

11 Seznam příloh

Příloha 1: Breighton kritéria.....	66
Příloha 2: Přehled některých dotazníků bolesti používaných u pediatrických pacientů.....	67
Příloha 3: Adolescent pediatric pain tool.....	69
Příloha 4: Dotazník k hodnocení zdravotního stavu v dětství.....	72
Příloha 5: Child health questionnaire.....	74

Příloha 1: Brighton kritéria

Hlavní kritéria

- Brighton skóre alespoň 4/9 (buď v současnosti či dříve)
- Arthralgie déle než 3 měsíce ve 4 či více kloubech

Vedlejší kritéria

- Brighton skóre 1, 2 či 3/9 (0, 1, 2 či 3 u lidí 50+)
- Arthralgie (> 3 měsíce) v 1-3 kloubech či bolest zad (> 3 měsíce), spondylóza, spondylolýza/spondylolistéza.
- Dislokace/subluxace ve více než 1 kloubu, či v 1 kloubu vícekrát
- Revmatismus měkkých tkání. > 3 lézí (např. epikondylitida, tenosynovitida, bursitida).
- marfanoidní habitus
- Abnormální kůže: strie, zvýšená citlivost, tenkou pokožka, jizvení.
- Oční příznaky: pokleslá víčka, krátkozrakost nebo antimongoloidní sklon.
- Křečové žíly nebo kýla nebo děložní / rektální výhřez.

Benigní hypermobilitní syndrom je diagnostikována v přítomnosti obou dvou hlavních kritérií, nebo jednoho hlavního a dvou vedlejších, nebo čtyřech vedlejších.

Příloha 2: Přehled některých dotazníků bolesti používaných u pediatrických pacientů
(Hutchinson, 2007)

Adolescent pediatric pain tool
Alder Hay Triage Pain Score
Analogue chromatic continuous scale
Behavioural pain assessment scale
Children's and infants' post-operative pain scale
Children's anxiety and pain scale
Children's comprehensive pain questionnaire
Children's global rating scale
Children's hospital of eastern ontario pain scale
Comfort pain scale
Derbyshire children's hospital paediatric pain chart
Face, legs, activity, cry, consolability pain assessment tool
Faces pain rating scale
Facial action coding system
Family pain questionnaire
Infant pain profile
Initial pain assessment tool
Liverpool infant distress scale
London hospital pain chart
Modified behavioral pain scale
Neonatal infant pain scale
Non-communicating children pain checklist
Ontario pain scale
Oucher scale
Paediatric pain profile
Pain
Pain indicator for communicatively impaired children
Pediatric pain assessment tool
Pediatric pain inventory
Pediatric pain questionnaire
Poker chip tool

Princess margaret hospital pain assessment tool

Riley infant pain scale

Scheffield children's hospital pain tool

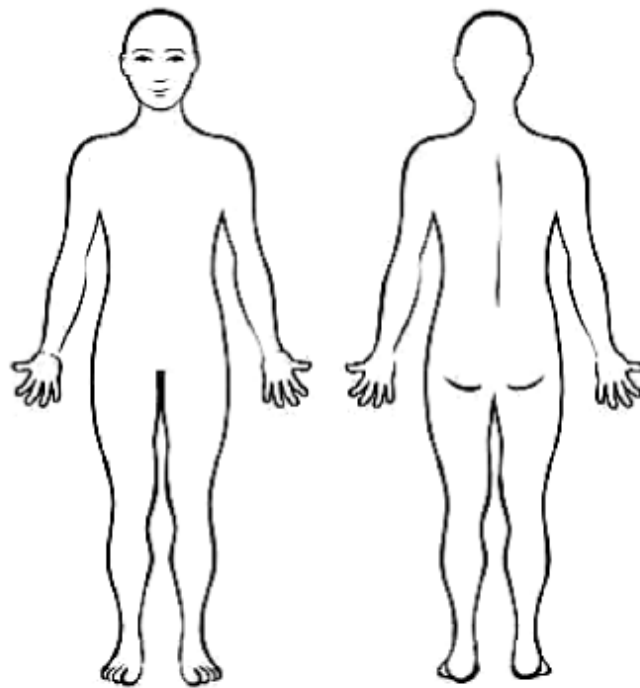
Seven point faces pain scale

Wong baker faces pain rating scale

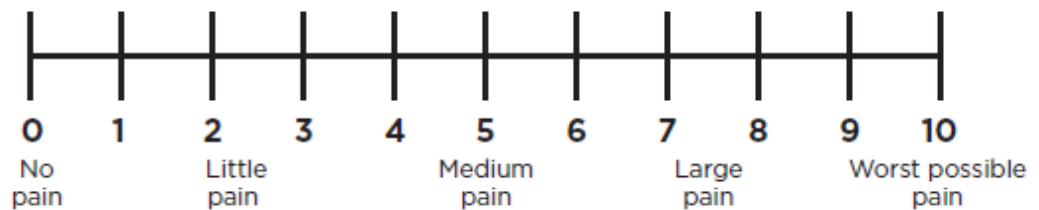
ADOLESCENT PEDIATRIC PAIN TOOL

STANDARD PAIN TOOL FOR PATIENT

1. Color in the areas on these drawings to show where you have pain. Make the marks as big or small as the place where the pain is.



2. Place a straight, up and down mark on this line to show how much pain you have.



Turn over →

3. Point to or circle as many of these words that describe your pain.

annoying	blistering	awful	off and on
bad	burning	deadly	once in a while
horrible	hot	dying	sneaks up
miserable		killing	sometimes
terrible	cramping		steady
uncomfortable	crushing	crying	
	like a pinch	frightening	If you like, you may add other words:
aching	pinching	screaming	_____
hurting	pressure	terrifying	_____
like an ache			_____
like a hurt sore	itching	dizzy	_____
	like a scratch	sickening	_____
beating	like a sting	suffocating	_____
hitting	scratching		
pounding	stinging	never goes away	
punching		uncontrollable	
throbbing	shocking		
	shooting	always	
biting	splitting	comes and goes	BSA: _____
cutting		comes on all of a sudden	IS: _____
like a pin	numb	constant	#S (2-9): ____/37= ____%
like a sharp knife	stiff	continuous	#A (10-12): ____/11= ____%
pin like	swollen	forever	#E (1, 13): ____/8= ____%
sharp	tight		#T (14, 15): ____/11= ____%
stabbing			Total: ____/67= ____%

FACE PAIN SCALE

The faces pain scale is an analogue scale used with younger children. There are several variations on the actual "face" used with this scale, a popular scale is shown.



No hurt

Hurts little bit

Hurts little more

Hurts even more

Hurts whole lot

Hurts Worst

The **Adolescent Pediatric Pain Tool** is a validated tool to evaluate pain in children, adolescents and adults. The tool is scored to determine the spectrum of pain response. Some patients will require education before using the tool for the first time and the responses should be evaluated for accuracy. The tool may need to be read to patients who are not literate.

SCORING THE ADOLESCENT PEDIATRIC PAIN TOOL (APPT)

1. Body Outline

Using a template*, note the number of body sites where pain is marked and record the number on side 2 of the APPT (BSA:). A site is considered marked if 25% or more of the marking is in that particular area.

2. Word Graphic Rating Scale

The ruler on the bottom of side 1 is used to obtain a numerical pain intensity score. It is recorded on side 2 of the APPT (IS:). Fold the page so that the ruler is under the word graphic rating scale line. You may record the pain intensity using 0 to 10.

3. The number of words selected in each of the four categories:

- a. Sensory Words (S) found in groups 2-9 (n = 37)
- b. Affective Words (A- emotional experience of the pain) found in groups 10-12 (n = 11)
- c. Evaluative Words (E- overall pain experience) found in groups 1 and 13 (n = 8)
- d. Temporal Words (T- patten over time) found in groups 14-15 (n = 11)

The total number of words is recorded. The percentage of words in each category is obtained by dividing the words circled by the number of words possible in each category.

Any affective or evaluative rating suggests poor coping and the need for further assessment with the social worker and psychologist.

*Adapted from Margolis, R.B., Tait, R.C., Krause, S.J., (1986). A rating system for the use with patient pain drawings. *Pain*, 24, 57-65.

For more information please contact Marilyn Savedra, DNS, RN, or Mary Tesler, MS, RN, Department of Family Health Care Nursing, University of California, San Francisco, San Francisco, CA, 94143.

Příloha 4: Dotazník k hodnocení zdravotního stavu v dětství

VĚK DÍTĚTE : _____ DATUM : _____ VYPLŇUJE: **MATKA**
OTEC

1 DOTAZNÍK K HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU V DĚTSTVÍ

2 V této části se zajímáme o to, jak nemoc Vašeho dítěte ovlivňuje jeho schopnosti v každodenním životě. Klidně prosím uveďte jakékoli připomínky na zadní stranu. U následujících otázek zaškrtněte vždy jednu odpověď, která nejlépe vystihuje běžnou činnost Vašeho dítěte (v průměru za celý den), a to pouze **V UPLYNULÉM TÝDNU. UVEĎTE POUZE OBTÍŽE**, které jsou důsledkem **NEMOCI**. Pokud se od většiny dětí ve věku Vašeho dítěte určitá činnost nedá očekávat, označte ji jako »Nehodí se«. Např. má-li Vaše dítě potíže s určitou činností nebo není jí schopno vykonat protože je ještě příliš malé, ne protože by bylo **OMEZENO NEMOCÍ**, zatrhněte »Nehodí se«.

3

	ZCELA bez obtíží	S JISTÝMI obtížemi	S VELKÝMI obtížemi	NENÍ schopno	Nehodí se
4 OBLÉKÁNÍ a ÚPRAVA ZEVNĚJŠKU					
5 Je vaše dítě schopno:					
6 - Obléknout se, včetně zavázání tkaniček u bot a zapnutí knoflíků?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Umýt si vlasy šamponem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Sundat si ponožky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Ostříhat si nehty na rukách?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 VSTÁVÁNÍ					
11 Je vaše dítě schopno:					
12 - Vstát z nízké židle či ze země?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Dostat se do postele a z postele nebo vstát v dětské ohrádce či postýlce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 JÍDLO					
15 Je vaše dítě schopno:					
16 - Nakrájet si maso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Zvednout sklenici či šálek k ústům?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Otevřít novou papírovou krabici vloček či lupínků apod.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 CHŮZE					
20 Je vaše dítě schopno:					
21 - Chodit venku po rovině?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Vystoupat pět schodů?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Prosím označte všechny pomůcky a zařízení, které vaše dítě obvykle používá ke kterékoli z uvedených činností:					
24 - Hůl	<input type="checkbox"/>	- Pomůcky k oblékání (háček na knoflíky, vyťahovač zipu, dlouhá lžice na boty atp.)			<input type="checkbox"/>
25 - Chodítko	<input type="checkbox"/>	- Zesílená tužka či jiné speciální pomůcky			<input type="checkbox"/>
26 - Berle	<input type="checkbox"/>	- Speciální či zpevněná židle			<input type="checkbox"/>
27 - Vozík	<input type="checkbox"/>	- Jiné (uveďte: _____)			<input type="checkbox"/>
28 Zaškrtněte prosím vše, při čem vaše dítě KVŮLI SVĚ NEMOCI obvykle potřebuje pomoc jiné osoby:					
29 - Oblékání a úprava zevnějšku	<input type="checkbox"/>	- Jídlo			<input type="checkbox"/>
30 - Vstávání	<input type="checkbox"/>	- Chůze			<input type="checkbox"/>

31		ZCELA bez obtíží	S JISTÝMI obtížemi	S VELKÝMI obtížemi	NENÍ schopno	Nehodí se
32	OSOBNÍ HYGIENA					
33	Je vaše dítě schopno:					
34	Umýt a utřít si celé tělo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Vykoupat se ve vaně (dostat se do vany a z vany)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Posadit se na toaletu či nočník a vstát?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Vyčistit si zuby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Učesat si vlasy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	DOSAŤ POHYBU					
40	Je vaše dítě schopno:					
41	Sundat těžší předmět jako např. velkou hračku či knihu z místa nad hlavou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Sehnout se a zvednout kus šatstva nebo papíru ze země?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Přetáhnout si svetr přes hlavu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Otočit hlavu a ohlédnout se dozadu přes rameno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	ÚCHOP					
46	Je vaše dítě schopno:					
47	Psát či čarát tužkou nebo perem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Otevřít dveře auta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Otevřít již dříve načatou zavařovací sklenici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Otvírat a zavírat vodovodní kohoutky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Otevřít dveře u kterých musí otočit klikou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	ČINNOSTI					
53	Je vaše dítě schopno:					
54	Jít něco vyfídít nebo nakoupit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Nastoupit do auta nebo autobusu či dětského autíčka a vystoupit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Jet na kole či tříkolce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Pomáhat s domácními pracemi (např. umýt nádobí, vynešt odpadky, vyluxovat, ustlat, uklidit pokoj, pomáhat na zahradě)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Běhat a hrát si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Prosím zaškrtněte všechny pomůcky a zařízení, které vaše dítě obvykle používá při kterékoli z uvedených činností:					
60	Zvýšené záchodové sedátko	<input type="checkbox"/>	- Madlo u vany	<input type="checkbox"/>		
61	Sedátko do vany	<input type="checkbox"/>	- Náčíní s dlouhou rukojetí k podávání předmětů	<input type="checkbox"/>		
62	Otvírač zavařovaček (načatých)	<input type="checkbox"/>	- Náčíní s dlouhou rukojetí v koupelně	<input type="checkbox"/>		
63	Zaškrtněte prosím vše, při čem vaše dítě KVŮLI SVÉ NEMOCI obvykle potřebuje pomoc jiné osoby:					
64	Osobní hygiena	<input type="checkbox"/>	- Uchopování a otevírání věcí	<input type="checkbox"/>		
65	Dosahování	<input type="checkbox"/>	- Pochůzky a běžné domácí práce	<input type="checkbox"/>		
66	BOLEST: Zajímá nás také, zda vaše dítě trpí kvůli své nemoci bolestí. Jak velkou bolest si myslíte, že vaše dítě mělo kvůli své nemoci ZA POSLEDNÍ TÝDEN? Uveďte sílu bolesti značkou na následující úseče:					
67	Žádná bolest 0	-----				100 Největší bolest
68	CELKOVÉ HODNOCENÍ: Veźměte v úvahu všechny způsoby, jakými artritida postihuje vaše dítě, a značkou na následující úseče ohodnoťte, jak si vede:					
69	Velmi dobře 0	-----				100 Velmi špatně

ČÁST # 3: KAŽDODENNÍ ČINNOSTI VAŠEHO DÍTĚTE

- 3.1. Byly školní práce vašeho dítěte nebo jeho činnosti s kamarády v posledních 4 týdnech nějak omezeny jakýmkoli z následujících způsobů díky citovým záležitostem nebo problémům s jeho chováním?
- | | Ano, výrazně omezeny | Ano, částečně omezeny | Ano, trochu omezeny | Ne, nebyly omezeny |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Omezeny ve ZPŮSOBU školní práce či činnosti s kamarády, které by mohlo dělat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Omezeny v MNOŽSTVÍ času, který by mohlo strávit školní prací nebo činností s kamarády | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Omezeny v USKUTEČŇOVÁNÍ školní práce nebo činnosti s kamarády (stojí ho to více úsilí) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 3.2. Byly školní práce vašeho dítěte nebo jeho činnosti s kamarády v posledních 4 týdnech nějak omezeny jakýmkoli z následujících způsobů kvůli problémům s jeho tělesným zdravím?
- | | Ano, výrazně omezeny | Ano, částečně omezeny | Ano, trochu omezeny | Ne, nebyly omezeny |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Omezeny ve ZPŮSOBU školní práce nebo činnosti s kamarády, které by mohlo dělat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Omezeny v MNOŽSTVÍ času, který by mohlo strávit školní prací nebo činností s kamarády | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ČÁST # 4: BOLEST

- 4.1. Jak moc tělesné bolesti či nepohodlí mělo vaše dítě v uplynulých 4 týdnech?
- | Žádnou | Velmi mírnou | Mírnou | Střední | Silnou | Velmi silnou |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 4.2. Jak často mělo vaše dítě v uplynulých 4 týdnech tělesnou bolest či nepohodlí?
- | Ani jednou | Jednou či dvakrát | Několikrát | Poměrně často | Velmi často | Každý/skoro každý den |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ČÁST # 5: CHOVÁNÍ

Následuje soupis problémů, které děti někdy mívají s chováním.

5.1. Jak často v uplynulých 4 týdnech vaše dítě:	Velmi často	Poměrně často	Občas	Teměř vůbec	Nikdy
a. Dost odmítalo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Obtížně se soustředilo nebo nedávalo pozor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ihalo nebo provokovalo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kradlo věci doma nebo venku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dělal scéný nebo výstupy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

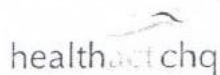
5.2 Ve srovnání s jinými dětmi stejného věku je chování vašeho dítěte obecně vzato:

Vzorné	Velmi dobré	Dobré	Přijatečné	Špatné
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ČÁST # 6: CITY

Následující formulace jsou o dětských náladách.

6.1. Kolik času v uplynulých 4 týdnech vaše dítě strávilo:	Pořád	Většinou	Někdy	Zřídka	Nikdy
a. S pocitem k pláči?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. S pocitem osamocení?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Nervosní činností?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Unuděně či utrápeně?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Radostně?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Two International Place, 16th Floor : Boston, MA 02110 | www.healthactchq.com
Child Health Questionnaire – Parent Form 50 (CHQ-PF50) © 2006 HealthAct, Inc.

Czech Version – All rights reserved

ČÁST # 7. SEBEVĚDOMÍ

Následující otázky zjišťují spokojenost vašeho dítěte se sebou samým, se školou a s ostatními. Pomůže Vám, když si uvědomíte, jak tyto věci vnímají jiné děti téhož věku.

7.1.	Jak spokojeně bylo vaše dítě v uplynulých 4 týdnech s:	Velmi spokojeně	Spíše spokojeně	Ani spokojeně ani nespokojeně	Spíše nespokojeně	Nespokojeně
a.	Vlastními školními schopnostmi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Vlastními sportovními výkony?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Přátelskými vztahy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Vlastním vzhledem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Vztahy v rodině?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Vlastním životem celkově?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ČÁST # 8: ZDRAVÍ VAŠEHO DÍTĚTE

Následující tvrzení jsou o zdraví vašeho dítěte všeobecně.

8.1.	Jak pravdivá nebo nepravdivá jsou následující tvrzení v případě vašeho dítěte:	Určitě pravdivé	Většinou pravdivé	Nevím	Většinou nepravdivé	Určitě nepravdivé
a.	Moje dítě se jeví být méně zdravé než ostatní děti, které znám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Moje dítě nebylo nikdy vážně nemocné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Moje dítě obvykle chytí všechny nemoci, se kterými se setká.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Očekávám, že moje dítě bude v životě velmi zdravé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Obávám se o zdraví svého dítěte více než se obávají jiní rodiče o zdraví svých dětí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2 Jak byste hodnotil/a zdraví vašeho dítěte nyní ve srovnání s dobou před 1 rokem?

Mnohem lepší než před rokem	O něco lepší než před rokem	Asi tak stejně jako před rokem	O něco horší než před rokem	Mnohem horší než před rokem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ČÁST #9 : VY A VAŠE RODINA

9.1. Jak MOC jste citově prožíval/a obavu či starost VY v průběhu uplynulých 4 týdnů z následujících důvodů:

	Vůbec ne	Málo	Středně	Dost	Hodně
a. Tělesné zdraví vašeho dítěte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Citový stav či chování vašeho dítěte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pozornost vašeho dítěte a schopnost učit se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2. Bylo v uplynulých 4 týdnech omezeno množství ČASU, které jste měl/a VY pro Vaše vlastní potřeby kvůli:

	Ano, značně omezeno	Ano, poněkud omezeno	Ano, trochu omezeno	Ne, neomezeno
a. Tělesnému zdraví vašeho dítěte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Citovému stavu či chování vašeho dítěte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pozornosti vašeho dítěte a schopnosti učit se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3. Jak často v průběhu uplynulých 4 týdnů zdraví nebo chování vašeho dítěte:

	Velmi často	Poměrně často	Někdy	Téměř nikdy	Nikdy
a. Omezilo druh činností, které byste mohli dělat jako rodina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Narušilo různé všední rodinné činnosti (jídlo, sledování televize)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Omezilo schopnost vaší rodiny rychle se někam vypravit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Způsobilo napětí nebo konflikt u vás doma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bylo zdrojem nesouladu či hádek u vás doma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Způsobilo, že jste musel/a zrušit nebo změnit plány (osobní či pracovní) na poslední chvíli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.4. Někdy jsou v rodinách problémy vycházet jeden s druhým. Někdo občas nesouhlasí nebo se může rozzlobit. Jak byste obecně zhodnotil/a schopnost vaší rodiny navzájem spolu vycházet?

	Vyborně	Velmi dobře	Dobře	Příjemně	Špatně
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>