

Questionario abitudini alimentari dei figli

L'obiettivo del questionario è di far emergere il bisogno delle famiglie di comprendere le cause di difficoltà legate all'alimentazione dei propri figli da 6 mesi a 18 anni con disabilità.

L'esperienza clinica e la formazione personale di chi scrive spinge a fare delle ipotesi che si differenziano dalla letteratura attuale, noi professionisti del settore abbiamo avuto l'idea di creare questo questionario per dare delle risposte oggettive e per programmare un percorso di aiuto e di risoluzione definitiva o preventiva alle problematiche stesse. La sua collaborazione sarebbe molto utile a migliorare la ricerca, conseguentemente una maggiore conoscenza del problema garantirebbe la programmazione di un percorso terapeutico interdisciplinare e soprattutto il più personalizzato possibile.

La invitiamo a rispondere alle domande del seguente questionario scegliendo la risposta che ritiene maggiormente in grado di rappresentare il suo pensiero come genitore. La nostra attenzione speciale è stata rivolta ai genitori di un bambino/a o ragazzo/a con disabilità . Non esistono risposte corrette ma solo risposte che rispecchiano il suo pensiero. Il tempo di compilazione è di circa 6-8 minuti. I temi suddivisi in sezioni riguardano dati relativi al nucleo familiare, dati relativi alla comunicazione, dati relativi all'allattamento e allo svezzamento ed infine dati relativi alle abitudini alimentari.

Le sue risposte sono confidenziali e verranno trattate in modo da garantire l'anonimato in conformità alle norme relative alla protezione e al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, c.d. GDPR, e della normativa italiana attualmente in vigore in materia di Privacy.

La ringraziamo per la sua preziosa collaborazione.

Virginia Fucci, Dietista

Marco Gagliotta, Terapista della Riabilitazione

Valeria Traversa, Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva

*Campo obbligatorio

*Campo obbligatorio

1. Indirizzo email *

2. Qual è la sua età?

Contrassegna solo un ovale.

Meno di 35 anni

Tra 35 e 55 anni

Più di 55 anni

3. Sesso?

Contrassegna solo un ovale.

M

F

Nucleo Familiare

in questa sezione si raccolgono dati che riguardano il suo nucleo familiare

4. Quante persone compongono la sua famiglia? *

Contrassegna solo un ovale.

2 persone

3 persone

4 persone

5 persone

6 o più persone

5. Qual è il numero dei figli/e? *

Contrassegna solo un ovale.

1

2

3

4

5 o più

6. Quanti figli/e hanno una disabilità? *

Contrassegna solo un ovale.

- 1 figlio/a con disabilità
- 2 figli/e con disabilità
- 3 figli/e con disabilità
- Più di 3 figli/e con disabilità

7. Qual è il sesso del primo/a figlio/a con disabilità? *

Contrassegna solo un ovale.

- Maschio
- Femmina

8. Che età ha il/la primo/a figlio/a con disabilità? *

Contrassegna solo un ovale.

- Meno di 6 anni
- Tra 6 e 10 anni
- Tra 11 e 13 anni
- Tra 14 e 22 anni
- Più di 22 anni

9. Quale è la tipologia della disabilità di suo/a figlio/a? (può selezionare più voci) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Disabilità motoria
- Disabilità cognitiva
- Disabilità visiva
- Disabilità uditiva
- Disturbo dello spettro autistico
- Disabilità della comunicazione

10. Se c'è un/a secondo figlio/a con disabilità, di che sesso è?

Contrassegna solo un ovale.

Maschio

Femmina

11. Che età ha questo/a secondo/a figlio/a con disabilità?

Contrassegna solo un ovale.

Meno di 6 anni

Tra 6 e 10 anni

Tra 11 e 13 anni

Tra 14 e 22 anni

Più di 22 anni

12. Quale è la tipologia di disabilità di questo/a figlio/a? (può selezionare più voci)

Seleziona tutte le voci applicabili.

Disabilità motoria

Disabilità cognitiva

Disabilità visiva

Disabilità uditiva

Disturbo dello spettro autistico

Disabilità della comunicazione

13. Se c'è un/a terzo/a figlio/a con disabilità, di che sesso è?

Contrassegna solo un ovale.

M

F

14. Che età ha questo/a terzo/a figlio/a con disabilità?

Contrassegna solo un ovale.

- Meno di 6 anni
- Tra 6 e 10 anni
- Tra 11 e 13 anni
- Tra 14 e 22 anni
- Più di 22 anni

15. Quale è la tipologia di disabilità di questo/a figlio/a? (può selezionare più voci)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Disabilità motoria
- Disabilità cognitiva
- Disabilità visiva
- Disabilità uditiva
- Disturbo dello spettro autistico
- Disabilità della comunicazione

16. Quali impegni o attività ha suo/a figlio/a con disabilità? (può selezionare più voci)

*

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Scuola
- Attività sportiva e/o tempo libero
- Centro diurno
- Fisioterapia o altra Terapia Riabilitativa

17. Quale è la tipologia della vostra abitazione (escluso il bagno)? *

Contrassegna solo un ovale.

- Monolocale
- Bilocale
- Trilocale
- Quattro o più locali

18. Che tipo di attività lavorativa svolge abitualmente? *

Contrassegna solo un ovale.

- Attività Libero professionale
- Dipendente
- Collaboratore/collaboratrice
- Disoccupato/a
- Casalingo/a

Alimentazione e
Comunicazione

In questa sezione raccogliamo dati che riguardano l'interazione genitore - figlio durante i momenti dedicati all'alimentazione

19. Quando suo figlio ha fame? (è possibile dare più risposte) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Lo dice con una parola
- Lo dice con più parole o una frase
- Lo fa capire con un gesto e una parola
- Lo fa capire con un gesto
- Indica una immagine di un codice di CAA o foto
- Si reca in prossimità del cibo
- Si agita
- Ha un segnale specifico per questo oppure compie un'azione particolare

20. Se ha risposto "Ha un segnale specifico per questo oppure compie un'azione particolare" specificare quale:

21. Dopo che suo figlio ha espresso il bisogno di mangiare, il segnale o la richiesta: *

Contrassegna solo un ovale.

- persiste fin quando l'obiettivo di mangiare non è raggiunto;
- cessa solo quando inizia a mangiare;
- cessa quando riceve un indizio ambientale che gli fa comprendere che sta per mangiare
- Altro: _____

22. Quando è raggiunto l'obiettivo di mangiare, suo figlio: *

Contrassegna solo un ovale.

- non fa niente
- mostra soddisfazione se si è raggiunto l'obiettivo
- non saprei
- Altro: _____

23. Mentre mangia suo figlio (si possono dare più risposte) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- fa un'azione o fa un segnale per comunicare basta o rifiutare altro cibo;
- se c'è un'interruzione fa un segnale per comunicare che ne vuole ancora;
- non compie altre azioni, nè segnali;
- non saprei

Altro: _____

24. L'Allattamento come è avvenuto *

Contrassegna solo un ovale.

- al seno
- misto
- artificiale

25. A quanti mesi è avvenuto lo svezzamento? *

Contrassegna solo un ovale.

- 4 mesi
- 5 mesi
- oltre i sei mesi

26. come definisci la fase dello svezzamento? *

Contrassegna solo un ovale.

- problematica
- serena
- divertente
- traumatica

27. Il momento del pasto lo definiresti: *

Contrassegna solo un ovale.

- sereno
 stressante
 caotico

28. Tutta la famiglia siede a tavola al momento del pasto? *

Contrassegna solo un ovale.

- si
 no

29. Prepari piatti diversi per i componenti della famiglia? *

Contrassegna solo un ovale.

- si
 no

30. Sei costretto a preparare diversamente le pietanze per tuo figlio/a con disabilità (è possibile dare più risposte) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Devo frullare
 No
 Devo aumentare la consistenza riducendo la parte liquida
 Utilizzo acqua gel

Altro: _____

31. Hai difficoltà a tenere seduto tuo figlio/a a tavola? *

Contrassegna solo un ovale.

si

no

Altro: _____

32. Quando tuo figlio/a mangia poco, tendi a (è possibile dare più di una risposta): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

togliere il piatto da tavola

cambiare pietanze

aumentare i quantitativi

non fare nulla

Altro: _____

33. Pensi che tuo figlio/a eviti cibi (è possibile dare più risposte): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

caldi – tiepidi – freddi

cremosi – morbidi – solidi

colorati

molto profumati - poco profumati

Altro: _____

34. Pensi che tuo figlio/a preferisca cibi (è possibile dare più risposte): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

caldi – tiepidi – freddi

cremosi – morbidi – solidi

molto profumati - poco profumati

colorati

Altro: _____

35. Quando metti il piatto a tavola tuo figlio/a: *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- si lamenta
- chiude la bocca
- si distrae
- gioca con diversi oggetti

Altro: _____

36. Pensi che tuo figlio/a durante il pasto tenda: *

Contrassegna solo un ovale.

- a riempirsi la bocca
- a masticare poco
- ad ingoiare rapidamente
- Altro: _____

37. Tuo figlio durante il pasto:

Contrassegna solo un ovale.

- guarda la TV - usa tablet o cellulare
- legge
- gioca

38. Tuo figlio/a ha l'abitudine di portare alla bocca diversi oggetti durante i pasti? *

Contrassegna solo un ovale.

- si
- no

39. In genere il pasto in famiglia (pranzo o cena) dura: *

Contrassegna solo un ovale.

- meno di 15 minuti
 tra i 15 e i 30 minuti
 più di 30 minuti

40. La preparazione dei pasti (pranzo o cena) è per te un momento: *

Contrassegna solo un ovale.

- abitudinario
 di stress
 di frustrazione

41. Qualche membro della famiglia partecipa alla preparazione dei pasti? *

Contrassegna solo un ovale.

- si
 no

42. se si indicare chi.....

43. Tuo figlio/a tende a mangiare snack o merendine fuori dai pasti principali? *

Contrassegna solo un ovale.

- si
 no

44. se sì, indicare quante volte nella giornata:

Contrassegna solo un ovale.

una

più di una

45. Tuo figlio/a ha sofferto o soffre di disturbi gastrointestinali? *

Contrassegna solo un ovale.

sì

no

46. Hai mai chiesto consigli nutrizionali per te o la famiglia? *

Contrassegna solo un ovale.

sì

no

47. Se hai risposto "sì" alla domanda precedente, indicare a chi (pediatra, gastroenterologo, nutrizionista, medico di base):

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Moduli