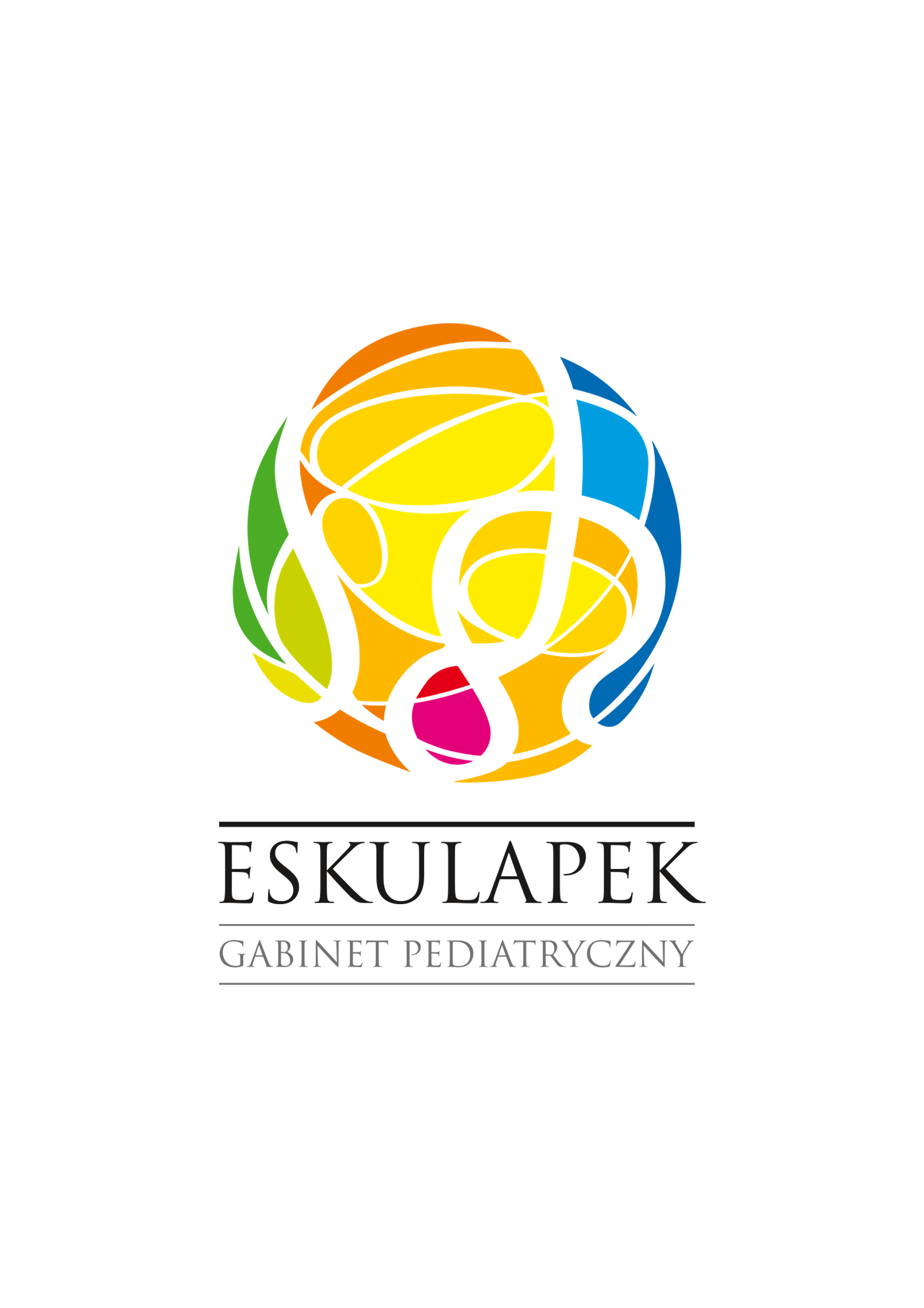
****

**Kwestionariusz rodzinny**

**Cel wypełnienia dzienniczka**

Ocena roli diety w rodzinie, motywacji, zaangażowania, świadomości żywieniowej, poznanie zwyczajów żywieniowych i relacji członków rodziny z jedzeniem, ocena potencjalnych czynników stresogennych związanych z dietą.

**Zasady wypełniania dzienniczka**

Proszę o wypełnienie kwestionariusza wspólnie z domownikami. Mogą Państwo wyróżnić kilka odpowiedzi na jedno pytanie, np.

1. Jakie są Państwa oczekiwania w związku z wizytą?

*Mama: chcę, aby synek schudł*

*Tata: chcę móc zabrać syna na dłuższą wyprawę rowerową*

*Pacjent: nie chcę mieć zadyszki na wf-ie*

*Siostra: chcę bawić się w berka z bratem, on zawsze odmawia biegania*

Lub:

*Pacjentka: chcę schudnąć*

*Partner: chciałbym, aby moja dziewczyna dbała o swoje zdrowie*

Pytania oznaczone kolorem zielonym wypełniają opiekunowie dziecka w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia.

1. Co sprawiło, że właśnie teraz zdecydowali się Państwo na podjęcie współpracy z dietetykiem?
2. Jakie są Państwa oczekiwania w związku z wizytą?
3. Czy są Państwo gotowi wprowadzić zmiany w diecie dla całej rodziny?
4. Co chcieliby Państwo zmienić w diecie i dlaczego?
5. Jak oceniają Państwo swoją wiedzę na temat zdrowego odżywiania?
6. Czy podejmowali Państwo dotychczas próby wprowadzenia zdrowych zmian w Waszym jadłospisie? Jakie? Jaki był ich efekt?
7. Kto mieszka wraz z pacjentem?
8. Jaki jest udział osób trzecich w opiece nad pacjentem? (dziadkowie, opiekunka, wujkowie, kuzynostwo – jak często opiekują się pacjentem?)
9. Z kim pacjent spędza najwięcej czasu?
10. Czy jedzenie pełni rolę nagród w domu (np. za dobre sprawowanie, oceny, wyniki w pracy)?
11. Jakie są obowiązki pacjenta w domu?
12. Czy cała rodzina jada zazwyczaj to samo?
13. Czy rodzina jada wspólnie obiady w dni robocze/ szkolne?
14. Kto decyduje, co w danym dniu znajdzie się w menu?
15. Kto w domu gotuje, jak często? Kto zajmuje się zakupami?
16. Czy w domu zawsze jest coś słodkiego/ słodka szafka?
17. Jak często kupują Państwo słodycze?
18. Jak często są jadane przez konkretnych członków rodziny (w obrębie domu pacjenta)?
19. Jak często jada je dziecko / pacjent?
20. Jakie są zwyczaje i tradycje żywieniowe w Waszej rodzinie?
21. Z których z wymienionych mogą Państwo zrezygnować, a które chcieliby Państwo, aby pozostały niezmienione?
22. Jak często jadają Państwo „na mieście” – bary, restauracje, zamówienia z dowozem?
23. Jak oceniają Państwo swoje umiejętności kulinarne?
24. Jakie produkty na stałe goszczą na Waszej liście zakupów?
25. Czego nie może zabraknąć w Waszym domu?
26. Jaka jest pora pobudki/ pójścia spać?
27. Jakie godziny są spędzane w żłobku/ przedszkolu/ szkole/ pracy?
28. Jak pacjent spędza czas wolny – czy uczęszcza na zajęcia pozaszkolne, sportowe, czy wychodzi na dwór, czy spędza czas grając/ oglądając TV? Czy ma jakieś hobby, ulubioną rozrywkę?
29. Na jakich czynnościach mijają weekendy pacjenta?
30. Czy pacjent lubi szkołę/ pracę?
31. Czy nauka nowych umiejętności sprawia pacjentowi jakiekolwiek trudności?
32. Ile czasu dziennie pacjent spędza przed komputerem/ TV w weekendy a ile w dni robocze? – najbardziej realnie będzie zsumować ilość godzin z trzech dni i podzielić przez 3.