# USP version 3

# Utvärdering av Sensoriska Processer

## Översättning av Evaluation of Sensory Processing, version 4

(Med tillstånd från Parham & Ecker)

Instruktioner: läs varje fråga noggrant och svara på dem så korrekt som möjligt. Välj endast **ett** svar för varje fråga, genom att kryssa i lämplig ruta, se nedan:

**A** = Alltid

**O** = Ofta

**I** = Ibland

**S** = Sällan

**Ald** = Aldrig

En del frågor kan uppfattas som **JA/NEJ** frågor. Om så är fallet: kryssa **Alltid** om ni uppfattar svaret som **JA,** och **Aldrig** om ni uppfattar svaret som **NEJ.**

**USP 3 översättning av ESP version 4** A Alltid

Barnets namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O Ofta

Barnets födelsenr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I Ibland

Namn på förälder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ S Sällan

Telefonnr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ald Aldrig

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **Hörselsinnet** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fråga** | | **A** | **O** | **I** | **S** | **Ald** |
| 1 | Har ditt barn svårigheter att förstå innebörden i ett samtal med andra människor? |  |  |  |  |  |
| 2 | Störs ditt barn av ljud i hushållet eller andra normalt förekommande ljud så som dammsugaren, hårtorken eller en toalett som spolar? |  |  |  |  |  |
| 3 | Reagerar ditt barn negativt på höga ljud, t ex genom att springa iväg, gråta eller hålla för öronen? |  |  |  |  |  |
| 4 | Finns det vissa ljud som ditt barn inte verkar höra? |  |  |  |  |  |
| 5 | Distraheras ditt barn av ljud som andra människor oftast inte lägger märke till? |  |  |  |  |  |
| 6 | Skräms ditt barn av ljud som vanligtvis inte väcker rädsla hos andra barn i samma ålder? |  |  |  |  |  |
| 7 | Verkar ditt barn reagera mindre än förväntat på höga ljud? |  |  |  |  |  |
| 8 | Har ditt barn svårt att tolka betydelsen av enkla eller vanliga ord? |  |  |  |  |  |
| 9 | Distraheras ditt barn av irrelevanta ljud, t ex en gräsklippare utomhus, barn som pratar längst bak i klassrummet, prasslande papper, luftkonditionering, kylskåp eller lysrör? |  |  |  |  |  |
| 10 | Verkar ditt barn överkänsligt för ljud? |  |  |  |  |  |

| **Smak- och luktsinnet** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fråga** | | **A** | **O** | **I** | **S** | **Ald** |
| 1 | Får ditt barn kväljningar, börjar kräkas eller klagar på illamående när han/hon känner lukten av t ex tvål, parfym eller rengöringsmedel? |  |  |  |  |  |
| 2 | Klagar ditt barn på att mat är för smaklös, eller vägrar han/hon att äta smaklös mat? |  |  |  |  |  |
| 3 | Föredrar ditt barn välsaltad mat? |  |  |  |  |  |
| 4 | Tycker ditt barn om att smaka på sådant som är oätligt, exempelvis lim eller färg? |  |  |  |  |  |
| 5 | Får ditt barn kväljningar när han/hon förväntar sig mindre tilltalande mat, exempelvis kokt spenat? |  |  |  |  |  |

| **Led- & muskelsinnet (proprioception)** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fråga** | | **A** | **O** | **I** | **S** | **Ald** |
| 1 | Håller ditt barn saker så hårt att de blir svåra att använda? |  |  |  |  |  |
| 2 | Gnisslar ditt barn tänder? |  |  |  |  |  |
| 3 | Verkar ditt barn söka sig till aktiviteter som att knuffa, dra, släpa, lyfta och hoppa? |  |  |  |  |  |
| 4 | Verkar ditt barn osäker på hur stor rörelse som krävs när han/hon ska sätta sig eller ta ett steg över något? |  |  |  |  |  |
| 5 | Greppar ditt barn saker så löst att de blir svåra att använda? |  |  |  |  |  |
| 6 | Verkar ditt barn använda för mycket kraft för uppgiften, som att gå tungt, slå i dörrar eller trycka för hårt när pennor och kritor används? |  |  |  |  |  |
| 7 | Hoppar ditt barn mycket? |  |  |  |  |  |
| 8 | Har ditt barn svårt att på ett lämpligt sätt leka med husdjur, t ex klappar dem för hårt? |  |  |  |  |  |
| 9 | Har ditt barn svårt att sätta sig tillrätta på en stol? |  |  |  |  |  |
| 10 | Törnar eller stöter ditt barn emot andra barn? |  |  |  |  |  |
| 11 | Verkar ditt barn vara allmänt svag i kroppen? |  |  |  |  |  |
| 12 | Tuggar ditt barn oftare på leksaker, kläder eller annat, jämfört med andra barn? |  |  |  |  |  |
| 13 | Tycker ditt barn om att dra kompisar i en pulka? |  |  |  |  |  |

| **Känselsinnet (taktilt)** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fråga** | | **A** | **O** | **I** | **S** | **Ald** |
| 1 | Drar sig ditt barn undan från lätt beröring? |  |  |  |  |  |
| 2 | Verkar ditt barn sakna den normala medvetenheten om att känna beröring? |  |  |  |  |  |
| 3 | Reagerar ditt barn negativt på känslan av nya kläder? |  |  |  |  |  |
| 4 | Visar ditt barn en ovanlig motvilja mot att få håret kammat, borstat eller ”stylat”? |  |  |  |  |  |
| 5 | Föredrar ditt barn att beröra snarare än att bli berörd? |  |  |  |  |  |
| 6 | Verkar ditt barn ha ett stort behov av att vidröra material med olika karaktär? |  |  |  |  |  |
| 7 | Vägrar ditt barn att bära hatt, solglasögon eller andra accessoarer? |  |  |  |  |  |
| 8 | Störs ditt barn av att få sina finger- eller tånaglar klippta? |  |  |  |  |  |
| 9 | Har ditt barn en tendens att hela tiden röra vid saker? |  |  |  |  |  |
| 10 | Undviker eller ogillar ditt barn att leka med sand och liknande material? |  |  |  |  |  |
| 11 | Föredrar ditt barn kläder i något visst material eller särskilda tyger? |  |  |  |  |  |
| 12 | Störs ditt barn av att någon vidrör hans/hennes ansikte? |  |  |  |  |  |
| 13 | Störs ditt barn av att bli tvättad i ansiktet? |  |  |  |  |  |
| 14 | Motsätter sig eller ogillar ditt barn att bära kortärmat eller shorts? |  |  |  |  |  |
| 15 | Ogillar ditt barn att äta kladdig mat med händerna? |  |  |  |  |  |
| 16 | Verkar ditt barn ovilligt att äta viss mat på grund av dess konsistens? |  |  |  |  |  |
| 17 | Undviker ditt barn att stoppa sina händer i fingerfärg, klister, sand, lera, jord, lim eller andra kladdiga saker? |  |  |  |  |  |
| 18 | Störs ditt barn av att få sitt hår klippt? |  |  |  |  |  |
| 19 | Överreagerar ditt barn på mindre skador? |  |  |  |  |  |
| 20 | Har ditt barn en ovanligt hög smärttröskel? |  |  |  |  |  |
| 21 | Vägrar ditt barn att ha på sig vantar och mössa trots att det är kallt? |  |  |  |  |  |
| 22 | Föredrar ditt barn att ha på sig tumvantar framför fingervantar? |  |  |  |  |  |

| **Balanssinnet (vestibulärt)** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fråga** | | **A** | **O** | **I** | **S** | **Ald** |
| 1 | Verkar ditt barn överdrivet ängslig vid rörelse/läges-förändringar, som att gå upp och ner för trappor, gunga på en gunga eller gungbräda, åka rutschkana eller använda andra redskap på lekplatser? |  |  |  |  |  |
| 2 | Oroas ditt barn när han/hon blir förflyttad eller sitter på redskap som är i rörelse? |  |  |  |  |  |
| 3 | Har ditt barn bra balans? |  |  |  |  |  |
| 4 | Undviker ditt barn aktiviteter som utmanar balansen, t ex gå på trottoarkanter eller på ojämn mark? |  |  |  |  |  |
| 5 | Tycker ditt barn om snabbt snurrande åkattraktioner som exempelvis karuseller? |  |  |  |  |  |
| 6 | Faller ditt barn av stolen när han/hon ändrar ställning? |  |  |  |  |  |
| 7 | Är ditt barn oförmöget att ta emot sig när han/hon ramlar? |  |  |  |  |  |
| 8 | Verkar ditt barn bli mindre yr än vad andra barn brukar bli? |  |  |  |  |  |
| 9 | Verkar ditt barn vara allmänt svag i kroppen? |  |  |  |  |  |
| 10 | Snurrar ditt barn runt mer än andra barn? |  |  |  |  |  |
| 11 | Vaggar ditt barn fram och tillbaka när han/hon är stressad? |  |  |  |  |  |
| 12 | Tycker ditt barn om att bli upp- och nervänd eller njuter han/hon av aktiviteter där man t ex hänger upp- och nerpå eller slår kullerbyttor? |  |  |  |  |  |
| 13 | Var ditt barn rädd för att gunga eller hoppa som riktigt liten? |  |  |  |  |  |
| 14 | Jämfört med andra barn i samma ålder, verkar ditt barn åka längre och mer intensivt på vissa av lekplatsens redskap, exempelvis gungor och karuseller? |  |  |  |  |  |
| 15 | Stressas ditt barn av att ha huvudet i en annan position än upprätt, som att luta huvudet bakåt eller vara upp-och-ner? |  |  |  |  |  |
| 16 | Undviker ditt barn att åka pulka? |  |  |  |  |  |

| **Synen (visuella sinnet)** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fråga** | | **A** | **O** | **I** | **S** | **Ald** |
| 1 | Är ditt barn känsligt eller besvärat av ljus, speciellt av skarpt ljus (blinkar, kisar, gråter eller blundar etc)? |  |  |  |  |  |
| 2 | När ditt barn tittar på bilder, fokuserar han/hon då på mönster eller detaljer istället för att se helheten? |  |  |  |  |  |
| 3 | Har ditt barn svårt att hålla ögonen på en aktuell uppgift eller aktivitet? |  |  |  |  |  |
| 4 | Distraheras ditt barn lätt av synintryck? |  |  |  |  |  |
| 5 | Har ditt barn svårt att hitta något som det ligger bland flera andra saker? |  |  |  |  |  |
| 6 | Blundar ditt barn med ena ögat eller lutar huvudet bakåt när han/hon tittar på något eller någon? |  |  |  |  |  |
| 7 | Har ditt barn svårt för ovanliga visuella miljöer, som ett färgstarkt rum eller ett svagt upplyst rum? |  |  |  |  |  |
| 8 | Har ditt barn svårt att kontrollera ögonrörelserna när han/hon ska följa t ex en boll med ögonen? |  |  |  |  |  |
| 9 | Har ditt barn svårt att namnge, skilja på eller para ihop färger, former eller storlekar? |  |  |  |  |  |
|  | **Om ditt barn är 7 år eller äldre, svara även på följande fyra frågor.** |  |  |  |  |  |
| 10 | Vände ditt barn på ord eller bokstäver, eller läste ord baklänges (t ex läste ”lam” istället för ”mal”) efter första klass? |  |  |  |  |  |
| 11 | Tappar ditt barn bort sig på sidan när han/hon läser, skriver av, löser problem eller följer skrivna instruktioner? |  |  |  |  |  |
| 12 | Har ditt barn svårt att skilja på likartade tecken, som t ex ”b” och ”p” eller ”+” och ”x”? |  |  |  |  |  |
| 13 | Har ditt barn svårt att i skolan flytta blicken från ”svarta tavlan” till papperet när han/hon ska skriva av en text? |  |  |  |  |  |