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Mai

Raramente

A volte

Spesso

Sempre

Ti preoccupi di chi si prenderà cura di te in futuro?

1

2

3

4

5

Qualche altra domanda su di te, per concludere

Sei preoccupato/a di avere una paralisi cerebrale?

Per nulla preoccupato/a					Molto preoccupato/a			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Quanto dolore provi?

Nessun dolore					Molto dolore			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Come ti senti riguardo al grado di dolore che provi?

Per nulla infastidito/a					Molto infastidito/a			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Quanto ti senti a disagio?

Per nulla a disagio					Molto a disagio			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Quanto sei felice?

Molto infelice			Né felice Né infelice			Molto felice		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

I tuoi genitori ti hanno aiutato a compilare il questionario?

No	Sì, un pochino	Sì, abbastanza	Sì, molto
1	2	3	4

Grazie per averci aiutato
rispondendo alle nostre domande

