

# LIFESTYLE ASSESSMENT QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN / LAQ-CP

## 腦性麻痺兒童生活型態評量問卷

原作者：Christine Jessen et al

### ■ 關於這份問卷以及您可如何協助我們：

藉由填寫問卷及您的觀點，我們想更加瞭解有動作障礙的小孩其照顧者之觀點。這問卷的內容主要是您和您的小孩在日常生活中家庭經歷的狀況。若您完成本份問卷，我們將依保密原則使用您所提供的資訊。您、您的孩子及家人的資料不會被以任何方式標誌辨認。完成這份問卷後，請保證您的答案為誠實並確實填寫。並已確認我們將使用您與您孩子的資料在我們的研究報告中。

### ■ 我們將會如何使用您提供的資訊？

雙親或照顧者所提供的資訊，將會幫助我們瞭解是否能夠針對個別小孩與對家庭提供更適當的幫助。

### ■ 誰需要填寫這份問卷？

這份問卷需由父母或最常照顧孩子的人填寫。回答問題時，請您依據您的小孩每天實際有做過的事填寫，而非以您猜想他可能做得到來回答。

問卷最後的空白處請留下您的建議，我們期待您的建議。

我們盡量使這份問卷的內容簡單化。

大部分的問題，您只需要用圈選或勾選的方式從選項中選出適當的答案。

請以圈選或勾選的方式標記出答案。

1. 過去一年內，您的小孩看過幾次的醫生（校醫或家庭醫師不在考慮的範圍）？	0	1	2-5	6-12	≥13
2. 過去一年內，您的小孩是否曾經住過院？請選出過去一年內總共的住院周數。	0	<1	1-3	4-26	≥27
3. 過去一年內，您的小孩一共動過幾次的手術？	0	1	2	3	≥4
4. 過去一年內，您的小孩是否曾經在腳、手臂或身體的其他地方有打過石膏？請選出過去一年內打石膏的總共週數。	0	≤6	7-11	12-17	18
5. 過去一年內，您的小孩是否曾經在身上或腳上穿過任何一種形式的輔具？請選出總共的穿戴週數。	0	1-16	17-32	33-51	52
6. 您的小孩昨天一共服用了多少藥錠、藥丸或藥劑？	0	1-4	5-8	9-12	≥13
7. 您的孩子最近是否因為某些原因，有配合特殊的飲食？	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否		
8. 過去一年內有多少次，您的小孩發生過任何抽搐或昏厥？	<input type="checkbox"/> 完全沒有發作 <input type="checkbox"/> 平均一個月一天，偶爾會發作一次 <input type="checkbox"/> 大多每星期發作(白天或晚上) <input type="checkbox"/> 大多每天發作(白天或晚上) <input type="checkbox"/> 持續頻繁之發作				
9. 過去一年內，您的孩子是否因為行為上的問題而去諮詢過專業人員？	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否		
10. 過去一年內，您的孩子去看過幾次任何類型的治療師？	0	1	2-12	13-52	≥53

11. 您的小孩目前有接受下列哪一種服務或津貼補助？	<input type="checkbox"/> 衛生隨訪員 <input type="checkbox"/> 幫傭 <input type="checkbox"/> 社工 <input type="checkbox"/> 社區護士 <input type="checkbox"/> 義務服務 <input type="checkbox"/> 失能生活津貼 <input type="checkbox"/> 助行交通津貼				
12. 您家中有多少項特定的特殊裝置是目前或曾經必要的特殊裝置？	0	1-3	4-7	8-10	≥11
13. 過去一年內，為了購買或保養特殊器材或輔具，您的家庭共花費了多少錢？	0	1-5000	5001-10000	10001-15000	≥15001
14. 過去一年內，不包含政府補助，且去除掉購買特殊器材的費用，您的家庭額外增加的花費有多少？	0	1-5000	5001-10000	10001-15000	≥15001
15. 最近一年內，小孩目前居住之住家是否曾因為適應小孩的狀況而進行過任何改造或調整？	<input type="checkbox"/> 是			<input type="checkbox"/> 否	
15-1. 接續上題：如果有，做了多少項因適應小孩狀況而做的改造？	1-3	4-7	8-10	≥11	
16. 請指出您為適應小孩的狀況，(未來)對住家的環境，大約計畫或是考慮改造多少項目？	0	1-3	4-7	8-10	≥11

17. 在您的孩子完成以下表格所列的活動中，您通常需要給他多少幫助？ 請於每項活動 <u>勾選</u> 出一個適當的選項。			
	不需要給予幫助	需要給予幫助 或是需要在旁監督	需要替小孩完成
洗手			
吃早餐(或麥片)			
穿上背心或T恤			
扣鈕扣			
下床			
洗澡完後從浴缸或澡盆出來			
上廁所			
爬樓梯			
上下車			
開門			
從地上撿起東西			
手拿飲料在房間內移動			

18. <u>(請簡述)</u> [a]. 請列出您的小孩在平常的一天中，在哪些地方需要協助。 [b]. 您小孩的住家中，有多少間房間？(除了大廳和走廊) [c]. 過去一週中，以上房間，他進去過多少間房間？ [d]. 您的小孩在不需他人幫助，自行進去過的房間有幾間？	[a]. _____ [b]. _____ [c]. _____ [d]. _____
--	--

19. 最近一次當您花一整天的時間和您的小孩相處時，您有幾次需要抱起您的小孩？ <u>(請簡述)</u>	_____
--	-------

20. 過去一週中，您的小孩在夜間需要多少次協助？	0	1-3	4-7	8-10	≥11
21. 您的小孩平常進出房子的時候需要幫助嗎？	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否		
22. 過去一週中，在沒有他人協助的狀態下，您的孩子在戶外走過最遠的距離是多遠？(單位=公尺)	0	1-100	101-400	401-800	≥801
23. 過去一週，您的孩子獨自出門的次數為幾次？	0	1-7	8-13	14-20	≥21
24. 除了去幼稚園或者是學校，過去一週您的小孩搭乘交通工具作長時間外出的次數為？	0	1-3	4-7	8-10	≥11

25. 目前您的小孩是去哪一種學校或幼稚園？	<input type="checkbox"/> 沒有上學 <input type="checkbox"/> 接受學前教育(像是托兒所、幼兒遊戲團體等) <input type="checkbox"/> 特殊學前教育 <input type="checkbox"/> 沒有特殊教育資源的小學或幼兒園 <input type="checkbox"/> 有特殊教育資源的小學或幼兒園 <input type="checkbox"/> 特殊學校：肢體障礙 <input type="checkbox"/> 特殊教育：學習困難 <input type="checkbox"/> 家教(在家中) <input type="checkbox"/> 其他(請舉例)：_____				
26. 您的小孩去學校的頻率為？	<input type="checkbox"/> 一個禮拜去學校天數小於五天 <input type="checkbox"/> 每天去學校 <input type="checkbox"/> 上課日寄宿制學校 <input type="checkbox"/> 全天寄宿制學校(整學期住校)				
27. 您的小孩每次去學校大約需要花多少時間(單位=分鐘)？	0-15	16-30	31-45	46-60	≥61
28. 過去一週內，您的小孩在上學以外的時間見過多少位朋友？	0	1-3	4-7	8-10	≥11

29. 如果需要的話，您周圍有親戚或是朋友可以就近提供幫助嗎？	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否		
30. (承上題)您認為您住家附近的人，大多數會給予支持，並且瞭解您小孩特別要關心的地方嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有時		
31. 您是否認為您的小孩有以任何形式上影響到您的社交生活嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有時		
32. 因為您的小孩，您的家庭是否在假期的安排產生了困難？	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否		
33. 您的小孩和誰居住在一起？	<input type="checkbox"/> 和雙親同住 <input type="checkbox"/> 和爸爸或媽媽同住 <input type="checkbox"/> 和其他親戚同住，例如祖父母、養父母				
34. 請指出家中是否有成員為了更方便照顧您的小孩，而對他的工作做了調整？	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否		
35. 您覺得您的小孩是否為您增加額外的壓力？	沒有增加壓力	增加輕微壓力	增加許多壓力		
36. 您覺得您的小孩是否增加了家中其他小孩的壓力？	<input type="checkbox"/> 沒有其他小孩	<input type="checkbox"/> 沒有增加壓力	<input type="checkbox"/> 增加許多壓力		
	<input type="checkbox"/> 增加輕微壓力	<input type="checkbox"/> 增加許多壓力			

感謝您願意花時間配合填寫問卷，請留下一些建議！