

AGORAFOBIA (AG) (wersja dla kobiet)

INSTRUKCJA DLA ANKIETERA: POPROŚ RESPONDENTA, BY ZAZNACZAŁ „X” WSZYSTKIE ODPOWIEDZI „TAK” NA DODATKOWEJ KARCIE					
*AG1. (KR, STR 16) Wcześniej wspomniała pani o swoim silnym lęku przed przebywaniem w tłumie, miejscach publicznych czy też podróżowaniem z dala od domu. Kilka kolejnych pytań dotyczy właśnie <u>tych lęków</u> . Proszę popatrzeć na dodatkową kartę nr 16. Czy kiedykolwiek odczuwała pani silny lęk w następujących sytuacjach:					
	TAK (1)	NIE (5)	ND (7)	NW (9)	OD (8)
*AG1a. Przebywanie samej w domu? (SŁOWO KLUCZOWE: bycie samej w domu)	1	5	7	9	8
*AG1b. Przebywanie w tłumie? (SŁOWO KLUCZOWE: przebywanie w tłumie)	1	5	7	9	8
*AG1c. Podróżowanie z dala od domu? (SŁOWO KLUCZOWE: podróżowanie z dala od domu)	1	5	7	9	8
*AG1d. Podróżowanie samej lub przebywanie samej z dala od domu? (SŁOWO KLUCZOWE: podróżowanie samej)	1	5	7	9	8
*AG1e. Korzystanie z jakichkolwiek publicznych środków transportu? (SŁOWO KLUCZOWE: korzystanie z publicznych środków transportu)	1	5	7	9	8
*AG1f. Prowadzenie samochodu? (SŁOWO KLUCZOWE: prowadzenie samochodu)	1	5	7	9	8
*AG1g. Stanie w kolejce w miejscu publicznym? (SŁOWO KLUCZOWE: stanie w kolejce)	1	5	7	9	8
*AG1h. Przebywanie w centrum handlowym, domu towarowym lub supermarkecie? (SŁOWO KLUCZOWE: przebywanie w sklepach i centrach handlowych)	1	5	7	9	8
*AG1i. Przebywanie w kinie, teatrze, sali koncertowej, auli wykładowej lub w kościele? (SŁOWO KLUCZOWE: przebywanie wśród licznej publiczności)	1	5	7	9	8
*AG1j. Wyjście do restauracji lub innego podobnego miejsca publicznego? (SŁOWO KLUCZOWE: wyjście do restauracji)	1	5	7	9	8
*AG1k. Przebywanie na otwartej przestrzeni, takiej jak pole, szeroka ulica lub plac? (SŁOWO KLUCZOWE: przebywanie na otwartej przestrzeni)	1	5	7	9	8

*AG2. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *AG1a - *AG1k SERIES)

ZERO - ONE RESPONSES CODED '1'	1	GO TO *AG39
TWO - THREE RESPONSES CODED '1'	2	GO TO *AG3 INTRO 1
FOUR OR MORE RESPONSES CODED '1'	3	GO TO *AG3 INTRO 2

*AG3. WSTĘP 1	*AG3. WSTĘP 2
Mówiła pani o swoim lęku przed (PROSZĘ WYMIENIĆ WSZYSTKIE SŁOWA KLUCZOWE POTWIERDZONE PRZEZ RESPONDENTA W CZASIE ODPOWIADANIA NA SERIĘ *AG1). Czy pamięta pani <u>dokładnie</u> ile miała lat, kiedy <u>po raz pierwszy</u> czuła pani lęk w którejkolwiek z wymienionych sytuacji?	Mówiła pani o swoim lęku związanym z kilkoma sytuacjami wymienionymi na liście. Czy pamięta pani <u>dokładnie</u> ile miała lat, kiedy <u>po raz pierwszy</u> czuła pani lęk w którejkolwiek z wymienionych sytuacji?
TAK..... 1 NIE 5 GO TO *AG3b NIE WIEM..... 9 GO TO *AG3b ODMOWA..... 8 GO TO *AG3b	TAK 1 NIE 5 GO TO *AG3b NIE WIEM..... 9 GO TO *AG3b ODMOWA 8 GO TO *AG3b

***AG3a.** (W RAZIE KONIECZNOŚCI: Ile miała pani wtedy lat?)

_____ LAT **GO TO *AG4**

NIE WIEM999

ODMOWA998

***AG3b.** W przybliżeniu, ile miała pani wtedy lat?

W SYTUACJI, GDY RESPONDENT UDZIELA ODPOWIEDZI „PRZEZ CAŁE ŻYCIE” LUB „TAK DŁUGO JAK PAMIĘTAM” PROSZĘ DOPYTAĆ: Czy miało to miejsce zanim poszła pani po raz pierwszy do szkoły?

W SYTUACJI, GDY RESPONDENT ODPOWIE „NIE”, PROSZĘ DOPYTAĆ: Czy miało to miejsce przed 13 rokiem życia?

_____ LAT

PRZED ROZPOCZĘCIEM SZKOŁY.....4

PRZED 13 ROKIEM ŻYCIA.....12

PO 13 ROKU ŻYCIA13

CAŁE ŻYCIE LUB NIE WIEM.....999

ODMOWA.....998

*AG4. Osoby, które odczuwają opisane wcześniej lęki obawiają się różnych rzeczy. Czego pani się obawiała:	TAK (1)	NIE (5)	NW (9)	OD (8)
*AG4a. bycia samej lub oddzielenia od swoich najbliższych?	1	5	9	8
*AG4b. znalezienia się w prawdziwym niebezpieczeństwie i bycia napadniętą lub okradzioną?	1	5	9	8
*AG4c. tego, że dostanie pani nudności lub biegunki?	1	5	9	8
*AG4d. tego, że dostanie pani ataku paniki?	1	5	9	8
*AG4e. tego, że dostanie pani zawału lub pani stan fizyczny gwałtownie się pogorszy?	1	5	9	8
*AG4f. tego, że się pani rozchoruje bez możliwości uzyskania pomocy?	1	5	9	8
*AG4g. tego, że znajdzie się pani w krępującej sytuacji, z której będzie się pani trudno wycofać?	1	5	9	8
*AG4h. tego, że zdarzy się coś strasznego?	1	5	9	8
*AG4i. tego, że nie otrzyma pani pomocy, w sytuacji, gdy będzie jej pani potrzebowała?	1	5	9	8

***AG6. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *SC30.2)**

*SC30.2 EQUALS '1'1
 ALL OTHERS2 **GO TO *AG8**

*AG6a. Wcześniej, w czasie wywiadu wspominała pani o tym, że w pewnym okresie swojego życia unikała pani niektórych sytuacji z powodu tych obaw. Ile miała pani lat, gdy po raz pierwszy zaczęła pani unikać tego rodzaju sytuacji?

W SYTUACJI, GDY RESPONDENT UDZIELA ODPOWIEDZI „PRZEZ CAŁE ŻYCIE” LUB „TAK DŁUGO JAK PAMIĘTAM” PROSZĘ DOPYTAĆ: Czy miało to miejsce zanim poszła pani po raz pierwszy do szkoły?

W SYTUACJI, GDY RESPONDENT ODPOWIE „NIE”, PROSZĘ DOPYTAĆ: Czy miało to miejsce przed 13 rokiem życia?

_____ LAT

PRZED ROZPOCZĘCIEM SZKOŁY.....4
 PRZED 13 ROKIEM ŻYCIA.....12
 PO 13 ROKU ŻYCIA.....13
 CAŁE ŻYCIE LUB NIE WIEM.....999
 ODMOWA.....998

***AG8.** Czy jakiś szczególny incydent lub zdarzenie przyczyniły się do tego, że pierwszy raz poczuła pani lęk w tego rodzaju sytuacjach?

TAK 1
 NIE 5 **GO TO *AG9**
 NIE WIEM..... 9 **GO TO *AG9**
 ODMOWA..... 8 **GO TO *AG9**

***AG8a.** Czy ten incydent lub zdarzenie wywołał u pani atak paniki?

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

*AG9. Proszę przypomnieć sobie okres, w którym (odczuwany przez panią lęk był <u>najczęstszy i najbardziej nasilony/ unikanie tego rodzaju sytuacji było <u>najczęstsze i najbardziej nasilone</u></u>). Czy gdy była pani w tych sytuacjach lub myślała pani o tym, że może się w nich znaleźć, doświadczyła pani następujących objawów:				
	TAK (1)	NIE (5)	NW (9)	OD (8)
*AG9a. przyspieszone bicie lub kołatanie serca?	1	5	9	8
*AG9b. pocenie się?	1	5	9	8
*AG9c. trzęsienie się i dygotanie	1	5	9	8
*AG9d. suchość w ustach?	1	5	9	8

***AG10. INTERVIEWER INSTRUCTION: (SEE *AG9a-d)**

ZERO RESPONSES CODED '1'1 **GO TO *AG12a**
 ONE RESPONSE CODED '1'2 **GO TO *AG11**
 ALL OTHERS3 **GO TO *AG12a**

*AG11. (KR, STR 17) Czy w czasie, gdy miała pani kontakt z tymi sytuacjami lub myślała pani, że może się w nich znaleźć, kiedykolwiek miała pani jedną lub kilka spośród reakcji wymienionych w książeczce na stronie 17?

PRZECZYTAJ PONIŻSZĄ LISTĘ ZACZYNAJĄC OD POZYCJI AG11a TYLKO WÓWCZAS, GDY RESPONDENT WOLI BY PRZECZYTAĆ MU PYTANIA.

TAK 1
 NIE 5
 NIE WIEM 9
 ODMOWA 8

GO TO *AG12a

GO TO *AG12a AFTER ONE "YES" ONSE	TAK (1)	NIE (5)	NW (9)	OD (8)
*AG11a. Czy miała pani kłopoty z normalnym oddychaniem?	1	5	9	8
*AG11b. Uczucie ściskania w gardle?	1	5	9	8
*AG11c. Ból lub dolegliwości w klatce piersiowej?	1	5	9	8
*AG11d. Nudności lub dolegliwości brzuszne?	1	5	9	8
*AG11e. Zawroty głowy lub wrażenie, że zaraz pani zemdleje?	1	5	9	8
*AG11f. Obawę, że zaraz straci pani kontrolę nad sobą, zwariuje lub zemdleje?	1	5	9	8
*AG11g. Obawę, że zaraz pani umrze?	1	5	9	8
*AG11h. Uderzenia gorąca lub dreszcze?	1	5	9	8
*AG11i. Drętwienie lub mrowienie ciała?	1	5	9	8
*AG11j. Poczucie nierealności siebie, wrażenie, że ogląda pani samą siebie jakby na filmie	1	5	9	8
*AG11k. Poczucie nierealności otaczającego świata, wrażenie, że to co działo się dookoła było "jak ze snu"?	1	5	9	8

*AG12a. Tego rodzaju reakcje lękowe pojawiają się niekiedy jako efekt choroby fizycznej lub urazu, skutki uboczne zażywania leków lub innych substancji psychoaktywnych, bądź picia alkoholu. Czy sądzi pani, że taką właśnie przyczynę mogła mieć którakolwiek z pani reakcji lękowych?

TAK..... 1
 NIE 5 **GO TO *AG13**
 NIE WIEM 9 **GO TO *AG13**
 ODMOWA 8 **GO TO *AG13**

*AG12b. Czy sądzi pani, że wszystkie pani reakcje lękowe lub unikanie sytuacji powodujących lęk były następstwem wymienionych wcześniej przyczyn fizycznych?

TAK..... 1
 NIE 5 **GO TO *AG13**
 NIE WIEM 9 **GO TO *AG13**
 ODMOWA 8 **GO TO *AG13**

*AG12c. Proszę krótko opisać te przyczyny fizyczne?

***AG13.** Teraz zadam pani kilka pytań o to, jak odczuwany przez panią lęk (lub unikanie sytuacji, które powodowały ten lęk) wpływają na pani życie. Czy kiedykolwiek nie była pani w stanie przez cały dzień wyjść z domu z powodu swojego lęku?

TAK..... 1
NIE 5 **GO TO *AG14**
NIE WIEM 9 **GO TO *AG14**
ODMOWA 8 **GO TO *AG14**

*AG13a. Ile dni, tygodni, miesięcy lub lat trwał najdłuższy okres w pani życiu, gdy z powodu swojego lęku nie wychodziła pani z domu?

_____ LICZBA

ZAZNACZ JEDNOSTKĘ

CZASU: DNI.....1 TYGODNIE.....2 MIESIĄCE.....3 LATA....4

NIE WIEM999
ODMOWA998

***AG14.** Niektóre osoby nie są w stanie wyjść z domu, jeśli nie towarzyszy im ktoś, kogo dobrze znają, np. członek rodziny lub przyjaciel. Czy kiedykolwiek zdarzyła się pani taka sytuacja?

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

***AG15.** W jakim stopniu lęk przed tego rodzaju sytuacjami (lub unikanie tego rodzaju sytuacji) kiedykolwiek przeszkadzał pani w pracy zawodowej, życiu osobistym lub kontaktach z innymi ludźmi – wcale, nieznacznie, średnio, znacznie czy też bardzo silnie?

WCALE.....1 **GO TO *AG16**
NIEZNACZNIE.....2 **GO TO *AG16**
ŚREDNIO.....3
ZNACZNIE4
BARDZO SILNIE5
NIE WIEM9
ODMOWA8 **GO TO *AG16**

*AG15.1. Jak często lęk przed tego rodzaju sytuacjami (lub unikanie tego rodzaju sytuacji) uniemożliwiał pani zajmowanie się codziennymi sprawami oraz dbanie o siebie – często, czasami, rzadko czy też nigdy?

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

***AG16.** Czy kiedykolwiek czuła się pani bardzo zdenerwowana, zmartwiona lub niezadowolona z siebie z powodu swojego lęku lub unikania wspomnianych sytuacji?

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

*AG17. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odczuwała pani lęk przed tego rodzaju sytuacjami lub unikała pani tego rodzaju sytuacji?

TAK 1
NIE 5 **GO TO *AG17b**
NIE WIEM..... 8 **GO TO *AG17b**
ODMOWA..... 9 **GO TO *AG18**

*AG17a. Kiedy ostatnio odczuwała pani lęk lub unikała tego rodzaju sytuacji – 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 9
ODMOWA 8

GO TO *AG18

*AG17b. Ile miała pani lat kiedy po raz ostatni odczuwała pani lęk przed którąkolwiek z wymienionych wcześniej sytuacji lub unikała ich pani?

_____ LAT

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

*AG18. Proszę pomyśleć o tym, co by się stało, gdyby dziś zdarzyła się pani jedna z tych sytuacji: jak silny byłby pani lęk – nie czułabym lęku, niewielki, umiarkowany, silny czy też bardzo silny?

(SPONTANICZNA ODPOWIEDŹ: „TO ZALEŻY, O KTÓRĄ RZECZ CHODZI”, DOPYTAJ: Chodzi mi o tą sytuację, której obawia się pani najbardziej. Jak silny byłby pani lęk – nie czułabym lęku, niewielki, umiarkowany, silny czy też bardzo silny?)

NIE CZUŁABYM LĘKU..... 1 **GO TO *AG24**
NIEWIELKI 2 **GO TO *AG24**
UMIARKOWANY..... 3
SILNY 4
BARDZO SILNY 5
NIE WIEM 9
ODMOWA 8

*AG19. Jak często, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, unikała pani sytuacji, których się pani najbardziej obawia – zawsze, przeważnie, czasami, rzadko czy też nigdy?

(SPONTANICZNA ODPOWIEDŹ: „TO ZALEŻY, O KTÓRĄ RZECZ CHODZI”, DOPYTAJ: Chodzi mi o te sytuacje, których obawia się pani najbardziej. Czy unikała ich pani zawsze, przeważnie, czasami, rzadko czy też nigdy?)

ZAWSZE..... 1
PRZEWAŻNIE 2
CZASAMI..... 3
RZADKO 4
NIGDY 5
NIE WIEM..... 9
ODMOWA..... 8

Brak wpływu	Nieznaczny			Umiarkowany			Silny			Bardzo silny wpływ
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*AG20. (KR, STR 9) Proszę pomyśleć o okresie miesiąca lub dłuższym, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w którym pani lęki (lub unikanie sytuacji, których się pani obawia) były najsilniejsze. W jakim stopniu lęki lub (lub unikanie sytuacji, których się pani obawia) zakłócały 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 lęki i unikanie zakłóciły 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)

*AG20a. Obowiązki domowe, takie jak: sprzątanie, robienie zakupów, dbanie o dom/ mieszkanie?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97

NIE WIEM 99

ODMOWA 98

*AG20b. Zdolność do pracy zawodowej?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97

NIE WIEM 99

ODMOWA 98

*AG20c. Zdolność nawiązywania i utrzymywania bliskich kontaktów z innymi ludźmi?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97

NIE WIEM 99

ODMOWA 98

*AG20d. Życie towarzyskie?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97

NIE WIEM 99

ODMOWA 98

*AG21. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *AG20a - *AG20d)

ALL RESPONSES EQUAL '0' OR '97' 1 **GO TO *AG24**

ALL OTHERS 2

*AG22. W przybliżeniu, ile dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, była pani zupełnie niezdolna do pracy i normalnej codziennej aktywności z powodu lęku lub unikania sytuacji, których się pani najbardziej obawia?

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

_____ LICZBA DNI

NIE WIEM 999

ODMOWA 998

*AG24. Czy kiedykolwiek rozmawiała pani z lekarzem lub innym specjalistą na temat lęku lub unikania sytuacji, których się pani najbardziej obawia? (Przez specjalistę rozumiem, oprócz lekarza, psychologa, terapeutę, osobę duchowną, ziołarza, akupunkturzystę lub innego uzdrowiciela.)

TAK..... 1
NIE 5 **GO TO *AG38.1**
NIE WIEM..... 9 **GO TO *AG38.1**
ODMOWA..... 8 **GO TO *AG38.1**

*AG24a. Ile miała pani lat (za pierwszym razem/ gdy po raz pierwszy rozmawiała pani z lekarzem lub innym specjalistą na temat swojego lęku lub unikania)?

_____ LAT

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

*AG35. Czy kiedykolwiek otrzymała pani pomocne lub skuteczne leczenie tej dolegliwości?

TAK 1
NIE 5 **GO TO *AG35c**
NIE WIEM 9 **GO TO *AG35c**
ODMOWA 8 **GO TO *AG35c**

*AG35a. Ile miała pani lat (za pierwszym razem/ gdy po raz pierwszy otrzymała pani takie leczenie?

_____ LAT

NIE WIEM 999
ODMOWA 998

*AG35b. Który z kolei specjalista, jako pierwszy, pomógł pani skutecznie?

_____ SPECJALISTA **GO TO *AG37**

NIE WIEM 99 **GO TO *AG37**
ODMOWA 98 **GO TO *AG37**

*AG35c. Z iloma specjalistami, w ciągu swojego dotychczasowego życia rozmawiała pani o swoich lękach i unikaniu?

_____ LICZBA SPECJALISTÓW

NIE WIEM 99
ODMOWA 98

*AG37. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy otrzymała pani jakiegokolwiek leczenie specjalistyczne w związku ze swoim lękiem i unikaniem?

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

*AG38. Czy kiedykolwiek została pani przyjęta, co najmniej na jedną noc, do szpitala w związku ze swoim lękami i unikaniem?

TAK..... 1
NIE 5 **GO TO *AG38.1**
NIE WIEM..... 9 **GO TO *AG38.1**
ODMOWA..... 8 **GO TO *AG38.1**

*AG38a. Ile miała pani lat (za pierwszym razem / gdy po raz pierwszy została pani przyjęta co najmniej na jedną noc do szpitala w związku ze swoimi lękami i unikaniem)?

_____ LAT

NIE WIEM 999
ODMOWA 998

*AG38.1 Ilu spośród pani bliskich krewnych, tzn. biologicznych rodziców, rodzeństwa lub dzieci, kiedykolwiek odczuwało silny lęk przed zostawianiem samemu w domu, przebywaniem w tłumie lub byciem z dala od domu?

_____ LICZBA

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

*AG39. INTERVIEWER CHECKPOINT (SEE *SC26, *SC26a, *SC26b): FOLLOW SKIP FOR FIRST ENDORSED ITEM.

*SC26 EQUALS '1' 1 **GO TO *G1 INTRO 1, NEXT SECTION**
*SC26a EQUALS '1' 2 **GO TO *G1 INTRO 2, NEXT SECTION**
*SC26b EQUALS '1' 3 **GO TO *G1 INTRO 3, NEXT SECTION**
ALL OTHERS 4 **GO TO *IED1**