

Załącznik D1. Pre-test i post-test zachowań prozdrowotnych dla rodzica/opiekuna prawnego

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

PRE-TEST I POST-TEST ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH DLA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Szanowni Państwo,

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.

Wyniki testu posłużą do oceny efektów Powiatowego programu profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego, którego uczestnikiem jest Państwa dziecko.

ZASADY ŻYWIENIOWE PANUJĄCE W DOMU RODZINNYM

1. Czy Pana/Pani dziecko je: (w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, proszę określić częstotliwość dla każdego posiłku)

Rodzaj posiłku	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	1	2	3	4
a) pierwsze śniadanie				
b) drugie śniadanie				
c) obiad				
d) podwieczorek				
e) kolacja				

2. Ile posiłków dziennie spożywa Pana/Pani dziecko – proszę wliczyć w to posiłki spożywane w domu i poza domem, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

- a) 1 posiłek dziennie d) 4 posiłki dziennie
 b) 2 posiłki dziennie e) 5 posiłki dziennie
 c) 3 posiłki dziennie f) więcej niż 5 posiłków dziennie

3. Skąd dziecko ma drugie śniadanie? (proszę określić częstotliwość dla każdego wariantu odpowiedzi)

- a) dziecko nie jada drugiego śniadania – proszę przejść do pytania 3.

Drugie śniadanie dziecka	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	1	2	3	4
b) zabiera z domu				
c) otrzymuje bezpłatnie w szkole				
c) kupuje w szkole				

4. Ile razy dziennie Pana/Pani dziecko spożywa wymienione niżej produkty – w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, proszę określić częstotliwość dla każdego wariantu odpowiedzi.

Rodzaj produktu, potrawy	codziennie	kilka razy w tygodniu	1 raz w tygodniu	rzadziej	nigdy
	1	2	3	4	5
a) owoce i warzywa					
b) mleko lub przetwory mleczne (sery, jogurty, kefir, itp.)					
c) słodycze					
d) ryby					
e) ciemne pieczywo					
f) słone przekąski (np. chipsy, paluszki, krakersy, itp.)					
g) napoje słodzone					
h) woda (mineralna, źródłana)					

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

5. Czy Pani/Pana dziecko – w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, proszę określić częstotliwość dla każdego wariantu odpowiedzi.

Rodzaj czynności dziecka	codziennie lub prawie codziennie (5-7 razy na tydzień)	3-4 razy na tydzień	1-2 razy na tydzień	rzadziej niż raz na tydzień	rzadziej niż raz na miesiąc, nigdy
a) siedzi przy komputerze					
b) siedzi przed TV					
c) przebywa na świeżym powietrzu po powrocie ze szkoły, bawi się z kolegami/ koleżankami					
d) chodzi na treningi sportowe					
e) nie chodzi na treningi, ale uprawia sport (np. jeździ na rowerze, na rolkach, gra w piłkę)					
f) pracuje, pomaga w domu					

6. Czy Pana/Pani rodzina prowadzi zdrowy styl życia, np. chodząc z dziećmi na spacer, uprawiając wspólnie sport lub ćwiczenia fizyczne? TAK NIE
7. Ile czasu tygodniowo poświęca Pani/Pan na aktywność fizyczną (szybki marsz, bieganie, rower, basen, siłownia, itp.):
8. Jaka jest dzienna aktywność fizyczna Pani/Pana dziecka?

.....
(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Serdecznie dziękujemy za poświęcony czas i rzetelne wypełnienie ankiety.