

PARENTS INTERACTING WITH INFANTS (PIWI) EVALUATION PACKET

Instructions for PIWI Facilitators

This evaluation packet contains all forms that will be used to evaluate PIWI. A list of the required forms, and details on when and how to submit these forms is below. One participant survey should be completed per family.

List of Forms to Be Completed by PIWI **Participants**:

- PIWI Participant Survey

List of Forms to Be Completed by PIWI **Facilitator**:

- PIWI Facilitator Survey
- PIWI Attendance Sheet

Using Electronic Forms? Here is when and how to submit:

When possible, we ask that you submit forms electronically.

- At the end of the last session, ask **participants** to complete the survey linked below. This survey should take about 10 minutes to complete. If you need verification of participant surveys being completed, please contact Steven Cain, Nebraska Children and Families Foundation, at scain@nebraskachildren.org.
 - <https://bit.ly/PIWIParticipant>
- **Facilitator** completes the survey link which includes inputting attendance and additional information about class facilitation.
 - <https://bit.ly/PIWIFacilitator>



Participant Survey



Facilitator Survey

Using Paper/Hard Copy Forms? Here is when and how to submit:

- At the end of the last session (week 9), ask participants to complete the Participant Survey
- Complete the Facilitator Survey and attendance through this link:
<https://bit.ly/PIWIFacilitator>
- Scan hard copy surveys and email to rootedinrelationships@nebraskachildren.org

PARENTS INTERACTING WITH INFANTS (PIWI) PARTICIPANT SURVEY

MM/YY of Last Session: ____/____

Thank you for completing Parents Interacting with Infants. Please complete this survey to help us learn about your experience. Nebraska Children and Families Foundation (NCFF) will use the information from this survey to evaluate this program. By taking this survey, you are agreeing that your information can be used for analysis and evaluation by NCFF and its evaluation partners. All data collected will only be summarized as a group. No individual responses will be reported. If you do not wish to participate in the evaluation, please do not complete this survey. If you have questions, please contact Steven Cain, Nebraska Children and Families Foundation, at scain@nebraskachildren.org.

Please enter your Participant ID Below

- First two letters of your first name
- First two letters of your last name,
- Two digit month of birth,
- Two digit day of birth

Example: Sally Jones DOB 10/16/80 would be SAJO1016. Please use all capital letters _____

Facilitator/Staff Name: _____

1. SATISFACTION

Use the scale below to select how much you agree or disagree with the following statements:

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. Meeting with a group of parents was helpful to me.					
2. The leader did a good job working with my group.					
3. I felt respected and valued as a participant.					
4. I have learned new techniques that improve my interactions with my child or children.					
5. I feel my family relationships are better than before.					

6. What could we have done differently to make things better during your PIWI sessions/class?

7. What were the benefits to you and your family?

PARENT/CAREGIVER COMPLETES AT END OF PIWI PARTICIPATION

2. HOW HAVE THINGS CHANGED?

Please select the option for each statement that describes how often the statement is true for you or your family - **First reflect on what was true BEFORE the PIWI class, then think of NOW.** "Some of the time" means that the statement is true about half of the time.

		Rarely or never	A little bit of the time	Some of the time	Good part of the time	Always or most of the Time
1. I have a hard time managing my child.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
2. I can be patient with my child.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
3. I respond quickly to my child's needs.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
4. I do activities that help my child grow and develop.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
5. When my child is upset, I'm not sure what to do.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
6. I use positive words to encourage my child.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
7. I can tell what my child wants.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
8. I am able to increase my child's good behavior.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
9. I can remain calm when my child is upset.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
10. I praise my child every day.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
11. I feel I'm doing an excellent job as a parent.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					

PARENT/CAREGIVER COMPLETES AT END OF PIWI PARTICIPATION

		Rarely or never	A little bit of the time	Some of the time	Good part of the time	Always or most of the time
12. I am proud of myself as a parent.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
13. I am more effective than most parents.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
14. I have set goals about how I want to raise my child.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
15. I am a good example to other parents.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					
16. I learn new parenting skills and use them with my child.	BEFORE the class					
	NOW , at end of class					

Adapted from LeCroy & Milligan Associates, Inc., Healthy Families Parenting Inventory © 2004

3. DEMOGRAPHICS	
County (or State if not Nebraska) _____	Gender ____ Woman ____ Man ____ Prefer not to say
Are other adults participating with you today? (example: spouse, partner, other family members?) ____ No ____ Yes - if yes, what is their gender? ____ Woman ____ Man ____ Prefer not to say	
Race/Ethnicity (check all that apply): ____ White ____ Asian ____ Middle Eastern or North African ____ Black or African American ____ Native American or Alaska Native ____ Prefer not to say ____ Hispanic or Latino ____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ____ Prefer to Self Identify: _____	
If Native American or Alaska Native, are you part of a federally recognized tribe? ____ Yes ____ No	
As of today's date, are you between the ages of 14 and 25 (have not yet had your 26th birthday)? ____ Yes ____ No	
Do you or your children <u>QUALIFY</u> for Medicaid, Child Care Subsidy (Title XX), and/or free and reduced lunch, even if you don't receive any of them? ____ Yes ____ No ____ Unsure ____ Prefer to not say	Do you have a disability? ____ Yes ____ No ____ Prefer to not say
Do any of your children have a disability, receive any developmental services, have an Individualized Education Plan (IEP) or an Individualized Family Service Plan (IFSP)? ____ Yes ____ No ____ Prefer to not say	

THANK YOU for completing this survey!

MM/YY de la Última Sesión:

PADRES INTERACTUANDO CON INFANTES (PIWI)

ENCUESTA DEL PARTICIPANTE

____/____

Gracias por completar la encuesta "Padres que interactúan con bebés". Por favor, complete esta encuesta para que podamos conocer su experiencia. La Fundación para Niños y Familias de Nebraska (NCFF) utilizará la información de esta encuesta para evaluar este programa. Al participar, usted acepta que su información pueda ser utilizada para análisis y evaluación por la NCFF y sus socios de evaluación. Todos los datos recopilados se resumirán únicamente en grupo. No se reportarán las respuestas individuales. Si no desea participar en la evaluación, por favor, no complete esta encuesta. Si tiene alguna pregunta, por favor, contacte a Steven Cain, de la Fundación para Niños y Familias de Nebraska, en scain@nebraskachildren.org.

Ingrese su ID de participante a continuación:

- Las dos primeras letras de tu nombre
- Las dos primeras letras de tu apellido (si tienes dos apellidos, utiliza las dos primeras letras del primer apellido)
- Mes de nacimiento de dos dígitos
- Día de nacimiento de dos dígitos.

Ejemplo: Sally Jones Thompson (fecha de nacimiento: 16/10/1980) será SAJO1016. Por favor, utilice mayúsculas.

Nombre del facilitador/personal:

1. SATISFACCIÓN

Utilice la escala a continuación para seleccionar cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Reunirme con un grupo de padres fue de ayuda para mí.					
2. El líder hizo un buen trabajo con mi grupo.					
3. Me sentí respetado y valorado como participante.					
4. He aprendido nuevas técnicas que mejoran mis interacciones con mi hijo(os).					
5. Siento que mis relaciones familiares son mejores que antes.					

6. ¿Que podríamos haber hecho de manera diferente para mejorar las cosas durante sus sesiones/clases de PIWI?

7. ¿Cuáles fueron los beneficios para usted y su familia?

2. ¿CÓMO HAN CAMBIADO LAS COSAS?

Seleccione la opción para cada afirmación que describa con qué frecuencia es cierta para usted o su familia. **Primero, reflexione sobre lo que era cierto ANTES de la clase PIWI, luego piense en lo que es cierto AHORA.** "Algunas veces" significa que la afirmación es cierta aproximadamente la mitad de las veces.

		Raramente o nunca	Un poco del tiempo	Algo del tiempo	Buena parte del tiempo	Siempre o la mayor parte del tiempo
1. Se me hace difícil dirigir a mi niño(a).	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
2. Puedo ser paciente con mi niño(a).	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
3. Respondo rápidamente a las necesidades de mi hijo	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
4. Hago actividades que ayudan a mi niño(a) a crecer y desarrollarse.	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
5. Cuando mi niño(a) está molesto(a), no estoy seguro(a) de qué hacer.	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
6. Utilizo palabras positivas para animar a mi niño(a).	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
7. Me doy cuenta rápidamente de lo que mi niño(a) desea.	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
8. Puedo aumentar el comportamiento bueno en mi niño(a).	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
9. Puedo mantenerme calmado(a) cuando mi niño(a) está molesto(a).	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
10. Yo felicito a mi niño(a) a diario.	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
11. Yo siento que estoy haciendo un trabajo excelente como padre/madre.	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					

PARENT/CAREGIVER COMPLETES AT END OF PIWI PARTICIPATION

		Raramente o nunca	Un poco del tiempo	Algo del tiempo	Buena parte del tiempo	Siempre o la mayor parte del tiempo
12. Estoy orgulloso de mí mismo(a) o como padre/madre.	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
13. Siento que soy más eficaz que la mayoría de los padres.	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
14. Tengo metas sobre cómo deseo criar a mi niño(a).	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
15. Soy un buen ejemplo para otros padres.	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					
16. Aprendo nuevas habilidades sobre cómo ser padre/madre y las utilizo con mi niño(a).	ANTES de la clase					
	AHORA, al final de la clase					

Adapted from LeCroy & Milligan Associates, Inc., Healthy Families Parenting Inventory © 2004

3. Datos demográficos

Condado _____

¿Cuál es su género?

____ Mujer ____ Hombre ____ Prefiero no decir

¿Hay otros adultos participando contigo hoy (Ejemplo: esposo, esposa, pareja, otro miembro familiar)?

____ No ____ Sí à ¿Si la respuesta es sí, cuál es su género? ____ Mujer ____ Hombre ____ Prefiero no decir

¿Cuál es su raza/etnicidad? (marque todas las que corresponda)

____ Blanco ____ Asiático ____ Medio Oriente o Norte de África
 ____ Negro or Afroamericano ____ Nativo Americano or Nativo de Alaska ____ Prefiero no decir
 ____ Hispano o Latino ____ Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico ____ Prefiero autoidentificarme: _____

Si es Nativo Americano or Nativo de Alaska, ¿es parte de una tribu reconocida? ____ Sí ____ No

A partir de la fecha de hoy, ¿Tiene entre 14 a 25 años (todavía no cumple los 26 años)? ____ Sí ____ No

¿Usted o sus hijos CALIFICAN para Medicaid, Subsidio para Cuidado Infantil (Título XX) y/o almuerzo reducido o gratis, incluso si no recibe ninguno de ellos?

____ Sí ____ No ____ No lo sé ____ Prefiero no decir

¿Tiene alguna discapacidad?

____ Sí ____ No ____ Prefiero no decir

¿Tiene su niño una discapacidad, recibe servicios de desarrollo, tiene un plan individual de educación (IEP por sus siglas en inglés) o un plan de servicio individual para la familia (IFSP por sus siglas en inglés)?

____ Sí ____ No ____ Prefiero no decir

¡GRACIAS por completar esta encuesta!

PARENTS INTERACTING WITH INFANTS (PIWI) FACILITATOR SURVEY & ATTENDANCE

Date of Class: ____/____/____

1. SESSION INFORMATION

Facilitator/Staff name: _____

Sponsoring organization(s):	County:	Number of parents/caregivers in class:	Number of children in class:
-----------------------------	---------	--	------------------------------

Was food provided?

☐ Yes ☐ No

Was transportation provided?

☐ Yes ☐ No

Were incentives provided to parents to attend?

☐ No ☐ Yes → If yes, please indicate the incentive: _____

What agencies, organizations, or programs helped support this class either financially or through in-kind donations? Check all that apply.

☐ Behavioral Health Region☐ Nebraska Children (Bring Up Nebraska)☐ Planning Region Team☐ DHHS☐ Nebraska Children (Rooted in Relationships)☐ Sixpence☐ Head Start☐ Parent Fees☐ Other: _____

Where were the PIWI sessions held? Check all that apply.

☐ Child care center☐ Educational Service Unit☐ School☐ Church or other religious center☐ Hospital☐ Other: _____☐ Community Center☐ Library

If you referred any parents to additional services, how many individuals did you refer? _____

Which services were parents referred to? Check all that apply

☐ Child care☐ Social services for housing or food assistance☐ Mental health/Counseling☐ Special education services☐ Health services☐ Other _____

2. ATTENDANCE

Use the table below to track attendance at each session. Then enter the participant ID and total # of sessions attended into the online form after the last session.

Participant ID - First two letters of first name, first two letters of last name, two digit month of birth, two digit day of birth (Example: Sally Jones DOB 10/16/80 would be SAJO1016)		Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6	Session 7	Session 8	Session 9	Total#
Example: SAJO1016		X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

3. REFLECTION

Please list successes and/or breakthroughs you saw parents experience during the Parents Interacting with Infants sessions:

What were some of the challenges you experienced in facilitating the class?

What do you plan to do differently, if anything, the next time you lead a Parents Interacting with Infants class?

Is there anything else you would like to share about your experience in leading this class