

Pregnancy and Motherhood Evaluation Questionnaire in Women with Physical Disabilities: Questionario sull'esperienza della Gravidanza e della Maternità nelle donne con Disabilità Fisica.

Tesi di Laurea in Terapia Occupazionale

Salve a tutti! Mi chiamo Francesca e sono una studentessa del Corso di Laurea in Terapia Occupazionale presso l'Università La Sapienza di Roma.

Per la mia tesi di laurea ho deciso di realizzare un questionario (completamente anonimo) che ha l'obiettivo di valutare il grado di autonomia effettivamente raggiunto da donne con disabilità fisica nel loro periodo di Gravidanza e di Maternità, andando quindi ad evidenziare le eventuali difficoltà riscontrate al fine di proporre un efficace intervento di Terapia Occupazionale.

Il questionario è rivolto alle seguenti persone:

- Donne con disabilità fisica di qualsiasi genere (lesione spinale, sclerosi multipla, SLA, spina bifida, neuropatie etc.);
- Donne con disabilità fisica presente al momento della gravidanza e del parto;
- Donne che hanno dato alla luce un bambino da qui a 10 anni fa.

Ringrazio anticipatamente tutte coloro che vorranno dare una mano nella realizzazione della mia tesi!

Francesca Panuccio
N. Matricola: 1750105

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Facoltà di Medicina e Odontoiatria
Corso di Laurea in Terapia Occupazionale (Policlinico Umberto I)

A.A 2018/2019

Pregnancy and Motherhood Evaluation Questionnaire in Women with Physical Disabilities

INFORMAZIONI DEMOGRAFICHE

Nome:

Età:

Diagnosi:

Anni dalla diagnosi o dall'evento lesivo:

INFORMAZIONI INTRODUTTIVE

1. Numero di figli e loro età attuale:
2. Stato civile al momento della gravidanza/nascita: ☐ Matrimonio ☐ Convivenza
☐ Divorzio ☐ Stato libero
☐ Non desidero specificare
3. Eventuale occupazione al momento della gravidanza: ☐ Full-time
☐ Part-time
☐ Disoccupato
4. Appartenenza a gruppi di sostegno e/o preparazione alla gravidanza e al parto:
☐ Sì ☐ No

INFORMAZIONI SUL PERIODO PRECEDENTE LA GRAVIDANZA

Gestione pratica

1. Prima della gravidanza, quanto la tua disabilità influenzava le attività di vita quotidiana (*alimentazione, s/vestizione, cura ed igiene personale etc.*)?
☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto
2. Prima della gravidanza, necessitavi dell'aiuto di qualcuno per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (*alimentazione, s/vestizione, cura ed igiene personale etc.*)?
☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

3. Prima della gravidanza, quanto la tua disabilità influenzava la tua partecipazione sociale e/o lavorativa?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

4. Prima della gravidanza, facevi uso di ausili per la mobilità?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

Aspetto psicologico

5. Prima della gravidanza, credevi che la tua disabilità potesse influenzare le tue possibilità di rimanere incinta e di dare alla luce un bambino (*difficoltà nel rimanere incinta, difficoltà nel momento del parto etc.*)?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

6. Prima di rimanere incinta, credevi che la gravidanza potesse influire negativamente sulla tua disabilità?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

7. Prima della gravidanza, credevi che la tua disabilità potesse influenzare negativamente le tue abilità di assistenza e cura del neonato?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

Servizi e assistenza

8. Prima della gravidanza, facevi uso di contraccettivi?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

■ SE SÌ, quanto la tua disabilità ha influenzato la scelta di assumere dei contraccettivi?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

9. Hai avuto difficoltà a rimanere incinta?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

10. Tu e il tuo partner avete fatto ricorso a trattamenti per l'infertilità (*medicinali, tecniche di procreazione assistita etc.*)?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

■ SE SÌ, quanto questi trattamenti sono risultati dispendiosi a livello economico?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

INFORMAZIONI SUL PERIODO DELLA GRAVIDANZA

Gestione pratica

1. La gravidanza ha influito negativamente sulla tua capacità di svolgere le attività di vita quotidiana (*alimentazione, s/vestizione, cura ed igiene personale etc.*)?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

2. Durante la gravidanza, necessitavi dell'aiuto di qualcuno per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (*alimentazione, s/vestizione, cura ed igiene personale etc.*)?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

3. La gravidanza ha influito negativamente sulla tua partecipazione sociale e/o lavorativa?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

4. Durante la gravidanza, hai deciso di ricorrere all'utilizzo di ausili per la mobilità o, se già ne facevi uso, hai dovuto cambiarli o modificarli in qualche modo?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

Servizio di ostetricia e assistenza

5. Hai avuto difficoltà a trovare un reparto di ostetricia che fosse preparato all'assistenza di una paziente con disabilità fisiche?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

6. In generale, pensi che gli operatori sanitari (*ostetriche, infermieri, medici* etc.) possiedano le adeguate competenze per seguire e assistere nella gravidanza una donna con disabilità fisiche?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

7. Pensi di aver ricevuto abbastanza informazioni sulla tua gravidanza, sul parto e sul periodo post-partum?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

8. Riguardo l'assistenza durante la gravidanza, pensi che la tua disabilità abbia determinato la scelta di determinati tipi di controlli e/o test aggiuntivi?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

9. Riguardo l'assistenza durante il travaglio ed il parto, pensi che la tua disabilità abbia portato alla scelta di una determinata tipologia di travaglio o di parto (*parto indotto, controllo del dolore, parto cesareo anche se non necessario* etc.)?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

10. Hai avuto difficoltà di accesso agli edifici che avrebbero dovuto fornirti cura e assistenza durante il periodo prenatale, per la presenza di barriere architettoniche e/o sociali?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

11. Hai riscontrato delle difficoltà a livello economico per quanto riguarda la tua assistenza durante la gravidanza (*medicinali, visite specialistiche* etc.)?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

12. Sei complessivamente soddisfatta del modo in cui hai gestito il periodo della gravidanza?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

INFORMAZIONI SUL PERIODO DEL POST-PARTUM

Gestione pratica

1. Nei primi mesi dalla nascita di tuo/a figlio/a, necessitavi dell'aiuto di qualcuno per la cura del neonato?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

2. Nei primi mesi dalla nascita di tuo/a figlio/a, riscontravi difficoltà nel nutrire il neonato (*allattamento al seno, allattamento artificiale etc.*)?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

3. Nei primi mesi dalla nascita di tuo/a figlio/a, riscontravi difficoltà nel lavare e cambiare il neonato (*bagnetto, cambio del pannolino, s/vestizione etc.*)?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

4. Nei primi mesi dalla nascita di tuo/a figlio/a, riscontravi difficoltà nel trasporto e/o negli spostamenti del neonato?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

5. Nei primi mesi dalla nascita di tuo/a figlio/a, riscontravi difficoltà nell'assistere tempestivamente il neonato durante la notte?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

Servizi e assistenza

6. I professionisti che hai incontrato sono stati in grado di fornirti informazioni utili riguardo la cura del neonato, che fossero compatibili con la tua disabilità?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

7. Hai fatto uso di qualche ausilio e/o mobile particolare (*fasciatoio e/o seggiolone regolabile in altezza, cuscini di allattamento etc.*) per aiutarti nella cura del tuo bambino?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

■ SE SÌ, questi ausili e/o mobili sono risultati dispendiosi livello economico?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

8. Hai effettuato modifiche particolari alla camera del tuo bambino o a qualsiasi altra camera del tuo appartamento, in modo da poter gestire al meglio la cura del tuo bambino?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto

9. Sei complessivamente soddisfatta del modo in cui hai gestito il periodo del post-partum?

☐ Per niente ☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Del tutto