

OGÓLNY STAN ZDROWIA I CHOROBY PRZEWLEKŁE (CC) (wersja dla kobiet)

*CC1.	TAK (1)	NIE (5)	NW (nie wiem) (9)	OD (odmowa) (8)
*CC1a. Kolejne pytania dotyczą różnych problemów zdrowotnych, które miała pani w ciągu całego swojego życia. Czy kiedykolwiek miała pani następujące problemy zdrowotne: artretyzm lub reumatyzm? (SŁOWA KLUCZOWE: artretyzm lub reumatyzm)	1	5	9	8
*CC1b. Przewlekłe problemy z kręgosłupem, w tym również z szyjnym odcinkiem kręgosłupa? (SŁOWA KLUCZOWE: problemy z kręgosłupem, w tym również z szyjnym odcinkiem kręgosłupa)	1	5	9	8
*CC1c. Częste lub bardzo nasilone bóle głowy? (SŁOWA KLUCZOWE: częste lub nasilone bóle głowy)	1	5	9	8
*CC1d. Innego rodzaju przewlekłe bóle? [SŁOWA KLUCZOWE: (innego rodzaju) przewlekłe bóle]	1	5	9	8
*CC1e. Alergie sezonowe takie jak uczulenie na trawy? (SŁOWA KLUCZOWE: alergie sezonowe)	1	5	9	8
*CC1f. Wylew? (SŁOWA KLUCZOWE: wylew)	1	5	9	8
*CC1g. Zawał serca? (SŁOWA KLUCZOWE: zawał serca)	1	5	9	8
*CC1h. Czy lekarz lub inny specjalista zajmujący się zdrowiem kiedykolwiek stwierdził u pani którąkolwiek z następujących chorób: choroby serca lub chorobę wieńcową? (SŁOWA KLUCZOWE: choroba wieńcowa)	1	5	9	8
*CC1i. Nadciśnienie? (SŁOWA KLUCZOWE: nadciśnienie)	1	5	9	8
*CC1j. Astma? (SŁOWA KLUCZOWE: astma)	1	5	9	8
*CC1k. Gruźlica? (SŁOWA KLUCZOWE: gruźlica)	1	5	9	8
*CC1l. Inna przewlekła choroba płuc, na przykład przewlekła obturacyjna choroba płuc lub rozedma? (SŁOWA KLUCZOWE: przewlekła choroba płuc)	1	5	9	8
*CC1n. Cukrzyca lub wysoki poziom cukru we krwi? (SŁOWA KLUCZOWE: cukrzyca lub wysoki poziom cukru we krwi)	1	5	9	8
*CC1o. Wrzody żołądka lub jelit? (SŁOWA KLUCZOWE: wrzody)	1	5	9	8
*CC1r. Wirus HIV lub AIDS? (SŁOWA KLUCZOWE: wirus HIV)	1	5	9	8
*CC1s. Epilepsja lub drgawki? (SŁOWA KLUCZOWE: epilepsja lub drgawki)	1	5	9	8
*CC1t. Choroba nowotworowa? (SŁOWA KLUCZOWE: choroba nowotworowa)	1	5	9	8

***CC2. INTERVIEWER INSTRUCTION: (SEE *CC1a - *CC1t SERIES)**
 CIRCLE ALL ENDORSED CONDITIONS IN *CC1a - *CC1t SERIES IN LEFT COLUMN BELOW AND ON THE FOLLOWING TWO PAGES. THEN ASK FOLLOW-UP QUESTIONS TO THE RIGHT IN SEQUENCE ONE ITEM AT A TIME. IF NO CONDITIONS WERE ENDORSED, GO TO *CC6.1.

	*CC3. Ile miała pani lat, gdy po raz pierwszy zachorowała pani na (CHOROBE)?	*CC4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy chorowała/miała pani na (CHOROBA) lub była pani leczona z jej powodu w ciągu ostatnich 12 miesięcy?			
		TAK (1)	NIE (5)	NW (9)	OD (8)
ARTRETYZM LUB REUMATYZM	*CC3a. _____ LAT NW.....999 OD.....998				
PROBLEMY Z KRĘGOSŁUPEM (WŁĄCZAJĄC PROBLEMY Z KRĘGOSŁUPEM SZYJNYM)	*CC3b. _____ LAT NW.....999 OD.....998	*CC4b. 1 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	5 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	9 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	8 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1
CZĘSTE LUB NASILONE BÓLE GŁOWY	*CC3c. _____ LAT NW.....999 OD.....998	*CC4c. 1 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	5 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	9 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	8 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1
(INNE RODZAJE) PRZEWLEKŁEGO BÓLU	*CC3d. _____ LAT NW.....999 OD.....998	*CC4d. 1 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	5 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	9 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	8 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1
ALERGIE SEZONOWE	*CC3e. _____ LAT NW.....999 OD.....998	*CC4e. 1 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	5 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	9 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	8 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1
WYLEW	*CC3f. _____ LAT NW.....999 OD.....998 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1				

	*CC3. Ile miała pani lat, gdy po raz pierwszy zachorowała pani na (CHOROBE)?	*CC4. Czy ciągu ostatnich 12 miesięcy chorowała/miała pani na (CHOROBA) lub była pani leczona z jej powodu w ciągu ostatnich 12 miesięcy?			
		TAK (1)	NIE (5)	NW (9)	OD (8)
ZAWAŁ SERCA	*CC3g. _____ LAT NW.....999 OD.....998 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1				
CHOROBY SERCA LUB CHOROBA WIŃCOWA	*CC3h. _____ LAT NW.....999 OD.....998 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1				
NADCIŚNIENIE	*CC3i. _____ LAT NW.....999 OD.....998	*CC4i. 1 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	5 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	9 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	8 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1
ASTMA	*CC3j. _____ LAT NW.....999 OD.....998 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1				
GRUŻLICA	*CC3k. _____ LAT NW.....999 OD.....998 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1				
PRZEWLEKŁA CHOROBA PŁUC	*CC3l. _____ LAT NW.....999 OD.....998 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1				

	*CC3. Ile miała pani lat, gdy po raz pierwszy zachorowała pani na (CHOROBE)?	*CC4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy chorowała/miała pani na (CHOROBA) lub była pani leczona z jej powodu w ciągu ostatnich 12 miesięcy?			
		TAK (1)	NIE (5)	NW (9)	OD (8)
CUKRZYCA LUB WYSOKI POZIOM CUKRU WE KRWI	*CC3n. _____ LAT NW999 OD998	*CC4n. 1 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	5 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	9 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	8 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1
WRZODY	*CC3o. _____ LAT NW999 OD998	*CC4o. 1 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	5 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	9 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1	8 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1
HIV (ZAKAŻENIE)	*CC3r. _____ LAT NW999 OD998 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1				
EPILEPSJA LUB DRGAWKI	*CC3s. _____ LAT NW999 OD998 GO TO *CC3 FOR NEXT DX OR *CC6.1				
CHOROBA NOWOTWOROWA	*CC3t. _____ LAT NW999 OD998 GO TO *CC6				

*CC6. Czy aktualnie jest pani w trakcie leczenia choroby nowotworowej, jest pani w remisji czy też choroba ta została całkowicie wyleczona?

LECZENIE1
REMISJA2
WYLECZENIE3
NIE WIEM9
ODMOWA8

*CC6a. Gdzie zlokalizowana (jest/ była) pani choroba nowotworowa? Jakie części ciała (były/ są) przez nią zaatakowane?

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ODPOWIEDZI WSKAZANE PRZEZ RESPONDENTA.

RAK PIERSI1
RAK JELITA GRUBEGO.....2
RAK PŁUC3
BIAŁACZKA LUB CHŁONIAK4
RAK PROSTATY5
RAK SKÓRY (CZERNIAK).....6
RAK MACICY7
RAK JAJNIKA8
RAK SZYJKI MACICY9
INNY (OKREŚL).....10

NIE WIEM99
ODMOWA98

*CC6.1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, miała pani wypadek, była pani ranna lub zatruta się pani na tyle poważnie, że potrzebowała pani pomocy medycznej?

TAK1
NIE.....5 **GO TO *CC7**
NIE WIEM9 **GO TO *CC7**
ODMOWA8 **GO TO *CC7**

*CC6.1a. Ile spośród tych wypadków, urazów lub zatruc, których doświadczyła pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wymagało pomocy medycznej?

_____ LICZBA

NIE WIEM999
ODMOWA998

*CC6.1b. (Proszę teraz pomyśleć o ostatnim z tych wypadków, urazów lub zatruc.) Czy miał on miejsce zupełnie przypadkowo, czy też celowo zrobiła sobie pani krzywdę lub została zraniona w czasie bójki lub napaści na inną osobę?

WYPADEK.....1
CELOWE ZROBIENIE SOBIE KRZYWDY2
ZRANIENIE W CZASIE BÓJKI LUB NAPAŚCI.....3
INNE (OKREŚL).....4

NIE WIEM 9
ODMOWA 8

*CC6.1c. Czy ten uraz lub zatrucie miało miejsce, gdy była pani w pracy, w czasie podróży służbowej czy też w jakimś innym miejscu?

W PRACY	1
W PODRÓŻY SŁUŻBOWEJ	2
W INNYM MIEJSCU	3
NIE WIEM	9
ODMOWA	8

*CC6.2. (KR, STR 38) Jakiego rodzaju uszkodzenia ciała były efektem tego urazu lub zatrucia? (Proszę podać mi odpowiedni numer z listy.)

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ODPOWIEDZI WSKAZANE PRZEZ RESPONDENTA.

ZŁAMANE LUB PRZEMIESZCZONE KOŚCI.....	1
NADWYRĘŻONE, NACIĄGNIĘTE LUB ZERWANE MIĘŚNIE.....	2
RANY CIĘTE, KLUTE LUB SZARPANE	3
URAZY GŁOWY, WSTRZĄS MÓZGU	4
SINIAKI, STŁUCZENIA LUB KRWAWIENIE WEWNĘTRZNE	5
POPARZENIE.....	6
ZATRUCIE CHEMIKALIAMI, LEKAMI LUB SUBSTANCJAMI PSYCHOAKTYWNYMI.....	7
PROBLEMY ODDECHOWE, TAKIE JAK TRUDNOŚCI Z ODDYCHANIEM, KSZEL LUB ZAPALENIE PŁUC	8
INNE (OKREŚL)	96

NIE WIEM	99
ODMOWA	98

*CC6.3. (KR, STR 39) Gdzie doszło do tego urazu lub zatrucia?

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ODPOWIEDZI WSKAZANE PRZEZ RESPONDENTA.

W DOMU LUB NA PODWÓRKU RESPONDENTA.....	1
W CUDZYM DOMU LUB NA CUDZYM PODWÓRKU	2
NA TERENIE SZKOŁY (WŁĄCZAJĄC TEREN PLACU ZABAW).....	3
W MIEJSCU PRACY	4
W DRODZE DO PRACY LUB Z PRACY (ZALICZANEJ DO PRACY)	5
ULICA LUB AUTOSTRADA (Z WYŁĄCZENIEM PODRÓŻY DO PRACY).....	6
W MIEJSCU PUBLICZNYM (NP., NA CHODNIKU) LUB W BUDYNKU UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ	7
W GOSPODARSTWIE WIEJSKIM LUB NA TERENACH ROLNICZYCH	8
NA TERENACH REKREACYJNYCH LUB W OBIEKCIE SPORTOWYM (Z WYŁĄCZENIEM SZKOŁY).....	9
INNE (OKREŚL)	96

NIE WIEM	99
ODMOWA	98

*CC6.3.a. Co konkretnie spowodowało uraz? np. Czy została pani potrącona przez samochód w czasie, gdy jechała pani rowerem, wylała pani na siebie wrzątek w trakcie gotowania, spadła pani ze schodów w trakcie bójki?

***CC7. INTERVIEWER CHECKPOINT:** (SEE *CC1a, *CC1f, *CC1g, *CC1h, *CC1j, *CC1l, *CC1r, *CC1s, *CC1t, *CC4b, *CC4c, *CC4d, *CC4e, *CC4i, *CC4k, *CC4n, *CC4o, *CC6, *CC6.1)

*CC1a EQUALS '1' OR *CC1f EQUALS '1' OR *CC1g EQUALS '1' OR *CC1h EQUALS '1'
 OR *CC1j EQUALS '1' OR *CC1l EQUALS '1' OR *CC1r EQUALS '1' OR *CC1s EQUALS '1'
 OR *CC1t EQUALS '1' OR *CC4b EQUALS '1' OR *CC4c EQUALS '1' OR *CC4d EQUALS '1'
 OR *CC4e EQUALS '1' OR *CC4i EQUALS '1' OR *CC4k EQUALS '1' OR *CC4n EQUALS '1'
 OR *CC4o EQUALS '1' OR *CC6 EQUALS '1' OR *CC6.1 EQUALS '1' 1
 ALL OTHERS2 GO TO *CC20

***CC8. INTERVIEWER CHECKPOINT:** (SEE *CC1a, *CC1f, *CC1g, *CC1h, *CC1j, *CC1l, *CC1r, *CC1s, *CC1t, *CC4b, *CC4c, *CC4d, *CC4e, *CC4i, *CC4k, *CC4n, *CC4o, *CC6, *CC6.1)

COUNT THE NUMBER OF R'S CONDITIONS.

STEP 1. CIRCLE THAT NUMBER IN LEFT-HAND COLUMN BELOW. THE RIGHT-HAND COLUMN BELOW GIVES NUMBER OF RANDOMLY ASSIGNED CONDITION.

TOTAL NUMBER OF CONDITION TYPES REPORTED	RANDOM CONDITION
1	1
2	(random b/w 1-2)
3	(random b/w 1-3)
4	(random b/w 1-4)
5	(random b/w 1-5)
6	(random b/w 1-6)
7	(random b/w 1-7)
8	(random b/w 1-8)
9	(random b/w 1-9)
10	(random b/w 1-10)
11	(random b/w 1-11)
12	(random b/w 1-12)
13	(random b/w 1-13)
14	(random b/w 1-14)
15	(random b/w 1-15)
16	(random b/w 1-16)
17	(random b/w 1-17)
18	(random b/w 1-18)
19	(random b/w 1-19)
20	(random b/w 1-20)
21	(random b/w 1-21)
22	(random b/w 1-22)

STEP 2. RECORD KEY PHRASE FOR RANDOMLY-ASSIGNED CONDITION: (SEE *CC1a, *CC1f, *CC1g, *CC1h, *CC1j, *CC1l, *CC1r, *CC1s, *CC1t, *CC4b, *CC4c, *CC4d, *CC4e, *CC4i, *CC4k, *CC4n, *CC4o, *CC6, *CC6.1)

*CC9. Następane pytania dotyczą wspomnianego przez panią wcześniej [LOSOWO WYBRANEGO PROBLEMU ZDROWOTNEGO]. Ile razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy była pani u lekarza z powodu [LOSOWO WYBRANEGO PROBLEMU ZDROWOTNEGO]?

_____ RAZY

NIE WIEM..... 999

ODMOWA..... 998

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

*CC10. (KR, STR 9) Proszę pomyśleć o okresie miesiąca lub dłuższym, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w którym [LOSOWO WYBRANY PROBLEM ZDROWOTNY] lub jego następstwa były najbardziej nasilone. W jakim stopniu [LOSOWO WYBRANY PROBLEM ZDROWOTNY] lub jego następstwa 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 [LOSOWO WYBRANY PROBLEM ZDROWOTNY] lub jego następstwa zakłóciły pani (OBSZAR ŻYCIA) w tym czasie?

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

LICZBA (0-10)

*CC10a. Obowiązki domowe, takie jak sprzątanie, robienie zakupów, dbanie o dom/ mieszkanie?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97

NIE WIEM 99

ODMOWA 98

*CC10b. Zdolność do pracy zawodowej?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97

NIE WIEM 99

ODMOWA 98

*CC10c. Zdolność do nawiązywania i podtrzymywania bliskich kontaktów z innymi ludźmi?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97

NIE WIEM 99

ODMOWA 98

*CC10d. Życie towarzyskie?

_____ LICZBA

NIE DOTYCZY 97

NIE WIEM 99

ODMOWA 98

*CC11. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC10a - *CC10d)

ALL FOUR RESPONSES TO *CC10a - *CC10d SERIES EQUAL '0' OR '97' 1 **GO TO *CC13**
ALL OTHERS..... 2

*CC12. W przybliżeniu, ile dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, była pani zupełnie niezdolna do pracy i wykonywania normalnych codziennych czynności z powodu [LOSOWO WYBRANEGO PROBLEMU ZDROWOTNEGO]?

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

_____ DNI

NIE WIEM..... 999

ODMOWA..... 998

*CC13. INTERVIEWER CHECKPOINT: (*CC8 STEP 2, *CC4c)

RANDOM CONDITION EQUALS HEADACHES 1

“YES” RESPONSE IN *CC4c..... 2 **GO TO *CC14a**

ALL OTHERS. 3 **GO TO *CC20**

*CC14. W przybliżeniu, ile dni, spośród 365 w ciągu ostatnich 12 miesięcy, miała pani bóle głowy?

_____ DNI **GO TO *CC15**

NIE WIEM..... 999 **GO TO *CC15**

ODMOWA..... 998 **GO TO *CC15**

*CC14a. Wcześniej wspomniała pani, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała częste lub bardzo nasilone bóle głowy. W przybliżeniu, ile dni, spośród 365 w ciągu ostatnich 12 miesięcy, miała pani bóle głowy?

_____ DNI

NIE WIEM..... 999

ODMOWA 998

*CC15. W przybliżeniu, ile minut lub godzin trwa zwykle ból głowy, którego pani doświadcza?

_____ CZAS TRWANIA

ZAZNACZ JEDNOSTKĘ CZASU: MINUTY 1 GODZINY 2

NIE WIEM..... 999

ODMOWA..... 998

*CC16. (KR, STR 40) Korzystając ze skali od 0 do 10, na której 0 oznacza „zupełny brak bólu”, a 10 „najgorszy ból jaki może sobie pani wyobrazić”, jaki numer najlepiej opisuje najbardziej nasilony ból głowy, jakiego doświadczyła pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

_____ (0-10) LICZBA

NIE WIEM..... 999

ODMOWA..... 998

*CC17. (KR, STR 40) Korzystając z tej samej skali od 0 do 10, jaki numer najlepiej opisuje najsłabszy z bólów głowy, jakiego doświadczyła pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

_____ (0-10) LICZBA

NIE WIEM 999

ODMOWA 998

*CC18. (KR, STR 40) Ponownie, korzystając z tej samej skali od 0 do 10, jaki numer najlepiej opisuje przeciętny ból głowy, jakiego doświadczała pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

_____ (0-10) LICZBA

NIE WIEM 999

ODMOWA 998

	TAK (1)	NIE (5)	NW (9)	OD (8)
*CC19a. Czy bólowi głowy, których pani doświadcza kiedykolwiek towarzyszyły nudności lub wymioty?	1	5	9	8
*CC19b. Czy bólowi głowy, których pani doświadcza kiedykolwiek towarzyszyła zwiększona wrażliwość na światło lub dźwięki?	1	5	9	8
*CC19c. Czy przed pojawieniem się bólu głowy kiedykolwiek widziała pani świetlne plamy, fale lub linie?	1	5	9	8
*CC19d. Czy kiedykolwiek odczuwała pani ból tylko po jednej stronie głowy?	1	5	9	8
*CC19e. Czy kiedykolwiek w czasie bólu głowy czuła pani ból umiejscowiony z tyłu za okiem?	1	5	9	8
*CC19f. Czy kiedykolwiek przed pojawieniem się bólu głowy straciła pani częściowo zdolność widzenia?	1	5	9	8
*CC19g. Czy ból, którego pani doświadcza jest pulsujący?	1	5	9	8

***CC20.** Kolejne pytania dotyczą problemów ze snem. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, miała pani okres trwający dwa tygodnie lub dłużej, w którym doświadczyła pani któregoś z następujących problemów ze snem:

	TAK (1)	NIE (5)	NW (9)	OD (8)
*CC20a. Problemy z <u>zasnięciem</u> , polegające na tym, że prawie każdej nocy nie mogła pani zasnąć przez dwie godziny lub dłużej?	1	5	9	8
*CC20b. Problemy z <u>przespaniem całej nocy</u> , polegające na tym, że prawie każdej nocy budziła się pani i nie mogła zasnąć przez kolejną godzinę lub dłużej?	1	5	9	8
*CC20c. Problemy ze <u>zbyt wczesnym budzeniem się</u> , polegające na tym, że prawie każdego ranka budziła się pani przynajmniej dwie godziny wcześniej niż pani chciała?	1	5	9	8
*CC20d. Problemy z nadmierną sennością w ciągu dnia?	1	5	9	8

*CC21. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC20 SERIES)

ONE OR MORE "YES" RESPONSES IN *CC20 SERIES..... 1
 ALL OTHERS..... 2 **GO TO *CC28.1**

*CC22. Przez ile tygodni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała pani któryś z tych problemów ze snem?

_____ TYGODNI

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

*CC23. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC20d)

*CC20d EQUALS "YES" 1
 ALL OTHERS..... 2 **GO TO *CC26**

*CC24. Proszę pomyśleć o okresie w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w którym pani problemy ze snem były najczęstsze i najbardziej nasilone. W tym czasie, jak często miała pani następujące doświadczenia: (W RAZIE KONIECZNOŚCI: Jak często (miała pani)... - często, czasami, rzadko czy też nigdy?)						
	CZĘSTO (1)	CZASEM (2)	RZADKO (3)	NIGDY (4)	NW (9)	OD (8)
*CC24a. ...zasypiała pani w czasie oglądania telewizji, słuchania radia lub czytania – często, czasami, rzadko czy też nigdy?	1	2	3	4	9	8
*CC24b. ...czuła się pani bardzo senna po 10 minutach spokojnego siedzenia?	1	2	3	4	9	8
*CC24c. ...zapadała pani w drzemkę w czasie relaksu?	1	2	3	4 GO TO *CC24f	9	8
*CC24d. ...zasypiała pani w trakcie rozmowy lub wizyty u przyjaciół?	1	2	3	4	9	8
*CC24e. ...czuła się pani zmęczona w ciągu dnia z powodu tego, że kiepsko spała pani w nocy?	1	2	3	4	9	8
*CC24f. ...budziła się pani częściej niż trzy razy w ciągu nocy?	1	2	3	4	9	8
*CC24g. ...budziła się pani wypoczęta?	1	2	3	4	9	8
*CC24h. ...miała pani problem ze wstaniem rano?	1	2	3	4	9	8
*CC24j. ...czuła pani, że nie spała dostatecznie długo, pomimo tego, że spędziła pani w łóżku wystarczająco dużo czasu?	1 GO TO *CC28.1	2 GO TO *CC28.1	3 GO TO *CC28.1	4 GO TO *CC28.1	9 GO TO *CC28.1	8 GO TO *CC28.1

*CC26. Proszę pomyśleć o okresie w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w którym pani problemy ze snem były najczęstsze i najbardziej nasilone. W tym czasie, jak często miała pani następujące doświadczenia: (W RAZIE KONIECZNOŚCI: Jak często (miała pani)... - często, czasami, rzadko czy też nigdy?)						
	CZĘSTO (1)	CZASEM (2)	RZADKO (3)	NIGDY (4)	NW (9)	OD (8)
*CC26a. ...budziła się pani częściej niż trzy razy w ciągu nocy?	1	2	3	4	9	8
*CC26b. ...budziła się pani wypoczęta?	1	2	3	4	9	8
*CC26c. ...miała pani problem ze wstaniem rano?	1	2	3	4	9	8
*CC26d. ...czuła się pani „świeżo” po obudzeniu?	1	2	3	4	9	8
*CC26e. ...czuła pani, że nie spała dostatecznie długo, pomimo tego, że spędziła pani w łóżku wystarczająco dużo czasu?	1	2	3	4	9	8

*CC28.1. Kolejne pytania dotyczą przewlekłego bólu, który pojawia się z niewyjaśnionych medycznie przyczyn. Chodzi tu o ból, którego doświadczała pani przez 6 miesięcy lub dłużej, który (PROSZĘ CZYTAĆ WOLNO) znacznie ograniczył pani normalną, codzienną aktywność lub był bardzo dokuczliwy, a pani lekarz nie był w stanie ustalić jego przyczyny. Czy kiedykolwiek w życiu doświadczyła pani bólu, który odpowiada temu opisowi?

TAK..... 1
 NIE 5 **GO TO *CC36**
 NIE WIEM 9 **GO TO *CC36**
 ODMOWA 8 **GO TO *CC36**

*CC28.1a. W jakiej części ciała doświadczała pani tego bólu?

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ODPOWIEDZI WSKAZANE PRZEZ RESPONDENTA.

SZYJA LUB PLECY 1
 JAMA BRZUSZNA 2
 STAWY, NP. RAMION, DŁONI, NÓG CZY STÓP 3
 TWARZ, SZCZĘKA LUB STAW ZNAJDUJĄCY
 SIĘ PONIZEJ UCHA 4
 KLATKA PIERSIOWA 5
 INNY RODZAJ PRZEWLEKŁEGO BÓLU (OKREŚL)..... 6

NIE WIEM..... 9
 ODMOWA 8

*CC28.2. Proszę pomyśleć o okresie, w którym ból był najczęstszy lub najbardziej nasilony. Jak bardzo nasilona była uciążliwość, którą pani odczuwała – żadna, niewielka, umiarkowana, duża, bardzo duża?

ŻADNA 1
 NIEWIELKA..... 2
 UMIARKOWANA 3
 DUŻA 4
 BARDZO DUŻA 5
 NIE WIEM..... 9
 ODMOWA 8

*CC28.3. W jakim stopniu ból zakłócił pani pracę zawodową, życie osobiste i kontakty z innymi ludźmi – wcale, nieznacznie, średnio, znacznie czy też bardzo silnie?

WCALE..... 1 **GO TO *CC28.4**
NIEZNACZNIE 2 **GO TO *CC28.4**
ŚREDNIO 3
ZNACZNIE..... 4
BARDZO SILNIE..... 5
NIE WIEM 9
ODMOWA..... 8 **GO TO *CC28.4**

*CC28.3a. Jak często ból uniemożliwiał pani prowadzenie normalnego życia oraz dbanie o siebie – często, czasami, rzadko czy też nigdy?

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

*CC28.4. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC28.2, *CC28.3, *CC28.3a)

*CC28.2 EQUALS '3' – '5' OR *CC28.3 EQUALS '3' – '5' OR
*CC28.3a EQUALS '1' – '3' 1
ALL OTHERS..... 2 **GO TO *CC36**

*CC29.1. Ile miała pani lat, gdy po raz pierwszy doświadczyła przewlekłego bólu z niewyjaśnionych medycznie przyczyn?

_____ LAT
NIE WIEM 999
ODMOWA 998

*CC29.2. W przybliżeniu, przez ile lat w całym swoim życiu doświadczała pani przewlekłego bólu z niewyjaśnionych medycznie przyczyn przynajmniej przez 6 miesięcy w ciągu jednego roku?

_____ LAT
NIE WIEM 999
ODMOWA 998

*CC29.3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczyła pani przewlekłego bólu z niewyjaśnionych medycznie przyczyn, który trwał 6 miesięcy lub dłużej?

TAK 1
NIE 5 **GO TO *CC34.1**
NIE WIEM..... 9 **GO TO *CC34.1**
ODMOWA 8 **GO TO *CC34.1**

*CC29.4. Przez ile miesięcy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczała pani tego bólu?

_____ MIESIĘCY
NIE WIEM 999
ODMOWA 998

*CC30. Proszę teraz pomyśleć o miesiącu, w ciągu ostatniego roku, w którym pani ból był najczęstszy lub najbardziej nasilony. W przybliżeniu ile dni w ciągu tego miesiąca odczuwała pani ten ból?

_____ DNI W MIESIĄCU

NIE WIEM 999

ODMOWA 998

*CC31. Przez ile minut lub godzin dziennie doświadczała pani bólu, w miesiącu, w którym był on najczęstszy i najbardziej nasilony?

_____ CZAS TRWANIA

PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNOSTKĘ CZASU: MINUTY.....1 GODZNY2 DNI 3

NIE WIEM 999

ODMOWA 998

*CC32. (KR, STR 40) Korzystając ze skali od 0 do 10, która znajduje się na 40 stronie w pani książeczce i na której 0 oznacza „zupełny brak bólu”, a 10 oznacza „najgorszy ból, jaki może sobie pani wyobrazić, jaka liczba najlepiej opisuje najbardziej nasilony ból”, jakiego doświadczyła pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

_____ (0-10) LICZBA

NIE WIEM 999

ODMOWA 998

*CC34. (KR, STR 40) Ponownie, korzystając z tej samej skali od 0 do 10, jaki numer najlepiej opisuje przeciętny ból”, jakiego doświadczała pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

_____ (0-10) LICZBA

NIE WIEM 999

ODMOWA 998

*CC34.1. Z iloma lekarzami rozmawiała pani o swoim bólu?

_____ LICZBA

NIE WIEM 999

ODMOWA 998

*CC34.2. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC34.1)

*CC34.1 EQUALS ‘0’1

ALL OTHERS2 **GO TO *CC34.3**

*CC34.2a. Tego rodzaju bóle pojawiają się niekiedy jako efekt choroby fizycznej lub urazu, skutki uboczne zażywania leków, substancji psychoaktywnych lub alkoholu. Czy sądzi pani, że którykolwiek z pani ataków był następstwem wymienionych wyżej przyczyn fizycznych?

TAK1
NIE.....5 **GO TO *CC36**
NIE WIEM.....9 **GO TO *CC36**
ODMOWA.....8 **GO TO *CC36**

*CC34.2b. Czy sądzi pani, że wszystkie pani ataki były następstwem wymienionych wyżej przyczyn fizycznych?

TAK1
NIE.....5 **GO TO *CC36**
NIE WIEM.....9 **GO TO *CC36**
ODMOWA.....8 **GO TO *CC36**

*CC34.2c. Proszę krótko opisać te przyczyny fizyczne?

GO TO *CC36

*CC34.3. Co o przyczynach pani przewlekłego bólu (mówili lekarze/ mówił lekarz)?

SPONTANICZNA ODPOWIEDŹ: „ROZMOWIAŁAM 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
NAPIECIE	11
INNE DOŚWIADCZENIA STRESUJĄCE (OKREŚL PONIŻEJ)	12

CHOROBA FIZYCZNA/ DOLEGLIWOŚĆ

SYNDROM CHRONICZNEGO ZMĘCZENIA	20
WYNISZCZENIE ORGANIZMU	21
HIPERWETYLACJA	22
HIPOCHONDRIA	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
SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE (OKREŚL PONIŻEJ)	31
ALKOHOL	32

INNE

BRAK JEDNOZNACZNEJ DIAGNOZY	81
INNE (OKREŚL PONIŻEJ)	82
NIE WIEM	99
ODMOWA	98

OKREŚL:

*CC34.4. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC34.3) FOLLOW SKIP FOR FIRST ENDORSED ITEM

ONE OR MORE RESPONSES ARE CIRCLED IN 1-12 SERIES (PSYCHOLOGICAL/STRESS)	1	GO TO *CC36
ONE OR MORE RESPONSES ARE CIRCLED IN 30-32 SERIES (MED/DRUGS/ALC)	2	
ONE OR MORE RESPONSES ARE CIRCLED IN 20-29 SERIES (PHYSICAL ILLNESS)	3	GO TO *CC34.9
ALL OTHERS	4	GO TO *CC34.8

*CC34.5. Czy ból, którego pani doświadczała zawsze był spowodowany przyjmowaniem leków, substancji psychoaktywnych lub alkoholu?

TAK..... 1 **GO TO *CC34.10**
NIE 5
NIE WIEM 9
ODMOWA 8

*CC34.6. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC34.3)

ONE OR MORE RESPONSES ARE CIRCLED IN 20-29 SERIES
(PHYSICAL ILLNESS) 1
ALL OTHERS 2 **GO TO *CC34.10**

*CC34.7. Czy ból, który nie był spowodowany przyjmowaniem leków, substancji psychoaktywnych lub alkoholu, zawsze był wynikiem choroby fizycznej lub urazu, takiego jak (URAZ WYMIENIONY PRZEZ RESONDENTA W *CC34.3)?

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

GO TO *CC34.10

*CC34.8. Czy konsultacje, badania lekarskie lub prześwietlenia ujawniły jakieś nieprawidłowości?

TAK..... 1
NIE 2 **GO TO *CC34.10**
NIE MIAŁAM ROBIONYCH BADAŃ 3 **GO TO *CC34.10**
NIE WIEM 9 **GO TO *CC34.10**
ODMOWA 8 **GO TO *CC34.10**

*CC34.9. Czy ból, którego pani doświadczała zawsze był wynikiem choroby fizycznej lub urazu, takiego jak (CHOROBA FIZYCZNA/DOLEGLIWOŚĆ WYMIENIONA PRZEZ RESONDENTA W *CC34.3)?

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

*CC34.10. Czy pani zdaniem, czynniki psychologiczne kiedykolwiek miały wpływ na doświadczane przez panią częste zmęczenie i inne związane z nim problemy?

CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE MIAŁY ZNACZENIE 1
CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE
NIE MIAŁY ZNACZENIA 2
NIE WIEM..... 9
ODMOWA 8

*CC36. Czy miała pani usunięty woreczek żółciowy?

TAK.....1 **GO TO *CC48**
NIE5
NIE WIEM.....9
ODMOWA.....8

*CC37. INTERVIEWER CHECKPOINT:

R JEST MEŹCZYŹNĄ1 **GO TO *CC38 INTRO 1**
R JEST KOBIETĄ.....2 **GO TO *CC38 INTRO 2**

<p>*CC38 INTRO 1.</p> <p>Czy kiedykolwiek miał pan operację jamy brzusznej, na przykład wycięcie wyrostka robaczkowego?</p> <p>TAK.....1 GO TO *CC48 NIE5 GO TO *CC39 NIE WIEM.....9 GO TO *CC39 ODMOWA.....8 GO TO *CC39</p>	<p>*CC38 INTRO 2.</p> <p>Czy kiedykolwiek miała pani operację jamy brzusznej, np. usunięcie macicy, cesarskie cięcie lub wycięcie woreczka robaczkowego?</p> <p>TAK1 GO TO *CC48 NIE5 NIE WIEM.....9 ODMOWA8</p>
--	---

*CC39. Czy kiedykolwiek rozpoznano u pani wrzodziejące zapalenie jelita lub chorobę Crohna?

TAK 1
NIE..... 5 **GO TO *CC40**
NIE WIEM 9 **GO TO *CC40**
ODMOWA 8 **GO TO *CC40**

*CC39.1. Ile miała pani lat, gdy postawiono tę diagnozę?

_____ LAT **GO TO *CC48**

NIE WIEM999 **GO TO *CC48**
ODMOWA998 **GO TO *CC48**

*CC40. Czy kiedykolwiek miała pani okres trwający 12 miesięcy lub dłużej, w którym przynajmniej przez jeden tydzień w każdym miesiącu często doświadczała pani bólu lub dolegliwości żołądkowych lub w dolnej części brzucha, które ustępowały po wypróżnieniu?

TAK.....1
NIE5 **GO TO *CC48**
NIE WIEM.....9 **GO TO *CC48**
ODMOWA.....8 **GO TO *CC48**

*CC41. Czy w tym okresie często miała pani biegunki lub zaparcia?

TAK.....1 **GO TO *CC43**
NIE5
NIE WIEM.....9
ODMOWA.....8

*CC42. Czy w tym okresie zmieniła się częstotliwość, z jaką się pani wypróżniała?

TAK.....1
NIE5 **GO TO *CC48**
NIE WIEM.....9 **GO TO *CC48**
ODMOWA.....8 **GO TO *CC48**

*CC43. Czy kiedykolwiek miała pani okres trwający 12 miesięcy lub dłużej, w którym doświadczała pani tych problemów przynajmniej przez tydzień w każdym miesiącu?

TAK.....1
NIE5 **GO TO *CC48**
NIE WIEM.....9 **GO TO *CC48**
ODMOWA.....8 **GO TO *CC48**

*CC44. Ile miała pani lat, gdy tego rodzaju okres miał miejsce po raz pierwszy?

_____ LAT

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

*CC44.1. Przez ile lat w swoim życiu miała pani problem z wypróżnieniem przynajmniej przez tydzień w każdym miesiącu?

_____ LAT

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

*CC44.2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, miała pani tego rodzaju problem przynajmniej przez tydzień w każdym miesiącu?

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

*CC45. Jak bardzo dokuczliwe były te problemy – wcale, nieznacznie, średnio, znacznie, bardzo mocno?

WCALE1
NIEZNACZNIE2
ŚREDNIO3
ZNACZNIE4
BARDZO MOCNO.....5
NIE WIEM.....9
ODMOWA8

*CC46. W jakim stopniu te problemy (z wypróżnianiem) zakłóciły pani pracę zawodową, życie osobiste i kontakty z innymi ludźmi – wcale, nieznacznie, średnio, znacznie czy też bardzo silnie?

WCALE..... 1 **GO TO *CC48**
 NIEZNACZNIE 2
 ŚREDNIO..... 3
 ZNACZNIE..... 4
 BARDZO SILNIE..... 5
 NIE WIEM..... 9
 ODMOWA..... 8

*CC46a. Jak często te problemy były tak nasilone, że uniemożliwiały pani prowadzenie normalnego życia – często, czasami, rzadko czy też nigdy?

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

*CC48. Czy ma pani lekarza, z którego usług korzysta pani zwykle, gdy potrzebuje rutynowej pomocy medycznej?

TAK..... 1 **GO TO *CC49**
 NIE 5
 NIE WIEM..... 9
 ODMOWA..... 8

*CC48a. Czy ma pani placówkę służby zdrowia np. przychodnię lekarską lub szpital, do którego zgłasza się pani zwykle wówczas, gdy potrzebuje rutynowej pomocy medycznej?

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

*CC49. Ile wizyt, u następujących specjalistów odbyła pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

*CC49a. Rutynowa wizyta kontrolna u lekarza w szpitalu lub przychodni lekarskiej, bądź też rutynowa wizyta u ginekologa w szpitalu lub przychodni lekarskiej?	_____ LICZBA WIZYT W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH NIE WIEM..... 999 ODMOWA 998
*CC49b. Rutynowa wizyta kontrolna u dentysty lub okulisty?	_____ LICZBA WIZYT W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH NIE WIEM..... 999 ODMOWA 998
*CC49c. Wizyta u lekarza w szpitalnej izbie przyjęć, przychodni lub szpitalnym oddziale ratunkowym spowodowana nagłym wypadkiem, zaostrzeniem się objawów chorobowych lub inną nietypową sytuacją?	_____ LICZBA WIZYT W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH NIE WIEM..... 999 ODMOWA 998
*CC49d. Wizyta u lekarza w szpitalu, przychodni, gabinecie dentystycznym lub okulistycznym w związku z umówionym wcześniej zabiegiem lub operacją?	_____ LICZBA WIZYT W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH NIE WIEM..... 999 ODMOWA 998

*CC49.1. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC49a-d)

AT LEAST ONE RESPONSE IN THE RANGE
 '1' - '997' IN *CC49a - *CC49d SERIES1
 ALL OTHERS.....2 **GO TO *CC50**

*CC49.2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy jakikolwiek lekarz, w trakcie rutynowej wizyty kontrolnej lub w trakcie innego rodzaju wizyty podjął następujące działania: pytał panią o to czy używa pani alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych?

TAK.....1
 NIE.....5 **GO TO *CC49.2b**
 NIE WIEM9 **GO TO *CC49.2b**
 ODMOWA8 **GO TO *CC49.2b**

*CC49.2a. (Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy jakikolwiek lekarz) zalecał pani ograniczenie używania alkoholu lub substancji psychoaktywnych?

TAK1
 NIE5
 NIE WIEM.....9
 ODMOWA8

*CC49.2b. (Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy jakikolwiek lekarz) pytał panią o pani problemy emocjonalne, nerwowe lub zdrowie psychiczne?

TAK1 **GO TO *CC49.2d**
 NIE5
 NIE WIEM.....9
 ODMOWA8

*CC49.2c. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *CC49.2)

*CC49.2 EQUALS '1' 1
 ALL OTHERS 2 **GO TO *CC50**

	TAK (1)	NIE (5)	NW (9)	OD (8)
*CC49.2d. (Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy jakikolwiek lekarz) zalecał pani wizytę u specjalisty lub program terapeutyczny w związku z problemami emocjonalnymi bądź też wynikającymi z picia alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych?	1	5	9	8
*CC49.2e. (Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy jakikolwiek lekarz) zalecał pani zażywanie leków w związku z problemami emocjonalnymi bądź też wynikającymi z picia alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych?	1	5	9	8
*CC49.2f. (Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy jakikolwiek lekarz) spędził przynajmniej 5 minut rozmawiając z panią na temat pani problemów emocjonalnych bądź też wynikających z picia alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych?	1	5	9	8

***CC50.** Czy aktualnie korzysta pani z jakiegokolwiek z wymienionych form ubezpieczenia? Proszę nie włączać tutaj ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (np. będącego częścią ubezpieczenia samochodu) oraz związanego z niepełnosprawnością (np. specjalnego ubezpieczenia dla osób niepełnosprawnych):

	TAK (1)	NIE (5)	NIE ODNOSI SIĘ (7)	NW (9)	OD (8)
*CC50a. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne wykupione bezpośrednio w firmie świadczącej usługi?	1	5		9	8
*CC50b. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne wykupione przez obecnego lub byłego pracodawcę.	1	5		9	8
*CC50c. Indywidualne (osobiste) ubezpieczenie zdrowotne wykupione przez pracodawcę zatrudniającego w przeszłości lub obecnie pani <u>współmałżonka lub partnera życiowego</u> .	1	5	7	9	8
*CC50d. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne opłacone ze składek na NFZ?	1	5		9	8
*CC50e. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne opłacone ze składek na NFZ przez <u>współmałżonka</u> .	1	5	7	9	8
*CC50g. Inny typ ubezpieczenia opłacanego przez państwo?	1	5		9	8
*CC50i. Inny rodzaj ubezpieczenia?	1	5		9	8

***CC51.** Ludzie mają różny stosunek do korzystania ze specjalistycznej pomocy w związku z problemami emocjonalnymi. Czy gdyby miała pani poważny problem tego rodzaju z pewnością skorzystałaby pani z pomocy specjalisty, prawdopodobnie skorzystałaby pani z takiej pomocy, prawdopodobnie nie skorzystałaby pani z takiej pomocy, z pewnością nie skorzystałaby pani z takiej pomocy?

Z PEWNOŚCIĄ SKORZYSTAŁABYM1
 PRAWDOPODOBNIENIE SKORZYSTAŁABYM..... 2
 PRAWDOPODOBNIENIE NIE SKORZYSTAŁABYM..... 3
 Z PEWNOŚCIĄ NIE SKORZYSTAŁABYM..... 4
 NIE WIEM9
 ODMOWA8

***CC52.** Czy czułaby się pani swobodnie w trakcie rozmowy ze specjalistą na temat pani problemów osobistych – czułaby się pani bardzo swobodnie, dość swobodnie, niezbyt swobodnie czy też zupełnie nie czułaby się pani swobodnie?

BARDZO SWOBODNIE1
 DOŚĆ SWOBODNIE2
 NIEZBYT SWOBODNIE3
 ZUPEŁNIE NIE CZUŁABYM SIĘ SWOBODNIE...4
 NIE WIEM9
 ODMOWA8

*CC53. Jak bardzo skrępowana byłaby pani faktem, iż znajomi wiedzą, że leczy się pani z powodu problemów emocjonalnych– bardzo skrępowana, dość skrępowana, niezbyt skrępowana czy też zupełnie nie czułaby się pani skrępowana?

BARDZO SKRĘPOWANA1
DOŚĆ SKRĘPOWANA2
NIEZBYT SKRĘPOWANA.....3
ZUPEŁNIE NIE CZUŁABYM SIĘ SKRĘPOWANA..... 4
NIE WIEM9
ODMOWA8

*CC54. Jak pani sądzi, jaki procent osób, które korzystają z pomocy specjalistów z powodu poważnych problemów emocjonalnych, otrzymuje skuteczną pomoc?

_____ PROCENT

NIE WIEM 999
ODMOWA 998

*CC55. Jak pani sądzi, jaki procent osób, które nie otrzymały specjalistycznej pomocy poczuło się lepiej nawet bez leczenia?

_____ PROCENT

NIE WIEM 999
ODMOWA 998

GO TO *N1, NEXT SECTION