



**Szanowni Państwo,**

Ta ankieta pomoże Twojemu lekarzowi uzyskać lepszy obraz konsekwencji, jakie dla Ciebie niesie choroba.

To ważne informacje, które są nam potrzebne, aby dostosować naszą opiekę do Twoich potrzeb.

Prosimy o wypełnienie ankiety, zaznaczając odpowiedzi, które Ciebie najbardziej dotyczą.

Jeśli odpowiedź sprawia Ci trudność, możesz poprosić członka rodziny, pielęgniarkę lub badacza o pomoc w wypełnianiu kwestionariusza.

Dziękujemy.

Proszę o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania.

Zaznacz odpowiedź, która jest najbardziej odpowiednia dla Ciebie. Możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź, jeśli została podana informacja "dozwolone jest kilka odpowiedzi".

**WSTĘP – Kto wypełnia kwestionariusz?**

|a| Sam(a) wypełnię kwestionariusz

|b| Będę wypełniać ankietę sam(a), choć ktoś inny będzie mi pomagać

|a| Partner/Członek rodziny/Przyjaciół

|b| Pielęgniarka

|c| Badacz

|d| Inne (proszę podać) \_\_\_\_\_

|c| Ktoś inny wypełni kwestionariusz po skonsultowaniu się ze mną

|a| Partner/Członek rodziny/Przyjaciół

|b| Pielęgniarka

|c| Badacz

|d| Inne (proszę podać) \_\_\_\_\_

**1. Czy przyjmujesz leki regularnie (codziennie)?**

|a| Nie przyjmuję regularnie żadnych leków

|b| Przyjmuję regularnie jedno lekarstwo

|c| Przyjmuję kilka leków

**Jeśli tak, to ile różnych leków bierzesz na co dzień?** \_\_\_\_\_

## HISTORIA CHOROBY

### 1a. Czy miałas/eś jakiegokolwiek problemy ze zdrowiem w ostatnich 5 latach?

- |a|<sup>0</sup> Nie
- |b|<sup>0</sup> Tak, miałam/em problemy ze zdrowiem, ale krócej niż 3 miesiące
- |c|<sup>1</sup> Tak, miałam/em problemy ze zdrowiem, ale dłużej niż 3 miesiące
- |d|<sup>1</sup> Tak, w ciągu ostatnich 5 lat miałam/em kilka krótkich okresów z problemami zdrowotnymi

### 1b. Czy cierpisz na jedną lub więcej długotrwałych lub przewlekłych chorób (takie jak cukrzyca, wysokie ciśnienie krwi, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba płuc, rak, akromegalia lub inne)?

- |a|<sup>0</sup> Nie mam długotrwałej ani przewlekłej choroby
- |b|<sup>2</sup> Cierpię na jedną długotrwałą lub przewlekłą chorobę
- |c|<sup>3</sup> Cierpię na kilka długotrwałych lub przewlekłych chorób

Wypełnia pracownik służby zdrowia zajmujący się Panią/Panem

Jeśli 1a) a lub 1a) b i 1b) a, wynik dot. historii choroby = 0

Jeśli 1a) c lub 1a) d, wynik dot. historii choroby = 1

Jeśli 1b) b, wynik dot. historii choroby = 2

Jeśli 1b) c, wynik dot. historii choroby = 3

## PROCES DIAGNOSTYCZNY

### 2. Jak trudno było w ciągu ostatnich 5 lat zdiagnozować Twoje problemy zdrowotne?

- |a|<sup>0</sup> Nie cierpiałam/cierpiałem z powodu jakichkolwiek problemów zdrowotnych w ostatnich 5 latach
- |b|<sup>0</sup> Przyczyna moich dolegliwości była od razu jasna
- |c|<sup>1</sup> Po pewnych rutynowych badaniach ustalono przyczynę moich dolegliwości
- |d|<sup>2</sup> Po wielu badaniach ustalono przyczynę moich dolegliwości
- |e|<sup>3</sup> Pomimo przeprowadzenia serii badań, nigdy nie zdiagnozowano źródeł moich dolegliwości

STAN OBECNY - NASILENIE OBJAWÓW

**3. Jak bardzo Twoje codzienne czynności (np. praca, prowadzenie domu, hobby, wyjścia ...) są ograniczone z powodów dolegliwości fizycznych w ciągu ostatniego tygodnia?**

- |a|<sup>0</sup> Nie mam żadnych lub mam nieistotne dolegliwości fizyczne
- |b|<sup>1</sup> Na moją codzienną aktywność nie mają wpływu dolegliwości fizyczne, których doświadczam, a jeśli mają, to tylko w łagodnym stopniu
- |c|<sup>2</sup> Na moją codzienną aktywność umiarkowanie wpływają dolegliwości fizyczne
- |d|<sup>3</sup> Na moją codzienną aktywność poważnie wpływają dolegliwości fizyczne

STAN OBECNY - WYZWANIA DIAGNOSTYCZNE/TERAPEUTYCZNE

**4a. Czy uważasz, że Twoi lekarze znają przyczynę Twoich obecnych problemów zdrowotnych?**

- |a|<sup>0</sup> Obecnie nie odczuwam żadnych dolegliwości fizycznych
- |b|<sup>1</sup> Moi lekarze znają przyczynę moich obecnych dolegliwości fizycznych
- |c|<sup>2</sup> Moi lekarze znają przyczynę moich obecnych dolegliwości fizycznych, ale mają pewne wątpliwości
- |d|<sup>3</sup> Moi lekarze mają wiele wątpliwości, co do przyczyn moich obecnych dolegliwości fizycznych
- |e|<sup>3</sup> Moi lekarze nadal szukają przyczyn moich obecnych dolegliwości fizycznych

**4b. Czy uważasz, że otrzymujesz odpowiednie leczenie w związku z Twoimi dolegliwościami?**

- |a|<sup>0</sup> Obecnie nie odczuwam żadnych dolegliwości fizycznych
- |b|<sup>1</sup> Otrzymuję odpowiednie leczenie w związku z moim obecnym stanem fizycznym
- |c|<sup>2</sup> Mam pewne wątpliwości co do stosowności leczenia w związku z moim obecnym stanem fizycznym
- |d|<sup>3</sup> Mam wiele wątpliwości co do stosowności leczenia w związku z moim obecnym stanem fizycznym.
- |e|<sup>3</sup> Odpowiednie leczenie w związku z moim obecnym stanem fizycznym musi nadal zostać ustalone.

Wypełnia pracownik służby zdrowia zajmujący się Panią/Panem

Jeśli zostanie uzyskany wynik a w 4a) i 4b), to wynik dotyczący obecnego wyzwania diagnostycznego/terapeutycznego = 0

Jeśli zostanie uzyskany wynik b w 4a) lub 4b), to wynik dotyczący obecnego wyzwania diagnostycznego/terapeutycznego = 1

Jeśli zostanie uzyskany wynik c w 4a) lub 4b), to wynik dotyczący obecnego wyzwania diagnostycznego/terapeutycznego = 2

Jeśli zostanie uzyskany wynik d w 4a) lub 4b), to wynik dotyczący obecnego wyzwania diagnostycznego/terapeutycznego = 3

RADZENIE SOBIE

**5. W ciągu ostatnich 5 lat, jak radziłaś/eś sobie ze stresującymi, trudnymi sytuacjami?**

|a|<sup>0</sup> Ogólnie rzecz biorąc, zawsze radziłam/radziłem sobie ze stresującymi, trudnymi sytuacjami.

|b|<sup>1</sup> Czasami miałam/miałem trudności w radzeniu sobie ze stresującymi, trudnymi sytuacjami, co czasem prowadziło do napięć i problemów z moim/moją partnerem/partnerką, rodziną lub innymi osobami.

|c|<sup>2</sup> Często miałam/miałem trudności ze stresującymi, trudnymi sytuacjami, co często prowadziło do napięć i problemów z moim/moją partnerem/partnerką, rodziną lub innymi osobami.

|d|<sup>3</sup> Zawsze miałam/miałem trudności ze stresującymi, trudnymi sytuacjami. Martwił mnie one i sprawiają, że jestem spięta/spięty.

WYWIAD - ZDROWIE PSYCHICZNE

**6. W swojej przeszłości, czy kiedykolwiek miałaś/eś problemy psychiczne, takie jak odczuwanie napięcia, niepokoju, przygnębienia/smutku lub zdezorientowania?**

|a|<sup>0</sup> Nie, prawie nigdy

|b|<sup>1</sup> Tak, jednak bez wyraźnego wpływu na moje codzienne życie

|c|<sup>2</sup> Tak i miało to wpływ na moje codzienne życie

|d|<sup>3</sup> Tak i te problemy miały lub nadal mają długotrwały wpływ na moje codzienne życie

OBECNIE – PROCES LECZENIA

**7. Czy sądzisz, że trudno jest przestrzegać zaleceń Twojego lekarza prowadzącego?**

|a|<sup>0</sup> Nie, nie sądzę, żeby było to trudne

|b|<sup>1</sup> Tak, myślę, że jest to trudne, ale jakoś sobie z tym radzę

|c|<sup>2</sup> Tak, myślę, że jest to trudne, czasami sobie z tym radzę, a czasami nie

|d|<sup>3</sup> Tak, myślę, że jest to zbyt trudne, w większości przypadków nie daję sobie z tym rady

OBECNIE - OBJAWY DOTYCZĄCE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

**8. Czy obecnie doświadczasz problemów psychicznych, takich jak odczuwanie napięcia, niepokoju, przygnębienia/smutku lub zdezorientowania?**

- |a|<sup>0</sup> Nie, żadnych problemów
- |b|<sup>1</sup> Tak, łagodne problemy, które nie wpływają na moją zdolność do wykonywania codziennych czynności
- |c|<sup>2</sup> Tak, umiarkowane problemy, które nieco wpływają na moją zdolność do wykonywania codziennych czynności
- |d|<sup>3</sup> Tak, poważne problemy, które znacznie wpływają na moją zdolność do wykonywania codziennych czynności

WYWIAD - PRACA I WYPOCZYNEK

**9a. Czy masz pracę?**

- |a| Tak
- |b| Nie

**9b. Jeśli "Nie", to:**

- |a| Jestem studentką/studentem
- |b| Jestem na emeryturze
- |c| Jestem gospodynią domową, która zajmuje się prowadzeniem domu i opieką nad innymi
- |d| Jestem niepełnosprawna(y)
- |e| Jestem od ponad 6 miesięcy na zwolnieniu lekarskim
- |f| Jestem na rencie

**9c. Czy wolny czas poświęcasz na zajęcia, takie jak: wolontariat, kursy, sport, hobby...?**

- |a| Tak
- |b| Nie

Wypełnia pracownik służby zdrowia zajmujący się Panią/Panem

Jeśli 9a) a i 9 c) a, wynik dotyczący obecnej pracy i wypoczynku = **0**

Jeśli 9a) a i 9 c) b, wynik dotyczący obecnej pracy i wypoczynku = **1**

Jeśli 9a) b i 9 c) a, wynik dotyczący obecnej pracy i wypoczynku = **2**

Jeśli 9a) b i 9 c) b, wynik dotyczący obecnej pracy i wypoczynku = **3**

## WYWIAD - RELACJE SPOŁECZNE

### 10. Jakie masz ogólne relacje z innymi ludźmi?

- |a|<sup>0</sup> Mam wystarczającą ilość kontaktów z innymi ludźmi i dobrze udzielam się towarzysko
- |b|<sup>1</sup> Mam kontakty z innymi ludźmi, chociaż od czasu do czasu mogą one stawać się napięte
- |c|<sup>2</sup> Mam trudności z zainicjowaniem i utrzymywaniem kontaktów i przyjaźni z innymi ludźmi
- |d|<sup>3</sup> Kontakty i przyjaźnie często przeradzają się w kłótnie i konflikty

## OBECNIE - STABILNOŚĆ SYTUACJI MIESZKANIOWEJ

### 11. Czy Twoja sytuacja mieszkaniowa jest zadawalająca? Czy są jednak potrzebne zmiany, takie jak dostosowanie przestrzeni mieszkalnej, otrzymywanie opieki domowej lub przeniesienie się gdzie indziej?

- |a|<sup>0</sup> Nie są potrzebne żadne zmiany, jestem w stanie poradzić sobie z moją sytuacją mieszkaniową
- |b|<sup>1</sup> Nie potrzebne mi są żadne zmiany, ponieważ otrzymuję wystarczające wsparcie i pomoc od innych ludzi
- |c|<sup>2</sup> Potrzebne są zmiany, jednakże nie od razu
- |d|<sup>3</sup> Potrzebne są natychmiastowe zmiany

## OBECNIE - WSPARCIE SPOŁECZNE

### 12. Czy możesz zawsze liczyć na pomoc Twoich - partnerki/partnera, rodziny, koleżanek i kolegów lub przyjaciół?

- |a|<sup>0</sup> Nie potrzebuję pomocy
- |b|<sup>0</sup> Tak, pomoc jest dostępna przez cały czas
- |c|<sup>1</sup> Tak, pomoc jest dostępna, ale nie przez cały czas
- |d|<sup>2</sup> Pomoc, jaką otrzymuję jest bardzo ograniczona
- |e|<sup>3</sup> Nie jest dostępna jakakolwiek pomoc

#### WYWIAD - DOSTĘP DO OPIEKI

**13. Czy doświadczasz problemów w uzyskaniu potrzebnej Ci opieki z powodu zamieszkania zbyt daleko lub nieposiadania ubezpieczenia lub słabej znajomości języka lub różnic kulturowych?**

- |a|<sup>0</sup> Nie, to nie stanowi dla mnie problemu
- |b|<sup>1</sup> Tak, doświadczam niektórych z tych problemów od czasu do czasu
- |c|<sup>2</sup> Tak, często doświadczam niektórych z tych problemów
- |d|<sup>3</sup> Tak, niektóre z nich stanowią dla mnie duży problem

#### WYWIAD - DOŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z LECZENIEM

**14. Co sądzisz o swoich kontaktach z lekarzami i innymi pracownikami służby zdrowia w ostatnich 5 latach?**

- |a|<sup>0</sup> Nigdy nie miałam/miałem problemów z lekarzami i innymi pracownikami medycznymi
- |b|<sup>1</sup> Ja lub ktoś z moich bliskich miał negatywne doświadczenie(a) z lekarzami i pracownikami medycznymi
- |c|<sup>2</sup> Zmieniałem lekarzy i pracowników medycznych z powodu negatywnych doświadczeń
- |d|<sup>3</sup> Często zmieniałam/zmieniałem lekarzy i innych pracowników służby zdrowia z powodu negatywnych doświadczeń lub braku zaufania

#### OBECNIE - ORGANIZACJA OPIEKI

**15. Od kogo otrzymujesz pomoc czy opiekę medyczną?**

[dozwolonych jest kilka odpowiedzi]

- |a| Nie otrzymuję żadnej opieki
- |b| Lekarz pierwszego kontaktu/lekarz rodzinny
- |c| Jeden lekarz specjalista (np.: endokrynolog, pulmonolog, kardiolog, chirurg, lekarz ogólny)
- |d| Kilku lekarzy specjalistów dla różnych problemów zdrowotnych
- |e| Jeden lub więcej specjalistów zajmujących się problemami psychicznymi (np.: psychiatra, psycholog, specjalista zajmujący się uzależnieniami)
- |f| Pracownik socjalny
- |g| Pielęgniarka środowiskowa
- |h| Obecnie przebywam w szpitalu
- |i| Obecnie przebywam w szpitalu psychiatrycznym
- |j| Inne (proszę podać) \_\_\_\_\_

Wypełnia pracownik służby zdrowia zajmujący się Panią/Panem

Jeśli 15) a lub b lub f lub g, wynik dotyczący obecnej organizacji opieki = 0

Jeśli 15) c lub d lub e, wynik dotyczący obecnej organizacji opieki = 1

Jeśli 15) c lub d i e, wynik dotyczący obecnej organizacji opieki = 2

Jeśli 15) c lub d i e plus h lub i, wynik dotyczący obecnej organizacji opieki = 3



#### OBECNIE – KOORDYNACJA OPIEKI

### 16. W jakim stopniu Twoi lekarze i pracownicy służby zdrowia współpracują ze sobą?

- |a|<sup>0</sup> Nie otrzymuję opieki lub moja opieka jest zapewniana przez wyłącznie jednego lekarza
- |b|<sup>0</sup> Moi lekarze i **pracownicy służby zdrowia** dobrze ze sobą współpracują
- |c|<sup>1</sup> Moi lekarze i **pracownicy służby zdrowia** współpracują ze sobą, jednak czasami nie jest to wystarczające
- |d|<sup>2</sup> Moi lekarze i **pracownicy służby zdrowia** nie współpracują dobrze ze sobą, co powoduje problemy od czasu do czasu
- |e|<sup>3</sup> Moi lekarze i **pracownicy służby zdrowia** nie współpracują ze sobą

#### PROGNOZA - POWIKŁANIA I ZAGROŻENIE

### 17. Czy w najbliższych 6 miesiącach spodziewasz się zmiany w swoim zdrowiu fizycznym?

[Prosimy o próbę dokonania najdokładniejszego oszacowania]

- |a|<sup>0</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się, że moje zdrowie fizyczne pozostanie takie samo lub poprawi się
- |b|<sup>1</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się tylko nieznacznego pogorszenia mojego zdrowia fizycznego
- |c|<sup>2</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się pogorszenia mojego zdrowia fizycznego
- |d|<sup>3</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się znacznego pogorszenia mojego zdrowia fizycznego

#### PROGNOZA – ZAGROŻENIE DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

### 18. Czy w najbliższych 6 miesiącach spodziewasz się zmiany w swoim samopoczuciu psychicznym? [Prosimy o próbę dokonania najdokładniejszego oszacowania]

- |a|<sup>0</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się, że moje samopoczucie psychiczne pozostanie taki sam lub ulegnie poprawie
- |b|<sup>1</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się tylko nieznacznego pogorszenia mojego samopoczucia psychicznego
- |c|<sup>2</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się pogorszenia mojego samopoczucia psychicznego
- |d|<sup>3</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się znacznego pogorszenia mojego samopoczucia psychicznego

PROGNOZA - WRAŻLIWOŚĆ SPOŁECZNA

**19. Czy w ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewasz się, że będą potrzebne zmiany w sposobie, w jakim obecnie żyjesz?**

[Prosimy o próbę dokonania najdokładniejszego oszacowania]

- |a|<sup>0</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy nie ma potrzeby zmiany sposobu, w jakim obecnie żyję
- |b|<sup>1</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy mogę pozostać lub wrócić do moich obecnych warunków życia, ale potrzebuję opieki domowej
- |c|<sup>2</sup> W ciągu najbliższych 6 miesięcy będę potrzebować zmiany warunków życia
- |d|<sup>3</sup> Zmiana na inne warunki życia jest konieczna natychmiast

PROGNOZA – UTRUDNIENIA ZWIĄZANE Z SYSTEMEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

**20. Czy w ciągu najbliższych 6 miesięcy przewidujesz, że będziesz potrzebować większej pomocy i wsparcia?** [Prosimy o próbę dokonania najdokładniejszego oszacowania]

- |a|<sup>0</sup> Spodziewam się, że w ciągu najbliższych 6 miesięcy moja potrzeba opieki pozostanie na tym samym poziomie lub będzie mniejsza
- |b|<sup>1</sup> Spodziewam się, że w ciągu najbliższych 6 miesięcy wzrośnie moja potrzeba opieki
- |c|<sup>2</sup> Spodziewam się, że w ciągu najbliższych 6 miesięcy bardzo wzrośnie moja potrzeba opieki
- |d|<sup>3</sup> Spodziewam się, że w ciągu najbliższych 6 miesięcy bardzo wzrośnie moja potrzeba opieki i będą konieczne dodatkowe usługi

**Dziękujemy za współpracę**