



## EHIS-2

### EUROPEJSKIE ANKIETOWE BADANIE ZDROWIA KWESTIONARIUSZ INDYWIDUALNY DLA OSOBY DOROSŁEJ

Wywiad – dla osoby w wieku 15 lat i więcej

Symbol terytorialny

SYMBOL

Nr rejonu statystycznego i nr obwodu

REJON

Nr wylosowanego mieszkania w obwodzie

NRM

Nr gospodarstwa domowego w mieszkaniu

NRG

Nr osoby

NRO

Kto odpowiadał na pytania ankiety

KTO

Sam badany .....

Osoba zastępcza z tego gospodarstwa – wpisać numer osoby .....

Inna osoba zastępcza spoza gospodarstwa .....

Data przeprowadzenia wywiadu (dzień i miesiąc)

DATA

Nr wizyty

NRWIZYT

Teraz chciałbym/chciałabym porozmawiać o ogólnym stanie Pana/Pani zdrowia. Odpowiadając na pytania proszę nie brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych jak np. przeziębienie, grypa, złamanie czy wybicie palca.

## STAN ZDROWIA

**B1** Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?

B1

1. Bardzo dobrze .....
2. Dobrze .....
3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle .....
4. Źle .....
5. Bardzo źle .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1

2

3

4

5

9

**B2** Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwałe) 6 miesięcy lub dłużej?

B2

1. Tak .....
2. Nie .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1

2

9

**B3** Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy?

B3

1. Tak, poważnie ograniczoną .....
2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie .....
3. Nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1

2

3

9

**B4** Choroby lub dolegliwości

	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał(-ła) Pan/Pani którąś z następujących chorób lub dolegliwości?			Jeśli TAK, to czy choroba lub dolegliwość była stwierdzona przez lekarza?				
	1 – Tak	2 – Nie	9 – Nie wie lub odmowa		1 – Tak	2 – Nie	9 – Nie wie lub odmowa	
A. Astma (łącznie z astmą alergiczną) . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4A1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4A2
B. Przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekła zaporowa (obturacyjna) choroba płuc (POCHP), rozedma płuc. . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4B1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4B2
C. Zawał serca lub przewlekłe konsekwencje zawału serca . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4C1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4C2
D. Choroba wieńcowa (choroba niedokrwienności serca) lub dusznica bolesna . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4D1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4D2
E. Wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienie) . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4E1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4E2
F. Udar mózgu (wylew krwi do mózgu, zator mózgowy) lub przewlekłe konsekwencje udaru mózgu . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4F1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4F2
G. Choroba zwyrodnieniowa stawów (z wyłączeniem zapalenia stawów) . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4G1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4G2
H. Bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4H1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4H2
I. Bóle środkowej partii pleców . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4I1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4I2
J. Bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku) . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4J1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4J2
K. Cukrzyca . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4K1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4K2
L. Alergia, jak np. nieżyt nosa, gorączka sienna, zapalenie oka, zapalenie skóry, alergia pokarmowa lub inna (z wyłączeniem astmy alergiczej) . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4L1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4L2
M. Marskość wątroby . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4M1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4M2
N. Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4N1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4N2
O. Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4O1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4O2
P. Problemy z nerkami . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4P1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4P2
R. Silne bóle głowy (migrena). . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4R1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4R2
S. Depresja . . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4S1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4S2
T. Choroby tarczycy. . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4T1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4T2
U. <u>Tylko dla mężczyzn</u> - Choroby prostaty (przerost gruczołu krokowego). . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4U1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4U2
W. Inne choroby (nie wymienione powyżej). . . . .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4W1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	B4W2

ANKIETER: KARTA B2

**B5** Wypadki w ciągu ostatnich 12 miesięcy

*Należy wziąć również pod uwagę urazy powstałe wskutek zatrucia lub ugryzienia czy ukąszenia przez zwierzęta lub owady; natomiast nie należy uwzględniać urazów spowodowanych przez samookaleczenia i umyślnie działania innych osób (np. pobicie).*

**Rodzaje zdarzenia:**

- A. Wypadek drogowy (komunikacyjny) . . . . .
- B. Wypadek w domu lub w otoczeniu domu (np. ogród, garaż, ścieżka, podwórko) . . . . .
- C. Wypadek w czasie wolnym . . . . .
- D. Wypadek w pracy, w szkole, na uczelni . . . . .

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał(-ła) Pan/Pani wypadek, którego skutkiem był uraz?	Jeśli TAK, to czy w wyniku tego wypadku potrzebował(-ła) Pan/Pani opieki medycznej?																
1. Tak 2. Nie 9. Nie wie lub odmowa	1. Tak, zostałem(-łam) przyjęty(-ta) do szpitala lub innej placówki zdrowia i pozostałem(-łam) na noc 2. Tak, zostałem(-łam) przyjęty(-ta) do szpitala lub innej placówki zdrowia, ale nie pozostałem(-łam) na noc 3. Tak, od lekarza lub pielęgniarki 4. Nie było konieczności konsultacji lub interwencji 9. Nie wie lub odmowa																
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">B5A1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">B5B1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">B5C1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">B5D1</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	B5A1	<input type="checkbox"/>	B5B1	<input type="checkbox"/>	B5C1	<input type="checkbox"/>	B5D1	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">B5A2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">B5B2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">B5C2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">B5D2</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	B5A2	<input type="checkbox"/>	B5B2	<input type="checkbox"/>	B5C2	<input type="checkbox"/>	B5D2
<input type="checkbox"/>	B5A1																
<input type="checkbox"/>	B5B1																
<input type="checkbox"/>	B5C1																
<input type="checkbox"/>	B5D1																
<input type="checkbox"/>	B5A2																
<input type="checkbox"/>	B5B2																
<input type="checkbox"/>	B5C2																
<input type="checkbox"/>	B5D2																

PYTANIA B6-B7 TYLKO DLA OSÓB OBECNIE PRACUJĄCYCH – EHS 1 - PYT.15 =10 LUB PYT.16=1.

**B6** Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że nie pracował(-ła) Pan/Pani z powodu własnych problemów zdrowotnych? Proszę wziąć pod uwagę wszystkie choroby, urazy i inne problemy zdrowotne, które uniemożliwiły Panu/Pani wykonywanie pracy.

- 1. Tak . . . . .
- 2. Nie . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

B6

1	→	B7
2		→ B8
9		

999 – Nie wie lub odmowa B7

--	--	--

**B7** W ciągu ostatnich 12 miesięcy przez ile dni łącznie nie pracował(-ła) Pan/Pani z powodu własnych problemów zdrowotnych?

- 1. Wpisać łączną liczbę dni

*Chciałbym/chciałabym teraz zadać kilka dodatkowych pytań o Pana/Pani ogólne zdrowie fizyczne. Te pytania dotyczą Pana/Pani zdolności wykonywania różnych podstawowych czynności. Proszę nie brać pod uwagę problemów tymczasowych.*

ANKIETER: KARTA B3

**B8** Czy używa Pan/Pani okularów lub szkieł kontaktowych?

- 1. Tak . . . . .
- 2. Nie . . . . .
- 3. Jestem niewidomy(-ma) lub zupełnie nie widzę. . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

B8

1		→B9
2		
3		→B10
9		

**B9** Czy ma Pan/Pani trudności z widzeniem (nawet używając okularów lub szkieł kontaktowych)?

B9

- 1. Nie mam żadnych trudności . . . . .
- 2. Mam pewne trudności . . . . .
- 3. Mam duże trudności . . . . .
- 4. W ogóle nie widzę /nie jestem w stanie zobaczyć . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

1
2
3
4
9

**B10** Czy korzysta Pan/Pani z aparatu słuchowego (także implantu ślimakowego)?

B10

- 1. Tak . . . . .
- 2. Nie . . . . .
- 3. Jestem całkowicie głuchy(-cha) . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

1
2
3
9

→B11

→B13

**B11** Czy ma Pan/Pani trudności z usłyszeniem tego, co mówi się w rozmowie z inną osobą w cichym pomieszczeniu (nawet korzystając z aparatu słuchowego)?

B11

- 1. Nie mam żadnych trudności . . . . .
- 2. Mam pewne trudności . . . . .
- 3. Mam duże trudności . . . . .
- 4. W ogóle nie słyszę/Nie jestem w stanie usłyszeć . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

1
2
3
4
9

**B12** Czy ma Pan/Pani trudności z usłyszeniem tego, co mówi się w rozmowie z inną osobą w głośniejszym pomieszczeniu (nawet korzystając z aparatu słuchowego)?

B12

- 1. Nie mam żadnych trudności . . . . .
- 2. Mam pewne trudności . . . . .
- 3. Mam duże trudności . . . . .
- 4. W ogóle nie słyszę/Nie jestem w stanie usłyszeć . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

1
2
3
4
9

**B13** Czy ma Pan/Pani trudności z przejściem pół kilometra (500 m) po płaskim terenie (co stanowi przeciętną odległość między przystankami autobusowymi czy tramwajowymi w mieście) bez pomocy innych osób lub urządzeń (np. laski)?

B13

- 1. Nie mam żadnych trudności . . . . .
- 2. Mam pewne trudności . . . . .
- 3. Mam duże trudności . . . . .
- 4. W ogóle tego nie zrobię/Nie jestem w stanie tego zrobić . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

1
2
3
4
9

**B14** Czy ma Pan/Pani trudności z wejściem na górę i zejściem w dół po schodach na jedną kondygnację (np. z parteru na I piętro) bez pomocy innych osób lub urządzeń? (Poręcz schodów nie jest uważana za pomoc)

1. Nie mam żadnych trudności .....
2. Mam pewne trudności .....
3. Mam duże trudności .....
4. W ogóle tego nie zrobię/Nie jestem w stanie tego zrobić .....
9. Nie wie lub odmowa .....

JEŚLI OSOBA NIE MA TRUDNOŚCI W PORUSZANIU SIĘ (B13=1 i B14=1)  
PRZEJŚĆ DO PYTANIA B16

**B15** Czy przemieszczając się korzysta Pan/Pani z następujących urządzeń pomocniczych?

- A. Laska, kula, balkonik, itp. ....
- B. Wózek inwalidzki .....
- C. Specjalnie dostosowany samochód osobowy .....

B14

1

2

3

4

9

1 – Tak  
2 – Nie  
9 – Nie wie lub odmowa

B15A

B15B

B15C

#### PYTANIA OD B16 DO B23 ZADAJEMY TYLKO:

- OSOBOM W WIEKU 65 LAT I WIĘCEJ
- OSOBOM NIESPRAWNYM BIOLOGICZNIE (ODPOWIEDŹ 1 i 2 W PYTANIU B3).

W PRZYPADKU INNYCH OSÓB – PRZEJŚĆ DO PYTANIA B24

Chciałbym/chciałabym zapytać teraz Pana/Panią o pewne codzienne czynności związane z samoobsługą. Oto lista czynności. Proszę nie brać pod uwagę problemów tymczasowych.

ANKIETER: KARTA B4

**B16** Czy zwykle ma Pan/Pani trudności w wykonywaniu którejs z poniższych czynności bez pomocy osób lub urządzeń?

#### Rodzaje czynności:

- A. Jedzenie posiłków .....
- B. Kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła .....
- C. Ubieranie się i rozbieranie .....
- D. Korzystanie z toalety (WC) .....
- E. Kąpanie lub mycie się pod prysznicem .....

1 – Nie mam żadnych trudności  
2 – Mam pewne trudności  
3 – Mam duże trudności  
4 – W ogóle tego nie zrobię/Nie jestem w stanie tego zrobić  
9 – Nie wie lub odmowa

B16A

B16B

B16C

B16D

B16E

JEŚLI W POPRZEDNIM PYTANIU ZAZNACZONO PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ ODPOWIEDŹ 2, 3 LUB 4 - NALEŻY ZADAĆ PYTANIA OD B17 DO B19.

W INNYCH PRZYPADKACH PRZEJŚĆ DO PYTANIA B20

Proszę pomyśleć o wszystkich czynnościach związanych z samoobsługą, z których wykonaniem bez żadnej pomocy ma Pan/Pani trudność.

**B17** Czy zwykle korzysta Pan/Pani z pomocy innej osoby lub urządzeń przy wykonywaniu którejkolwiek z tych czynności?

1. Tak, przy co najmniej jednej czynności .....
2. Nie .....
9. Nie wie lub odmowa .....

B17

1

→ B18

2

→ B19

9

→ B20

**B18** Czy potrzebuje Pan/Pani więcej pomocy innej osoby lub urządzeń?

1. Tak, przy co najmniej jednej czynności .....
2. Nie .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B20
2	
9	

B18

**B19** Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy innej osoby lub urządzeń?

1. Tak, przy co najmniej jednej czynności .....
2. Nie .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1
2
9

B19

Chciałbym/chciałabym zapytać teraz Pana/Panią o pewne codzienne czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Oto lista czynności. Proszę nie brać pod uwagę problemów tymczasowych.

ANKIETER: KARTA B5

**B20** Czy zwykle ma Pan/Pani trudności w wykonywaniu którejs z poniższych czynności bez pomocy osób lub urządzeń?

**Rodzaje czynności domowych**

- A. Przygotowanie posiłków .....
- B. Korzystanie z telefonu domowego  
(wybranie numeru i rozmowa) .....
- C. Robienie zakupów  
(zrobienie zakupów i przyniesienie ich do domu) .....
- D. Stosowanie leków/lечения  
(np. przygotowanie porcji leków i wzięcie ich) .....
- E. Lekkie prace domowe (np. gotowanie, zmywanie, prasowanie) ...
- F. Okazjonalne ciężkie prace domowe  
(np. mycie okien lub podłóg, trzepanie dywanów) .....
- G. Dbanie o sprawy finansowe i codzienne sprawy administracyjne  
(np. płacenie rachunków, załatwianie spraw na poczcie,  
w urzędzie) .....

- 1 – Nie mam żadnych trudności  
2 – Mam pewne trudności  
3 – Mam duże trudności  
4 – W ogóle tego nie zrobię/Nie jestem w stanie tego zrobić  
5 – Nie dotyczy (nigdy nie próbowałem(-łam) tego zrobić lub nie potrzebuję tego robić)  
9 – Nie wie lub odmowa

<input type="checkbox"/>	B20A
<input type="checkbox"/>	B20B
<input type="checkbox"/>	B20C
<input type="checkbox"/>	B20D
<input type="checkbox"/>	B20E
<input type="checkbox"/>	B20F
<input type="checkbox"/>	B20G

JEŚLI W PYTANIU B20 ZAZNACZONO PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ ODPOWIEDŹ 2, 3 LUB 4 - NALEŻY ZADAĆ PONIŻSZE PYTANIA OD B21 DO B23.

W INNYCH PRZYPADKACH PRZEJŚĆ DO PYTANIA B24

Proszę pomyśleć o wszystkich czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, z których wykonaniem bez żadnej pomocy ma Pan/Pani trudność.

**B21** Czy zwykle korzysta Pan/Pani z pomocy innej osoby lub urządzeń przy wykonywaniu którejkolwiek z tych czynności?

1. Tak, przy co najmniej jednej czynności .....
2. Nie .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B22
2	→ B23
9	→ B24

B21

**B22** Czy potrzebuje Pan/Pani więcej pomocy innej osoby lub urządzeń?

B22

- 1. Tak, przy co najmniej jednej czynności .....
- 2. Nie .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B24
2	
9	

**B23** Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy innej osoby lub urządzeń?

B23

- 1. Tak, przy co najmniej jednej czynności .....
- 2. Nie .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1
2
9

**B24** Czy posiada Pan/Pani aktualne orzeczenie ustalające niepełnosprawność, niezdolność do pracy lub inwalidztwo wydane przez Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych? (W przypadku posiadania dwóch orzeczeń, należy zaznaczyć odpowiedź dot. orzeczenia najnowszego)

B24

- 1. Nie .....
- 2. Tak, posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o I grupie inwalidztwa .....
- 3. Tak, posiadam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy lub o II grupie inwalidztwa .....
- 4. Tak, posiadam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności lub o częściowej niezdolności do pracy lub o celowości przekwalifikowania zawodowego lub o III grupie inwalidztwa .....
- 5. Tak, posiadam orzeczenie o niepełnosprawności - dotyczy tylko osób w wieku 15 lat .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B25
2	→ B26
3	
4	
5	→ B27
9	

**B25** Czy posiada Pan/Pani aktualne orzeczenie ustalające niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym lub inwalidztwo - wydane przed 1 stycznia 1998 r. przez Komisję: Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub MON lub MSWiA?

B25

- 1. Nie .....
- 2. Tak, posiadam orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym z uprawnieniami do zasiłku pielęgnacyjnego lub o I grupie inwalidztwa .....
- 3. Tak, posiadam orzeczenie o II grupie inwalidztwa .....
- 4. Tak, posiadam orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym bez uprawnień do zasiłku pielęgnacyjnego lub o III grupie inwalidztwa .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ PATRZ B3, jeśli =3 lub 9 to B27, w innych przypadkach B26
2	→ B26
3	
4	
9	→ B27



**B26** Wcześniejsze odpowiedzi wskazują, że ma Pan/Pani pewne ograniczenia dot. sprawności czy zdolności do pracy – a zatem czy występują obecnie u Pana/Pani następujące grupy schorzeń?

- |   |                          |      |
|---|--------------------------|------|
| A. Uszkodzenia i choroby narządu ruchu .....  | <input type="checkbox"/> | B26A |
| B. Uszkodzenia i choroby narządu wzroku ..... | <input type="checkbox"/> | B26B |
| C. Uszkodzenia i choroby narządu słuchu ..... | <input type="checkbox"/> | B26C |
| D. Schorzenia układu krążenia .....           | <input type="checkbox"/> | B26D |
| E. Schorzenia neurologiczne .....             | <input type="checkbox"/> | B26E |
| F. Schorzenia psychiczne .....                | <input type="checkbox"/> | B26F |
| G. Upośledzenie umysłowe .....                | <input type="checkbox"/> | B26G |
| H. Inne schorzenia .....                      | <input type="checkbox"/> | B26H |

1 – Tak  
2 – Nie  
9 – Nie wie lub odmowa

*Kolejne pytania dotyczą każdego fizycznego bólu, jaki odczuwał(-ła) Pan/Pani w ciągu ostatnich 4 tygodni.*

**B27** Jak duży ból fizyczny odczuwał(-ła) Pan/Pani w ciągu ostatnich 4 tygodni?

- |  |                          |       |
|--|--------------------------|-------|
| 1. Nie odczuwałem(-łam) żadnego bólu ..... | <input type="checkbox"/> | → B29 |
| 2. Bardzo łagodny .....                    | <input type="checkbox"/> |       |
| 3. Łagodny .....                           | <input type="checkbox"/> |       |
| 4. Średni .....                            | <input type="checkbox"/> |       |
| 5. Silny .....                             | <input type="checkbox"/> |       |
| 6. Bardzo silny .....                      | <input type="checkbox"/> |       |
| 9. Nie wie lub odmowa .....                | <input type="checkbox"/> |       |

B27

**B28** W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak bardzo ból przeszkadzał Panu/Pani w normalnej pracy (tj. w zwykłych obowiązkach codziennych, np. praca zawodowa, nauka, prace domowe)?

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. W ogóle nie przeszkadzał ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. Trochę .....                   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Średnio .....                  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dość mocno .....               | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bardzo mocno .....             | <input type="checkbox"/> |
| 9. Nie wie lub odmowa .....       | <input type="checkbox"/> |

B28

Następne pytania dotyczą tego, jak się Pan/Pani czuł(-ła) i jak się Pan/Pani miewał(-ła) w ciągu ostatnich 2 tygodni. Dla każdego pytania proszę podać odpowiedź, która jest najbliższa Pana/Pani samopoczuciu.

ANKIETER: KARTA B8

**B29** W ciągu ostatnich 2 tygodni, jak często dokuczały Panu/Pani następujące problemy?

- A. Niewielkie zainteresowanie wykonywanymi czynnościami lub odczuwanie niewielkiej przyjemności z ich wykonywania . . . . .
- B. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności . . . . .
- C. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen . . . . .
- D. Uczucie zmęczenia lub brak energii . . . . .
- E. Brak apetytu lub przejadanie się . . . . .
- F. Poczucie niezadowolenia z siebie – lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę . . . . .
- G. Problemy ze skupieniem się (np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji) . . . . .
- H. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć. Albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle . . . . .

- 1 – Wcale nie dokuczały
- 2 – Przez kilka dni
- 3 – Przez ponad połowę dni
- 4 – Prawie każdego
- 9 – Nie wie lub odmowa

<input type="checkbox"/>	B29A
<input type="checkbox"/>	B29B
<input type="checkbox"/>	B29C
<input type="checkbox"/>	B29D
<input type="checkbox"/>	B29E
<input type="checkbox"/>	B29F
<input type="checkbox"/>	B29G
<input type="checkbox"/>	B29H

**OPIEKA ZDROWOTNA**

Określenie jako pacjent(-tka), oznacza osobiste korzystanie z opieki zdrowotnej przez respondenta, a nie jako osoba towarzysząca dziecku, współmałżonkowi, rodzicom itp.

Kolejny blok pytań dotyczy czasu spędzonego w szpitalu.

Należy uwzględnić wszystkie rodzaje szpitali.

Odpowiadając na pyt. B30–B33 nie należy ujmować pobytu związanego z porodem.

**B30** Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(-ła) Pan/Pani w szpitalu jako pacjent(-tka) całodobowy(-wa), czyli przez 1 noc lub dłużej?

- 1. Tak . . . . .
- 2. Nie . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

<input type="checkbox"/>	→ B31
<input type="checkbox"/>	→ B32
<input type="checkbox"/>	

B30

**B31** Ile nocy łącznie spędził(-ła) Pan/Pani w szpitalu jako pacjent(-tka)?  
Nie wliczać pobytów niezakończonych

1. Liczba nocy

--	--	--

999 – Nie wie lub odmowa

B31

**B32** Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(-ła) Pan/Pani przyjęty(-ta) do szpitala jako pacjent(-tka) dzienny(-na), czyli bez konieczności pozostania na noc?

- 1. Tak . . . . .
- 2. Nie . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

<input type="checkbox"/>	→ B33
<input type="checkbox"/>	→ B34
<input type="checkbox"/>	

B32

**B33** Ile razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(-ła) Pan/Pani przyjęty(-ta) do szpitala jako pacjent(-tka) dzienny(-na)?

1. Liczba przyjęć

--	--	--

999 – Nie wie lub odmowa

B33

Następne pytanie dotyczy wizyt u dentystów lub ortodontów.

**B34** Kiedy ostatnio był(-ła) Pan/Pani u dentysty lub ortodonta jako pacjent(-tka)?

- 1. Mniej niż 6 miesięcy temu .....
- 2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu .....
- 3. 12 miesięcy temu lub dawniej .....
- 4. Nigdy .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

B34
<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 9

Następny zestaw pytań dotyczy konsultacji z Pan/Pani lekarzem ogólnym (lekarzem POZ) lub rodzinnym. Proszę ująć zarówno wizyty w miejscu praktyki Pana/Pani lekarza, jak i wizyty domowe i konsultacje telefoniczne.

**B35** Kiedy ostatnio konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem ogólnym (lekarzem POZ) lub lekarzem rodzinnym jako pacjent(-tka)?

- 1. Mniej niż 6 miesięcy temu .....
- 2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu .....
- 3. 12 miesięcy temu lub dawniej .....
- 4. Nigdy .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

B35		
<input type="checkbox"/> 1	→ B36	
<input type="checkbox"/> 2		
<input type="checkbox"/> 3		→ B37
<input type="checkbox"/> 4		
<input type="checkbox"/> 9		
99 – Nie wie lub odmowa		
B36		
<input type="text"/>   <input type="text"/>		

**B36** Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem ogólnym (lekarzem POZ) lub lekarzem rodzinnym jako pacjent(-tka)?

1. Ile razy (jeżeli ani razu - wpisać 0)

Kolejne pytania dotyczą konsultacji z lekarzami specjalistami (np. kardiolog, chirurg, diabetolog). Obejmują tylko wizyty ambulatoryjne u lekarzy lub na oddziałach ratunkowych, ale nie obejmują kontaktów podczas pobytu w szpitalu jako pacjent(-tka) całodobowy(-wa) lub pacjent(-tka) dzienny(-na). Proszę ująć zarówno wizyty w miejscu praktyki Pana/Pani lekarza, jak i wizyty domowe i konsultacje telefoniczne.

**B37** Kiedy ostatnio konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem specjalistą jako pacjent(-tka)?

- 1. Mniej niż 6 miesięcy temu .....
- 2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu .....
- 3. 12 miesięcy temu lub dawniej .....
- 4. Nigdy .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

B37		
<input type="checkbox"/> 1	→ B38	
<input type="checkbox"/> 2		
<input type="checkbox"/> 3		→ B39
<input type="checkbox"/> 4		
<input type="checkbox"/> 9		
99 – Nie wie lub odmowa		
B38		
<input type="text"/>   <input type="text"/>		
1 – Tak		
2 – Nie		
9 – Nie wie lub odmowa		
<input type="checkbox"/>	B39A	
<input type="checkbox"/>	B39B	

**B38** Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem specjalistą jako pacjent(-tka)?

1. Ile razy (jeżeli ani razu - wpisać 0)

**B39** Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(-ła) Pan/Pani jako pacjent(-tka) u:

- A. Fizjoterapeuty lub kinezyterapeuty .....
- B. Psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry .....

Następne pytanie dotyczy usług opieki domowej, które obejmują szeroki zakres usług zdrowotnych i socjalnych świadczonych osobom z problemami zdrowotnymi w ich domach. Usługi te obejmują na przykład opiekę domową świadczoną przez pielęgniarkę lub położną, pomoc przy pracach domowych lub dla starszych osób, dostarczanie posiłków do domu lub usługi transportowe. **Należy uwzględnić tylko usługi świadczone przez pracowników ochrony zdrowia lub pracowników socjalnych.**

**B40** Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy osobiście korzystał(-ła) lub otrzymał(-ła) Pan/Pani jakieś usługi opieki domowej?

- 1. Tak .....
- 2. Nie .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

B40			
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 30px; height: 30px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 30px; height: 30px; text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="width: 30px; height: 30px; text-align: center;">9</td></tr> </table>	1	2	9
1			
2			
9			

Chciałbym/chciałabym teraz zapytać Pana/Panią o stosowanie leków w ciągu ostatnich 2 tygodni. Odpowiadając na pytania dotyczące stosowania leków nie należy brać pod uwagę pigułek antykoncepcyjnych lub hormonów stosowanych wyłącznie do antykoncepcji.

**B41** Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni stosował(-ła) Pan/Pani jakieś leki, które przepisał Panu/Pani lekarz na receptę?

- 1. Tak .....
- 2. Nie .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

B41																																																												
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 30px; height: 30px; text-align: center;">1</td><td style="padding-left: 10px;">→ B42</td></tr> <tr><td style="width: 30px; height: 30px; text-align: center;">2</td><td style="padding-left: 10px;">→ B43</td></tr> <tr><td style="width: 30px; height: 30px; text-align: center;">9</td><td></td></tr> </table>	1	→ B42	2	→ B43	9																																																							
1	→ B42																																																											
2	→ B43																																																											
9																																																												
<p>1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa</p>																																																												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 60%; padding-bottom: 5px;">A. Na astmę .....</td><td style="width: 5%; text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 35%; padding-bottom: 5px;">B42A</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">B. Na przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekłą zaporową chorobę płuc, rozedmę płuc .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42B</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">C. Na wysokie ciśnienie krwi .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42C</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">D. Obniżające poziom cholesterolu we krwi .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42D</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">E. Na inną chorobę sercowo-naczyniową, np. udar i zawał serca ..</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42E</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">F. Na bóle stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenie stawów) .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42F</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">G. Na bóle szyi lub pleców .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42G</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">H. Na bóle głowy lub migrenę .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42H</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">I. Na inne bóle .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42I</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">J. Na cukrzycę .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42J</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">K. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42K</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">L. Na problemy żołądkowe .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42L</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">M. Na depresję .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42M</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">N. Na napięcie emocjonalne lub lęk .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42N</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">O. Tabletki nasenne .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42O</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">P. Antybiotyki (np. penicylina czy augmentin) .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42P</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">R. Hormonalne na tarczycę .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42R</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">S. Tylko dla mężczyzn w wieku 40 lat lub starszych - Na prostatę</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42S</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">T. Tylko dla kobiet w wieku 45 lat lub starszych - Hormonalne na menopauzę .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42T</td></tr> <tr><td style="padding-bottom: 5px;">U. Inne leki przepisane przez lekarza .....</td><td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding-bottom: 5px;">B42U</td></tr> </table>	A. Na astmę .....	<input type="checkbox"/>	B42A	B. Na przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekłą zaporową chorobę płuc, rozedmę płuc .....	<input type="checkbox"/>	B42B	C. Na wysokie ciśnienie krwi .....	<input type="checkbox"/>	B42C	D. Obniżające poziom cholesterolu we krwi .....	<input type="checkbox"/>	B42D	E. Na inną chorobę sercowo-naczyniową, np. udar i zawał serca ..	<input type="checkbox"/>	B42E	F. Na bóle stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenie stawów) .....	<input type="checkbox"/>	B42F	G. Na bóle szyi lub pleców .....	<input type="checkbox"/>	B42G	H. Na bóle głowy lub migrenę .....	<input type="checkbox"/>	B42H	I. Na inne bóle .....	<input type="checkbox"/>	B42I	J. Na cukrzycę .....	<input type="checkbox"/>	B42J	K. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny	<input type="checkbox"/>	B42K	L. Na problemy żołądkowe .....	<input type="checkbox"/>	B42L	M. Na depresję .....	<input type="checkbox"/>	B42M	N. Na napięcie emocjonalne lub lęk .....	<input type="checkbox"/>	B42N	O. Tabletki nasenne .....	<input type="checkbox"/>	B42O	P. Antybiotyki (np. penicylina czy augmentin) .....	<input type="checkbox"/>	B42P	R. Hormonalne na tarczycę .....	<input type="checkbox"/>	B42R	S. Tylko dla mężczyzn w wieku 40 lat lub starszych - Na prostatę	<input type="checkbox"/>	B42S	T. Tylko dla kobiet w wieku 45 lat lub starszych - Hormonalne na menopauzę .....	<input type="checkbox"/>	B42T	U. Inne leki przepisane przez lekarza .....	<input type="checkbox"/>	B42U
A. Na astmę .....	<input type="checkbox"/>	B42A																																																										
B. Na przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekłą zaporową chorobę płuc, rozedmę płuc .....	<input type="checkbox"/>	B42B																																																										
C. Na wysokie ciśnienie krwi .....	<input type="checkbox"/>	B42C																																																										
D. Obniżające poziom cholesterolu we krwi .....	<input type="checkbox"/>	B42D																																																										
E. Na inną chorobę sercowo-naczyniową, np. udar i zawał serca ..	<input type="checkbox"/>	B42E																																																										
F. Na bóle stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenie stawów) .....	<input type="checkbox"/>	B42F																																																										
G. Na bóle szyi lub pleców .....	<input type="checkbox"/>	B42G																																																										
H. Na bóle głowy lub migrenę .....	<input type="checkbox"/>	B42H																																																										
I. Na inne bóle .....	<input type="checkbox"/>	B42I																																																										
J. Na cukrzycę .....	<input type="checkbox"/>	B42J																																																										
K. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny	<input type="checkbox"/>	B42K																																																										
L. Na problemy żołądkowe .....	<input type="checkbox"/>	B42L																																																										
M. Na depresję .....	<input type="checkbox"/>	B42M																																																										
N. Na napięcie emocjonalne lub lęk .....	<input type="checkbox"/>	B42N																																																										
O. Tabletki nasenne .....	<input type="checkbox"/>	B42O																																																										
P. Antybiotyki (np. penicylina czy augmentin) .....	<input type="checkbox"/>	B42P																																																										
R. Hormonalne na tarczycę .....	<input type="checkbox"/>	B42R																																																										
S. Tylko dla mężczyzn w wieku 40 lat lub starszych - Na prostatę	<input type="checkbox"/>	B42S																																																										
T. Tylko dla kobiet w wieku 45 lat lub starszych - Hormonalne na menopauzę .....	<input type="checkbox"/>	B42T																																																										
U. Inne leki przepisane przez lekarza .....	<input type="checkbox"/>	B42U																																																										

ANKIETER: KARTA B9

**B42** Czy były to następujące leki?

Rodzaje leków:

- A. Na astmę .....
- B. Na przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekłą zaporową chorobę płuc, rozedmę płuc .....
- C. Na wysokie ciśnienie krwi .....
- D. Obniżające poziom cholesterolu we krwi .....
- E. Na inną chorobę sercowo-naczyniową, np. udar i zawał serca ..
- F. Na bóle stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenie stawów) .....
- G. Na bóle szyi lub pleców .....
- H. Na bóle głowy lub migrenę .....
- I. Na inne bóle .....
- J. Na cukrzycę .....
- K. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny
- L. Na problemy żołądkowe .....
- M. Na depresję .....
- N. Na napięcie emocjonalne lub lęk .....
- O. Tabletki nasenne .....
- P. Antybiotyki (np. penicylina czy augmentin) .....
- R. Hormonalne na tarczycę .....
- S. Tylko dla mężczyzn w wieku 40 lat lub starszych - Na prostatę
- T. Tylko dla kobiet w wieku 45 lat lub starszych - Hormonalne na menopauzę .....
- U. Inne leki przepisane przez lekarza .....

**B43** Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni stosował(-ła) Pan/Pani jakieś leki, które nie były przepisane na receptę przez lekarza?

1. Tak .....  
2. Nie .....  
9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B44
2	→ B45
9	

B43

ANKIETER: KARTA B10

**B44** Czy były to następujące leki?

Rodzaje leków:

- A. Na bóle stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenie stawów) .....  
B. Na bóle głowy lub migrenę .....  
C. Na inne bóle .....  
D. Na przeziębienie, grypę lub ból gardła .....  
E. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny) .....  
F. Na problemy żołądkowe .....  
G. Witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające .....  
H. Inne leki lub suplementy diety .....

1 – Tak  
2 – Nie  
9 – Nie wie lub odmowa

<input type="checkbox"/>	B44A
<input type="checkbox"/>	B44B
<input type="checkbox"/>	B44C
<input type="checkbox"/>	B44D
<input type="checkbox"/>	B44E
<input type="checkbox"/>	B44F
<input type="checkbox"/>	B44G
<input type="checkbox"/>	B44H

Teraz chcę spytać o szczepienia przeciwko grypie.

**B45** Czy kiedykolwiek był(-ła) Pan/Pani szczepiona przeciwko grypie?

1. Tak .....  
2. Nie .....  
9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B46
2	→ B48
9	

B45

**B46** Jeśli tak, to czy szczepił(-ła) się Pan/Pani w 2014 lub 2013 r.?

1. Tak .....  
2. Nie, szczepiłem(-łam) się w roku 2012 lub dawniej .....  
9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B47
2	→ B48
9	

B46

**B47** Proszę podać, w którym miesiącu szczepił(-ła) się Pan/Pani, odrębnie dla 2013 i 2014 roku?

- A. W 2014 r. szczepiłem(-łam) się w miesiącu .....  
B. W 2013 r. szczepiłem(-łam) się w miesiącu .....

99 – Nie wie lub odmowa

<input type="text"/>	B47A
<input type="text"/>	B47B

**B48** Czy był(-ła) Pan/Pani kiedykolwiek szczepiony(-na) przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typ B (wzw B)?

1. Tak .....  
2. Nie .....  
9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B49
2	→ B50
9	

B48

**B49** Jeśli TAK, to kiedy ostatnio?

99 – Nie wie lub odmowa B49

1. Podać ile lat temu (jeżeli w ciągu ostatniego roku – wpisać 0) . . . . .

--	--

Chcę teraz zapytać o pomiar Pana/Pani ciśnienia krwi, cholesterolu we krwi i cukru we krwi (glukoza we krwi).

ANKIETER: KARTA B11

**B50** Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani mierzone ciśnienie krwi przez pracownika ochrony zdrowia?

B50

- 1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy . . . . .
- 2. Od 1 roku do 3 lat temu . . . . .
- 3. Od 3 lat do 5 lat temu . . . . .
- 4. 5 lat temu lub więcej . . . . .
- 5. Nigdy . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

1
2
3
4
5
9

**B51** Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani mierzony poziom cholesterolu we krwi przez pracownika ochrony zdrowia?

B51

- 1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy . . . . .
- 2. Od 1 roku do 3 lat temu . . . . .
- 3. Od 3 lat do 5 lat temu . . . . .
- 4. 5 lat temu lub więcej . . . . .
- 5. Nigdy . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

1
2
3
4
5
9

**B52** Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani mierzony poziom cukru we krwi przez pracownika ochrony zdrowia?

B52

- 1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy . . . . .
- 2. Od 1 roku do 3 lat temu . . . . .
- 3. Od 3 lat do 5 lat temu . . . . .
- 4. 5 lat temu lub więcej . . . . .
- 5. Nigdy . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

1
2
3
4
5
9

Następne pytania dotyczą badania na obecność krwi utajonej w kale i kolonoskopii.

**B53** Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani wykonane badanie na krew utajoną w kale?

B53

- 1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy . . . . .
- 2. Od 1 roku do 2 lat temu . . . . .
- 3. Od 2 lat do 3 lat temu . . . . .
- 4. 3 lata temu lub więcej . . . . .
- 5. Nigdy . . . . .
- 9. Nie wie lub odmowa . . . . .

1
2
3
4
5
9

**B54** Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani wykonaną kolonoskopię?

B54

- 1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy .....
- 2. Od 1 roku do 2 lat temu .....
- 3. Od 2 lat do 3 lat temu .....
- 4. 3 lata temu lub więcej .....
- 5. Nigdy .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1
2
3
4
5
9

JEŚLI ODPOWIADA MEŹCZYŻNA PRZEJŚĆ DO PYT. B60  
PYTANIA B55–B59 TYLKO DLA KOBIET

Zadam teraz Pani kilka pytań o mammografię i badanie cytologiczne (wymazu z szyjki macicy).

**B55** Kiedy ostatnio miała Pani wykonaną mammografię (prześwietlenie rentgenowskie piersi)?

B55

- 1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy .....
- 2. Od 1 roku do 2 lat temu .....
- 3. Od 2 lat do 3 lat temu .....
- 4. 3 lata temu lub więcej .....
- 5. Nigdy .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1
2
3
4
5
9

→ B56

→ B57

**B56** Jaki był główny powód wykonania ostatniej mammografii?

B56

- 1. Zalecenie mojego lekarza .....
- 2. Przypadki raka piersi w mojej rodzinie .....
- 3. Zaproszenie w ramach ogólnokrajowego lub lokalnego programu badań profilaktycznych .....
- 4. Sama dbam o swoje zdrowie i wykonuję badanie regularnie .....
- 5. Inne powody .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1
2
3
4
5
9

**B57** Kiedy ostatnio miała Pani wykonane badanie cytologiczne (wymazu z szyjki macicy)?

B57

- 1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy .....
- 2. Od 1 roku do 2 lat temu .....
- 3. Od 2 lat do 3 lat temu .....
- 4. 3 lata temu lub więcej .....
- 5. Nigdy .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1
2
3
4
5
9

→ B58

→ B60

**B58** Jaki był główny powód wykonania ostatniej cytologii?

B58

- 1. Zalecenie mojego lekarza .....
- 2. Przypadki raka szyjki macicy w mojej rodzinie .....
- 3. Zaproszenie w ramach ogólnokrajowego lub lokalnego programu badań profilaktycznych .....
- 4. Sama dbam o swoje zdrowie i wykonuję badanie regularnie .....
- 5. Inne powody .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1

2

3

4

5

9

PYTANIE B59 TYLKO DLA KOBIET W WIEKU 15–49 LAT

ANKIETER: KARTA B12

**B59** Jakie metody regulacji urodzeń stosuje obecnie Pani lub partner?  
(można podać wiele odpowiedzi)

B59

- 1. Nie dotyczy .....
- 2. Nie stosujemy żadnych metod .....
- 3. Mierzenie temperatury lub/i obserwacja śluzu szyjkowego .....
- 4. Kalendarzyk małżeński .....
- 5. Stosunek przerywany .....
- 6. Prezerwatywa .....
- 7. Pigułka antykoncepcyjna lub inne środki hormonalne (np. plastry, zastrzyki) .....
- 8. Spirala .....
- 9. Środki chemiczne i inne mechaniczne .....
- 10. Inne .....
- 11. Nie wie lub odmowa .....

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

99

PYTANIE B60 TYLKO DLA MĘŻCZYŹN W WIEKU 40 LAT I STARSZYCH  
Zapytam Pana teraz o badania prostaty

**B60** Kiedy ostatnio miał Pan badanie lekarskie prostaty?  
(np. per rectum, USG czy tomografia)?

B60

- 1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy .....
- 2. Od 1 roku do 2 lat temu .....
- 3. Od 2 lat do 3 lat temu .....
- 4. 3 lata temu lub więcej .....
- 5. Nigdy .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1

2

3

4

5

9



Istnieje wiele powodów, z których ludzie doświadczają opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej lub nie uzyskują go w ogóle.

**B61** Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył(-ła) Pan/Pani opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę?

B61

1. Tak .....
2. Nie .....
3. Nie potrzebowałem(-łam) opieki zdrowotnej .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1

2

3

9

**B62** Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył(-ła) Pan/Pani opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu odległości lub problemów z transportem?

B62

1. Tak .....
2. Nie .....
3. Nie potrzebowałem(-łam) opieki zdrowotnej .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1

2

3

9

**B63** Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że nie stać było Pana/Panią, na następujący rodzaj opieki zdrowotnej pomimo potrzeby?

- 1 – Tak  
2 – Nie  
3 – Nie potrzebowałem (-łam) tego rodzaju opieki zdrowotnej  
9 – Nie wie lub odmowa

- A. Opieka medyczna (sprawowana przez lekarza) .....
- B. Opieka dentystyczna .....
- C. Leki przepisane na receptę .....
- D. Opieka nad zdrowiem psychicznym (np. psychologa lub psychiatry) .....

B63A

B63B

B63C

B63D

## DETERMINANTY ZDROWIA

Teraz mam zamiar zapytać o Pana/Pani wzrost i wagę.

**B64** Ile Pan/Pani ma wzrostu (bez butów)?

999 – Nie wie lub odmowa

B64

1. W centymetrach

**B65** Ile Pan/Pani waży (bez ubrania i butów)?

999 – Nie wie lub odmowa

B65

1. W kilogramach

W dalszej kolejności mam zamiar zapytać o czas, który Pana/Pani spędza wykonując różne rodzaje aktywności fizycznej, czyli różne czynności związane z wysiłkiem fizycznym w typowym tygodniu. Proszę odpowiedzieć na te pytania, nawet jeśli nie uważa się Pan/Pani za osobę aktywną fizycznie.

Proszę teraz pomyśleć o aktywności fizycznej związanej z **PRACĄ**, która jest Pana/Pani **głównym** zajęciem wykonywanym w życiu codziennym.

Określenie **PRACA** nie odnosi się tylko do pracy zawodowej, ale obejmuje każdy rodzaj płatnych i nieodpłatnych czynności i obowiązków, które Pan/Pani **głównie** wykonuje w życiu codziennym, czyli:

- dla osób pracujących zawodowo wykonywanie obowiązków zawodowych
- dla osób niepracujących i emerytów prowadzenie domu, wykonywanie prac domowych, opieka nad dziećmi i innymi członkami rodziny
- dla uczniów i studentów zadania wykonywane w ramach programu nauki
- dla osób bezrobotnych prace podczas poszukiwania pracy i obowiązki domowe.

ANKIETER: KARTA B13

**B66** Które z poniższych określeń najlepiej opisuje to co Pan/Pani robi, podczas gdy wykonuje Pan/Pani swoją **GŁÓWNA PRACĘ**? Czy można powiedzieć, że Pana/Pani praca jest:

1. Głównie siedząca lub stojąca .....
2. Głównie chodząca lub wymagająca umiarkowanego wysiłku fizycznego .....
3. Głównie ciężka lub wymagająca znacznego wysiłku fizycznego ...
4. Nie wykonuję żadnej pracy .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1
2
3
4
9

B66

Teraz chcę zapytać, w jaki sposób **w sezonie jesiennym** dociera Pan/Pani do różnych miejsc i wraca, np. do pracy, szkoły, na zakupy lub na targ.

**Określenie zwykły tydzień** to okres 7 kolejnych dni podczas których wykonuje się zwykle codzienne czynności zawodowe, domowe i inne typowe dla każdego dnia tygodnia (np. praca zawodowa od poniedziałku do piątku, a w weekend – odpoczynek).

Nie należy uważać za typowy tydzień sytuacji, gdy w tygodniu przypada dodatkowy dzień świąteczny, ktoś jest na urlopie lub jest chory i leży w łóżku itp.

**B67** W zwykłym tygodniu, przez ile dni tygodnia **CHODZI** Pan/Pani zwykle co najmniej 10 minut bez przerwy, aby dotrzeć do różnych miejsc lub z nich powrócić? (*nie ujmować chodzenia czy spacerowania dla przyjemności i rekreacji w czasie wolnym*).

1. Liczba dni .....
2. Nigdy nie wykonuję takiej aktywności fizycznej .....
9. Nie wie lub odmowa .....

	→ B68
0	→ B69
9	

B67

ANKIETER: KARTA B14

**B68** Jak długo zwykle chodzi Pan/Pani, aby dotrzeć do różnych miejsc i/lub z nich powrócić w przeciętnym dniu?

1. Od 10 minut do pół godziny dziennie (10–29 minut) .....
2. Od pół godziny do 1 godziny dziennie (30–59 minut) .....
3. Od 1 godziny do 2 godzin dziennie (60–119 minut) .....
4. Od 2 godzin do 3 godzin dziennie (120–179 minut) .....
5. 3 godziny i więcej dziennie (180 minut lub więcej) .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1
2
3
4
5
9

B68

**B69** W zwykłym tygodniu, przez ile dni tygodnia DOJEŹDŹA PAN/PANI ZWYKLE NA ROWERZE co najmniej 10 minut bez przerwy, aby dotrzeć do różnych miejsc i/lub z nich powrócić? (nie ujmować rekreacyjnej jazdy na rowerze, np. w czasie wolnym).

B69

- 1. Liczba dni .....
- 2. Nigdy nie wykonuję takiej aktywności fizycznej .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

	→ B70
0	→ B71
9	

**B70** Jak długo jeździ Pan/Pani zwykle na rowerze, aby dotrzeć do różnych miejsc i/lub z nich powrócić w przeciętnym dniu?

B70

- 1. Od 10 minut do pół godziny dziennie (10–29 minut) .....
- 2. Od pół godziny do 1 godziny dziennie (30–59 minut) .....
- 3. Od 1 godziny do 2 godzin dziennie (60–119 minut) .....
- 4. Od 2 godzin do 3 godzin dziennie (120–179 minut) .....
- 5. 3 godziny i więcej dziennie (180 minut lub więcej) .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1
2
3
4
5
9

Następne pytania WYKLUCZAJĄ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ ZWIĄZANĄ Z PRACĄ I AKTYWNOŚĆ ZWIĄZANĄ Z PRZEMIESZCZANIEM SIĘ, o których już wspomniano.

Teraz zapytam Pana/Panią o SPORTY, FITNESS I REKREACYJNĄ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ W CZASIE WOLNYM, wykonywane w sezonie jesiennym, które powodują CO NAJMNIJ przyspieszony oddech lub tętno (np. szybki marsz, gry w piłkę, jogging, kolarstwo, pływanie, ćwiczenia na siłowni).

ANKIETER: KARTA B15

**B71** W zwykłym tygodniu, przez ile dni uprawia Pan/Pani sporty, fitness, inną rekreacyjną aktywność fizyczną lub ćwiczy na siłowni przez co najmniej 10 minut bez przerwy?

B71

- 1. Liczba dni .....
- 2. Nigdy nie wykonuję takiej aktywności fizycznej .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

	→ B72
0	→ B74
9	

**B72** Ile czasu łącznie spędza Pan/Pani na uprawianiu sportów, fitnessu, rekreacyjnej aktywności fizycznej lub na siłowni w czasie wolnym w zwykłym tygodniu?

9999 – Nie wie lub odmowa

B72

1. Ile godzin i ile minut  
(jeśli mniej niż 1 godzina wpisz 0)

--	--	--	--	--

ANKIETER: KARTA B16

**B73** W typowym tygodniu, przez ile dni wykonuje Pan/Pani ćwiczenia fizyczne na siłowni, tj. ćwiczenia specjalnie opracowane dla WZMOCNIENIA mięśni, np. oporowe lub siłowe? Proszę uwzględnić wszystkie takie ćwiczenia, nawet jeśli wcześniej Pan/Pani o nich wspomniał(-ła).

B73

- 1. Liczba dni .....
- 2. Nigdy nie wykonuję takiej aktywności fizycznej .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

0
9

Następne pytania dotyczą konsumpcji owoców i warzyw w zwykłym tygodniu, w sezonie jesiennym.

**B74** Jak często jada Pan/Pani owoce, z wyjątkiem soków z koncentratu?

B74

- 1. 1 raz dziennie lub częściej .....
- 2. 4-6 razy w tygodniu .....
- 3. 1-3 razy w tygodniu .....
- 4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu .....
- 5. Nigdy .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B75
2	
3	
4	
5	
9	

ANKIETER: KARTA B17

**B75** Ile porcji owoców jakiegokolwiek rodzaju jada Pan/Pani codziennie?

99 – Nie wie lub odmowa

B75

1. Podać ile porcji

--	--

**B76** Jak często jada Pan/Pani warzywa lub sałatki warzywne, z wyjątkiem ziemniaków i soków z koncentratu?

B76

- 1. 1 raz dziennie lub częściej .....
- 2. 4-6 razy w tygodniu .....
- 3. 1-3 razy w tygodniu .....
- 4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu .....
- 5. Nigdy .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B77
2	
3	
4	
5	
9	

ANKIETER: KARTA B18

**B77** Ile porcji warzyw lub sałatek warzywnych jada Pan/Pani codziennie?

99 – Nie wie lub odmowa

B77

1. Podać ile porcji

--	--

Poniższe pytania dotyczą nałogu palenia i narażenia na dym tytoniowy.

**B78** Czy Pan/Pani pali tytoń?

B78

- 1. Tak, codziennie .....
- 2. Tak, okazjonalnie .....
- 3. Nie, ale w przeszłości paliłem(-łam) .....
- 4. Nigdy nie paliłem(-łam) .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1		→ B79
2		
3		
4		→ B81
9		

**B79** Jakich wyrobów tytoniowych używa Pan/Pani głównie?  
(tylko jedna odpowiedź)

1. Papierosy (wytwarzane przemysłowo i/lub skręcane ręcznie) . . . . .
2. Cygara . . . . .
3. Tytoń fajkowy . . . . .
4. Inne (np. cygaretki) . . . . .
9. Nie wie lub odmowa . . . . .

**B80** Ile papierosów pali Pan/Pani średnio każdego dnia?

1. Liczba papierosów wytwarzanych przemysłowo lub skręcanych ręcznie

**B81** Jak często jest Pan/Pani narażony(-na) na dym tytoniowy wewnątrz różnych pomieszczeń (nie należy brać pod uwagę własnego palenia)?

1. Nigdy lub prawie nigdy . . . . .
2. Mniej niż 1 godzinę dziennie . . . . .
3. 1 godzinę dziennie lub więcej . . . . .
9. Nie wie lub odmowa . . . . .

B79

1	→ B80 jeśli B78=1
2	
3	
4	→ B81
9	

99 – Nie wie lub odmowa B80

--	--

B81

1	
2	
3	
9	

Poniższe pytania dotyczą picia przez Pana/Panią napojów alkoholowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

ANKIETER: KARTA B19

**B82** Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(-ła) Pan/Pani jakiegokolwiek napoje alkoholowe (takie jak piwo, wino, wódka, koktajle, gotowe mieszanki alkoholowe, likier, cydr, nalewki, alkohol domowej roboty, bimber itp.)?

1. Codziennie lub prawie codziennie . . . . .
2. 5 – 6 dni w tygodniu . . . . .
3. 3 – 4 dni w tygodniu . . . . .
4. 1 – 2 dni w tygodniu . . . . .
5. 2 – 3 dni w miesiącu . . . . .
6. 1 raz w miesiącu . . . . .
7. Rzadziej niż 1 raz w miesiącu . . . . .
8. Nie, nie piłem(-łam) w ciągu ostatnich 12 miesięcy, chociaż kiedyś piłem(-łam) alkohol . . . . .
9. Nigdy lub tylko kilka łyków czy prób w całym moim życiu . . . . .
99. Nie wie lub odmowa odpowiedzi . . . . .

**B83** Biorąc pod uwagę dni od poniedziałku do czwartku, przez ile z tych 4 dni zwykle pije Pan/Pani alkohol?

1. Przez wszystkie 4 dni . . . . .
2. Przez 3 dni . . . . .
3. Przez 2 dni . . . . .
4. Przez 1 dzień . . . . .
5. W żadnym z tych 4 dni . . . . .
9. Nie wie lub odmowa . . . . .

B82

1	
2	
3	→ B83
4	
5	
6	→ B87
7	
8	
9	→ B88
99	

B83

1	
2	
3	→ B84
4	
5	
9	→ B85

ANKIETER: KARTA B20

**B84** Od poniedziałku do czwartku, ile średnio wypija Pan/Pani w taki dzień, gdy pije Pan/i alkohol?

*Spróbujmy to przeliczyć na standardowe porcje alkoholu. Jedna porcja piwa to jest jedna mała szklanka (250 ml), wina to jeden kieliszek (100 ml), wódki lub innego napoju spirytusowego to jeden kieliszek (30 ml)*

- 1. Piwo – wpisać ile porcji (250 ml) .....
- 2. Wino – wpisać ile porcji (100 ml) .....
- 3. Wódka i inne napoje spirytusowe – wpisać ile porcji (30 ml) .....


B84

**B85** Biorąc pod uwagę dni od piątku do niedzieli, przez ile z tych 3 dni pije Pan/Pani zwykle alkohol?

- 1. Przez wszystkie 3 dni .....
- 2. Przez 2 dni .....
- 3. Przez 1 dzień .....
- 4. W żadnym z tych 3 dni .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

1	→ B86
2	
3	
4	→ B87
9	

B85

**B86** Od piątku do niedzieli, ile średnio wypija Pan/Pani w taki dzień, gdy pije Pan/i alkohol?

*Spróbujmy to przeliczyć na standardowe porcje alkoholu. Jedna porcja piwa to jest jedna mała szklanka (250 ml), wina to jeden kieliszek (100 ml), wódki lub innego napoju spirytusowego to jeden kieliszek (30 ml)*

- 1. Piwo – wpisać ile porcji (250 ml) .....
- 2. Wino – wpisać ile porcji (100 ml) .....
- 3. Wódka i inne napoje spirytusowe – wpisać ile porcji (30 ml) .....


B86

ANKIETER: KARTA B21

**B87** Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wypijał(-ła) Pan/Pani przy jednej okazji 6 lub więcej standardowych porcji alkoholu (np. podczas przyjęcia, posiłku, wieczornego wyjścia z przyjaciółmi, sam(-a) w domu)? Sześć standardowych porcji oznacza 6 - 0,25 litra szklanek piwa (1,5 litra) lub 6 - 100 ml kieliszków wina (0,6 litra) lub 6 - 30 ml kieliszków wódki lub innego napoju spirytusowego (180 ml), względnie ich kombinacji.

- 1. Codziennie lub prawie codziennie .....
- 2. 5 – 6 dni w tygodniu .....
- 3. 3 – 4 dni w tygodniu .....
- 4. 1 – 2 dni w tygodniu .....
- 5. 2 – 3 dni w miesiącu .....
- 6. 1 raz w miesiącu .....
- 7. Rzadziej niż 1 raz w miesiącu .....
- 8. Nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy .....
- 9. Nigdy w ciągu całego życia .....
- 99. Nie wie lub odmowa odpowiedzi .....

1
2
3
4
5
6
7
8
9
99

B87

W następnej kolejności zadam trzy pytania o Pana/Pani relacje społeczne i towarzyskie.

**B88** Ile osób jest Panu/Pani tak bliskich, że może Pan/Pani na nie liczyć, jeśli ma poważne problemy osobiste?

B88

- 1. Nikt .....
- 2. 1 lub 2 osoby .....
- 3. 3 do 5 osób .....
- 4. 6 lub więcej osób .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

**B89** W jakim stopniu inne osoby (np. rodzina, przyjaciele, znajomi) okazują pozytywne zainteresowanie tym, co Pan/Pani robi, jak się Panu/Pani wiedzie?

B89

- 1. W bardzo dużym stopniu .....
- 2. W pewnym stopniu .....
- 3. Ani w dużym ani w małym, nie jestem pewien .....
- 4. W małym stopniu .....
- 5. W ogóle tego nie okazują .....
- 9. Nie wie lub odmowa odpowiedzi .....

**B90** Jak łatwo jest Panu/Pani uzyskać w razie potrzeby praktyczną pomoc od sąsiadów (np. wsparcie osobiste, poradę, pieniądze)?

B90

- 1. Bardzo łatwo .....
- 2. Łatwo .....
- 3. Średnio, ani łatwo, ani trudno, ale jest możliwa .....
- 4. Trudno .....
- 5. Bardzo trudno .....
- 9. Nie wie lub odmowa odpowiedzi .....

Kolejne pytania dotyczą świadczenia nieodpłatnej opieki lub pomocy innym osobom z problemami zdrowotnymi.

**B91** Czy regularnie, co najmniej 1 raz w tygodniu, świadczy Pan/Pani pomoc lub sprawuje opiekę nad osobą/osobami chorymi, niepełnosprawnymi lub starszymi?

B91

- 1. Tak .....
- 2. Nie .....
- 9. Nie wie lub odmowa .....

→ B92  
 |  
 → B94

**B92** Czy ta osoba jest lub te osoby są?

B92

- 1. Członkami Pana/Pani rodziny .....
- 2. Kimś spoza Pana/Pani rodziny .....
- 9. Nie wie lub odmowa odpowiedzi .....

**B93****Przez ile godzin w tygodniu świadczy Pan/Pani tę opiekę lub pomoc?**

B93

1. Mniej niż 10 godzin w tygodniu .....
2. Co najmniej 10, ale mniej niż 20 godzin w tygodniu .....
3. 20 godzin w tygodniu lub więcej .....
9. Nie wie lub odmowa .....

1

2

3

9

*Kończąc wywiad, zadam Panu/Pani jeszcze jedno, ostatnie pytanie.***B94****Czy zdarzyło się Panu/i używać marihuany lub haszyszu (znanych także jako konopie, hasz, ziele, trawka, dżoint, skręt, skun, gandzia, samosiejka)?**

- A.** 1. Tak .....
2. Nie .....
9. Nie wie lub odmowa odpowiedzi .....
- B.** Jeśli TAK, to czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy
1. Tak .....
2. Nie .....
- C.** Jeśli TAK, to czy w ciągu ostatnich 30 dni
1. Tak .....
2. Nie .....

1

2

9

B94A

→ Koniec wywiadu

1

2

B94B

→ Koniec wywiadu

1

2

B94C

**Czas trwania wywiadu indywidualnego w minutach**

--	--

CZAS

**Bardzo Panu/Pani dziękuję za rozmowę.****Uwagi ankietera:**

Sporządził(a) ..... (imię i nazwisko ankietera) ..... (data)

Sprawdził(a) ..... (imię i nazwisko inspektora) ..... (data)