

NEURASTENIA (N) (wersja dla kobiet)

*N1. (PROSZĘ CZYTAĆ WOLNO) Czy kiedykolwiek w swoim życiu miała pani okres trwający kilka miesięcy lub dłużej, w którym była pani bardzo zmęczona, osłabiona lub wyczerpana w czasie wykonywania prostych codziennych zadań fizycznych, takich jak praca fizyczna, zakupy, zajmowanie się domem, spacer, bądź też codziennych zadań umysłowych takich jak: czytanie, pisanie, wypełnianie dokumentów?

TAK..... 1
 NIE 5 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**
 NIE WIEM..... 8 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**
 ODMOWA..... 9 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**

*N2. Co działo się wówczas, gdy próbowała pani odpocząć lub odprężyć się – była pani w stanie w pełni zregenerować siły czy też nadal czuła się pani zmęczona i słaba?

PEŁNA REGENERACJA..... 1 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**
 ZMĘCZENIE I SŁABOŚĆ 2
 NIE WIEM..... 8
 ODMOWA..... 9

*N3. W miesiącach lub latach, w których te problemy były najbardziej nasilone, jak często czuła się pani zmęczona – prawie codziennie, przez większość dni, mniej więcej przez połowę dni, czy też rzadziej, niż przez połowę dni?

PRAWIE CODZIENNIE 1
 PRZEZ WIĘKSZOŚĆ DNI..... 2
 POŁOWĘ DNI..... 3 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**
 MNIEJ, NIŻ POŁOWĘ DNI..... 4 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**
 NIE WIEM..... 8 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**
 ODMOWA..... 9 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**

*N4. W jakim stopniu zmęczenie kiedykolwiek przeszkadzało pani w pracy zawodowej, życiu osobistym lub kontaktach z innymi ludźmi – wcale, nieznacznie, średnio, znacznie czy też bardzo silnie?

WCALE.....1 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**
 NIEZNACZNIE2 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**
 ŚREDNIO.....3
 ZNACZNIE4
 BARDZO SILNIE5
 NIE WIEM8
 ODMOWA.....9 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**

*N4a. Jak często czuła się pani zbyt zmęczona by podołać normalnym codziennym zajęciom – często, czasami, rzadko czy też nigdy?

CZĘSTO 1
 CZASAMI 2
 RZADKO 3
 NIGDY 4
 NIE WIEM 8
 ODMOWA 9

*N5. Czy w miesiącach lub latach, w których pani uczucie zmęczenia było najczęstsze i najbardziej nasilone doświadczała pani również następujących dolegliwości:	TAK (1)	NIE (5)	NW (nie wiem) (8)	OD (odmowa) (9)
*N5a. Czy miała pani częste bóle głowy? (SŁOWA KLUCZOWE: bóle głowy)	1	5	8	9
*N5b. Czy często zdarzało się pani “zaspać” lub budziła się pani nieświeża, niewypoczęta i „mało rześka”? (SŁOWA KLUCZOWE: problem ze snem)	1	5	8	9
*N5c. Czy miała pani częste bóle mięśni lub innego rodzaju bóle? (SŁOWA KLUCZOWE: bóle)	1	5	8	9
*N5d. Czy miała pani częste zawroty głowy? (SŁOWA KLUCZOWE: zawroty głowy)	1	5	8	9
*N5e. Czy często nie była pani w stanie się rozluźnić i odprężyć? (SŁOWA KLUCZOWE: niemożność odprężenia się)	1	5	8	9
*N5f. Czy często była pani niecierpliwa i rozdrażniona? (SŁOWA KLUCZOWE: rozdrażnienie)	1	5	8	9
*N5g. Czy często czuła się pani smutna lub przygnębiona? (SŁOWA KLUCZOWE: smutek i przygnębienie)	1	5	8	9
*N5h. Czy często się pani martwiła i czuła się pani niespokojna? (SŁOWA KLUCZOWE: niepokój i martwienie się)	1	5	8	9

*N6. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *N5a – *N5f SERIES)

AT LEAST ONE ‘YES’ RESPONSE IN *N5a – *N5f SERIES1

ALL OTHERS2

GO TO *FD1, NEXT SECTION

*N7. Czy kiedykolwiek rozmawiała pani z lekarzem na temat swojego częstego zmęczenia i innych związanych z nim problemów?

TAK..... 1 **GO TO *N8**
NIE 5
NIE WIEM..... 8
ODMOWA..... 9

*N7a. Tego rodzaju dolegliwości są niekiedy efektem choroby fizycznej lub urazu, bądź też skutkiem ubocznym zażywania leków, substancji psychoaktywnych lub alkoholu. Czy sądzi pani, że jej częste zmęczenie kiedykolwiek pojawiło się jako następstwo wymienionych wyżej przyczyn fizycznych?

TAK.....1
NIE5 **GO TO *N15**
NIE WIEM.....8 **GO TO *N15**
ODMOWA.....9 **GO TO *N15**

*N7b. Czy sądzi pani, że jej częste zmęczenie zawsze było następstwem wymienionych wyżej przyczyn fizycznych?

TAK.....1
NIE5 **GO TO *N15**
NIE WIEM.....8 **GO TO *N15**
ODMOWA.....9 **GO TO *N15**

*N7c. Proszę krótko opisać te przyczyny fizyczne?

GO TO *N15

*N8. Co o przyczynach pani częstego zmęczenia(mówił lekarz/ mówili lekarze)?

SPONTANICZNA ODPOWIEDŹ: „ROZMAWIAŁAM Z KILKOMA LEKARZAMI”, PROSZĘ DOPYTAĆ: Proszę wymienić wszystkie przyczyny wymieniane kiedykolwiek przez pani lekarzy?

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ODPOWIEDZI WSKAZANE PRZEZ RESPONDENTA.

PROBLEMY PSYCHOLOGICZNE

ATAKI PANIKI	1
NIEPOKÓJ	2
DEPRESJA.....	3
PROBLEMY Z NERWAMI/EMOCJAMI/ ZDROWIEM PSYCHICZNYM.....	4
INNE PRZYCZYNY PSYCHOLOGICZNE (OKREŚL PONIŻEJ)	5

STRES

PRZEPRACOWANIE.....	10
NAPIĘCIE	11
INNE DOŚWIADCZENIA STRESUJĄCE (OKREŚL PONIŻEJ)	12

CHOROBA FIZYCZNA/ URAZ/ STAN ZDROWIA

SYNDROM CHRONICZNEGO ZMĘCZENIA	20
WYNIŚCZENIE ORGANIZMU	21
HIPERWETYLACJA	22
HYPOCHONDRIA	23
CYKL MENSTRUACYJNY.....	24
CIAŻA/ POŁÓG.....	25
CHOROBA SERCA.....	26
NADCIŚNIENIE	27
NADWAGA	28
INNE CHOROBY FIZYCZNE (OKREŚL PONIŻEJ)	29

LEKI /SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE/ ALKOHOL

LEKI (OKREŚL PONIŻEJ).....	30
NARKOTYKI (OKREŚL PONIŻEJ)	31
ALKOHOL.....	32

INNE

BRAK JEDNOZNACZNEJ DIAGNOZY	81
INNE (OKREŚL PONIŻEJ).....	82
NIE WIEM	88
ODMOWA	99

OKREŚL:

*N9. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *N8) FOLLOW SKIP FOR FIRST ENDORSED ITEM

ONE OR MORE RESPONSES ARE CIRCLED IN 1-12 SERIES
(PSYCHOLOGICAL/STRESS) 1 GO TO *N16
ONE OR MORE RESPONSES ARE CIRCLED IN 30-32 SERIES
(MED/DRUGS/ALC)..... 2 GO TO *N10
ONE OR MORE RESPONSES ARE CIRCLED IN 20-29 SERIES
(PHYSICAL ILLNESS) 3 GO TO *N14
ALL OTHERS..... 4 GO TO *N13

*N10. Czy przyczyną pani częstego zmęczenia zawsze (jest/ było) przyjmowanie leków, substancji psychoaktywnych lub alkoholu?

TAK..... 1 GO TO *N15
NIE 5
NIE WIEM 8
ODMOWA 9

*N11. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *N8)

ONE OR MORE RESPONSES ARE CIRCLED IN 20-29 SERIES
(PHYSICAL ILLNESS)..... 1
ALL OTHERS..... 2 GO TO *N15

*N12. Czy przyczyną pani częstego zmęczenia, które nie było spowodowane przyjmowaniem leków, substancji psychoaktywnych lub alkoholu, zawsze była choroba fizyczna lub uraz, taki jak (URAZ WYMIENIONY PRZEZ RESPONDENTA W *N8)?

TAK..... 1
NIE 5
NIE WIEM 8
ODMOWA 9

GO TO *N15

*N13. Czy badania lekarskie lub prześwietlenia ujawniły jakieś nieprawidłowości?

TAK..... 1
NIE..... 2 GO TO *N15
NIE MIAŁAM ROBIONYCH BADAŃ 3 GO TO *N15
NIE WIEM..... 8 GO TO *N15
ODMOWA 9 GO TO *N15

*N14. Czy przyczyną pani częstego zmęczenia zawsze (jest/ była) choroba fizyczna lub uraz, taki jak (URAZ WYMIENIONY PRZEZ RESPONDENTA W *N8)?

TAK..... 1
NIE 5
NIE WIEM 8
ODMOWA 9

***N15.** Czy pani zdaniem, czynniki psychologiczne kiedykolwiek miały wpływ na doświadczane przez panią częste zmęczenie i inne związane z nim problemy?

CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE MIAŁY ZNACZENIE1
CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE
NIE MIAŁY ZNACZENIA.....2
NIE WIEM.....8
ODMOWA.....9

***N16.** Czy pamięta pani dokładnie ile miała lat, kiedy po raz pierwszy miała pani okres trwający kilka miesięcy lub dłużej, w którym łatwo się pani męczyła i miała jakiegokolwiek inne problemy spośród tych, o których wcześniej (mówiliśmy/ mówiliśmy)?

TAK 1
NIE 5 **GO TO *N16b**
NIE WIEM..... 8 **GO TO *N16b**
ODMOWA..... 9 **GO TO *N16b**

*N16a. (W RAZIE KONIECZNOŚCI: Ile miała pani lat?)

_____ LAT **GO TO *N17**

NIE WIEM..... 998
ODMOWA..... 999

***N16b.** W przybliżeniu, ile miała pani lat (za pierwszym razem/ gdy tego rodzaju okres zaczął się po raz pierwszy)?

_____ LAT

NIE WIEM..... 998
ODMOWA..... 999

***N17.** Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała pani okres trwający miesiąc lub dłużej, w którym doświadczała pani tych problemów?

TAK..... 1
NIE 5 **GO TO *N17c**
NIE WIEM 8 **GO TO *N17c**
ODMOWA..... 9 **GO TO *N17c**

***N17a.** Kiedy ostatnio – w ciągu ostatniego miesiąca, w okresie od dwóch do 6 miesięcy czy też ponad sześć miesięcy temu?

OSTATNI MIESIĄC 1
DWA DO SZEŚCIU MIESIĘCY 2
PONAD SZEŚĆ MIESIĘCY 3
NIE WIEM 8
ODMOWA 9

***N17b.** Przez ile miesięcy, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, często czuła się pani zmęczona lub doświadczała pani innych problemów, o których wcześniej (mówiliśmy/ mówiliśmy)?

_____ MIESIĘCY **GO TO *N18**

NIE WIEM 98 **GO TO *N18**
ODMOWA 99 **GO TO *N18**

***N17c.** Ile miała pani lat kiedy po raz ostatni często czuła się pani zmęczona lub doświadczała pani innych problemów, o których wcześniej (mówiliśmy/ mówiliśmy)?

_____ LAT

NIE WIEM 998
ODMOWA 999

***N18.** Ile różnych okresów częstego zmęczenia, trwających kilka miesięcy lub dłużej, miała pani w swoim życiu?

_____ OKRESÓW

NIE WIEM 998
ODMOWA 999

***N19.** INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE ***N18**)

ONE EPISODE..... 1
ALL OTHERS 2 **GO TO *N21**

***N20.** Przez ile miesięcy lub lat trwał ten okres?

_____ LICZBA **GO TO *N25**

ZAZNACZ JEDNOSTKĘ CZASU: MIESIĄCE..... 1 LATA..... 2

NIE WIEM..... 998 **GO TO *N25**
ODMOWA..... 999 **GO TO *N25**

*N21. Ile miesięcy lub lat trwał najdłuższy z tych okresów?

_____ LICZBA

ZAZNACZ JEDNOSTKĘ CZASU: MIESIĄCE.....1 LATA..... 2

NIE WIEM.....998

ODMOWA.....999

*N22. Przez ile lat w swoim życiu miała pani przynajmniej jeden tego rodzaju okres w roku?

_____ LAT

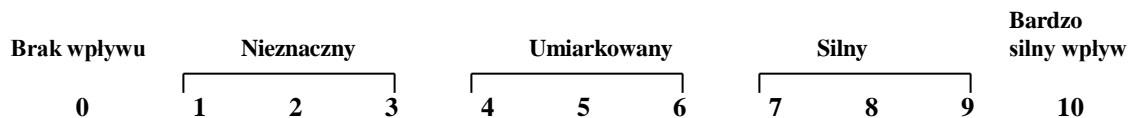
NIE WIEM.....998

ODMOWA.....999

*N25. INTERVIEWER QUERY: (SEE *N17)

R HAD AN EPISODE IN THE PAST 12 MONTHS 1

ALL OTHERS..... 2 **GO TO *N30**



*N26. (KR, STR 9) Proszę pomyśleć o okresie miesiąca lub dłuższym, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w którym pani częste zmęczenie i związane z nim problemy były najbardziej nasilone. W jakim stopniu częste zmęczenie zakłóciło pani aktywność w następujących dziedzinach, obszarach życia? Proszę udzielić odpowiedzi, korzystając ze skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak wpływu, a 10 oznacza bardzo silny wpływ.

(W RAZIE KONIECZNOŚCI: W jakim stopniu częste zmęczenie zakłóciło w tym czasie pani aktywność w (OBSZAR ŻYCIA)?

(W RAZIE KONIECZNOŚCI: Jako odpowiedź proszę podać liczbę z przedziału od 0 do 10.)

LICZBA (0-10)

*N26a. Obowiązki domowe, takie jak sprzątanie, robienie zakupów, dbanie o dom/ mieszkanie?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97
 NIE WIEM 98
 ODMOWA 99

*N26b. Zdolność do pracy zawodowej?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97
 NIE WIEM 98
 ODMOWA 99

*N26c. Zdolność do nawiązywania i utrzymywania bliskich kontaktów z innymi ludźmi?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97
 NIE WIEM 98
 ODMOWA 99

*N26d. Życie towarzyskie?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97
 NIE WIEM 98
 ODMOWA 99

*N27. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *N26a - *N26d)

ALL FOUR RESPONSES TO *N26a - *N26d SERIES EQUAL '0' OR '97' 1 **GO TO *N30**
 ALL OTHERS 2

*N28. W przybliżeniu, ile dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, była pani zupełnie niezdolna do pracy i normalnej codziennej aktywności z powodu swojego zmęczenia?

(W RAZIE KONIECZNOŚCI: Jako odpowiedź proszę podać liczbę z przedziału między 0 a 365.)

_____ LICZBA DNI

NIE WIEM 998

ODMOWA 999

*N30. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *N7)

“YES” RESPONSE IN *N7 1 **GO TO *N31**

ALL OTHERS 2 **GO TO *N32**

*N31. Ile miała pani lat, gdy po raz pierwszy rozmawiała pani z lekarzem lub innym specjalistą na temat swojego częstego zmęczenia? (Przez specjalistę rozumiem, oprócz lekarza, psychologa, terapeutę, osobę duchowną, ziołarza, akupunkturzystę lub innego uzdrowiciela.)

_____ LAT (**GO TO *N44**) **

(15h)

NIE WIEM 998 (**GO TO *N44**) **

ODMOWA 999 (**GO TO *N44**) **

*N32. Czy kiedykolwiek rozmawiała pani z lekarzem lub innym specjalistą na temat swojego częstego zmęczenia? (Przez specjalistę rozumiem, oprócz lekarza, psychologa, terapeutę, osobę duchowną, ziołarza, akupunkturzystę lub innego uzdrowiciela.)

TAK 1

NIE 5 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**

NIE ODMOWA 8 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**

ODMOWA 9 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**

*N32a. Ile miała pani lat (za pierwszym razem/ gdy po raz pierwszy rozmawiała pani z lekarzem lub innym specjalistą na temat swojego zmęczenia)?

_____ LAT

NIE WIEM 998

ODMOWA 999

*N44. Czy kiedykolwiek otrzymała pani pomocne lub skuteczne leczenie tej dolegliwości?

TAK..... 1
NIE 5 **GO TO *N44c**
NIE WIEM 8 **GO TO *N44c**
ODMOWA..... 9 **GO TO *N44c**

*N44a. Ile miała pani lat (za pierwszym razem/ gdy po raz pierwszy otrzymała pani takie leczenie tej dolegliwości)?

_____ LAT

NIE WIEM..... 998
ODMOWA..... 999

*N44b. Który z kolei specjalista jako pierwszy pomógł pani skutecznie?

_____SPECJALISTA **GO TO *N46**

NIE WIEM..... 98 **GO TO *N46**
ODMOWA..... 99 **GO TO *N46**

*N44c. Z iloma specjalistami, w ciągu swojego dotychczasowego życia, rozmawiała pani o swoim częstym zmęczeniu?

_____ LICZBA SPECJALISTÓW

NIE WIEM..... 98
ODMOWA..... 99

*N46. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy otrzymała pani jakiegokolwiek leczenie specjalistyczne w związku ze swoim częstym zmęčeniem?

TAK..... 1
NIE 5
NIE WIEM 8
ODMOWA..... 9

*N47. Czy kiedykolwiek została pani przyjęta co najmniej na jedną noc do szpitala z powodu swojego częstego zmęczenia?

TAK..... 1
NIE 5 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**
NIE WIEM..... 8 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**
ODMOWA..... 9 **GO TO *FD1, NEXT SECTION**

*N47a. Ile miała pani lat (za pierwszym razem/ gdy po raz pierwszy została pani przyjęta co najmniej na jedną noc do szpitala z powodu swoich częstego zmęczenia)?

_____ LAT

NIE WIEM..... 998
ODMOWA..... 999

END OF SECTION

GO TO *FD1, NEXT SECTION