

Data wypełnienia ankiety: .....

## **Jakość życia, objawy depresji, poziom lęku oraz wsparcie społeczne osób dorosłych zmagających się z Neurofibromatozą typu 1**

Szanowny/a Panie/Pani,

celem niniejszego badania jest ocena jakości życia, objawów depresji, poziomu lęku oraz wsparcia społecznego osób dorosłych zmagających się z Neurofibromatozą typu 1 (NF-1). Badanie prowadzone jest przy użyciu kilku powszechnie stosowanych, specjalistycznych kwestionariuszy służących do pomiaru: jakości życia (INF1-QOL, Skindex-16, WHOQOL-BREF), lęku uogólnionego (GAD-7), objawów depresji (PHQ-9) i postrzeganego wsparcia społecznego (MSPSS) z uwzględnieniem kilku pytań socjodemograficznych.

Serdecznie prosimy o wypełnienie kwestionariuszy. Ich uzupełnienie zajmie ok. 20-25 minut. Ze względu na wykorzystanie kilku różnych kwestionariuszy niektóre pytania mogą być do siebie podobne. Prosimy jednak o odpowiedzenie na wszystkie pytania z każdej ankiety, zgodnie ze swoimi odczuciami.

Udzielone odpowiedzi są anonimowe i będą wykorzystane wyłącznie w celach naukowych. Wypełnienie ankiet oznacza wyrażenie zgody na wykorzystanie informacji zawartych w ankietach, ale bez identyfikacji Pana/Pani danych osobowych (ankieta zanonimizowana). Zebrane i opracowane dane uzyskane dzięki tym kwestionariuszom będą podstawą opracowania naukowego, służącego wypracowaniu optymalnych metod wsparcia i opieki dla pacjentów z NF-1, a więc bezpośrednio także i dla Państwa w przyszłości.

Wiemy, że stanowicie Państwo bardzo zwartą, otwartą na współpracę i chętną do działania społeczność. Dlatego licząc na Państwa zaangażowanie i wsparcie serdecznie dziękujemy za udział w badaniu. Jego wyniki wspomogą dalszą organizację systemu opieki kompleksowej nie tylko dla dzieci (dostępna w Polsce), ale także dla osób dorosłych (obecnie w fazie negocjacji z Ministerstwem Zdrowia).

Także w tym kontekście Państwa pomoc będzie nieoceniona!

## METRYCZKA

(CZĘŚĆ PRZEZNACZONA DO WYPEŁNIENIA PRZEZ LEKARZA I/LUB PACJENTA)

Inicjały pacjenta: .....

1. Płeć:

1. Kobieta  2. Mężczyzna

2. Wiek: ..... lat

3. Liczba plam „café-au-lait”:

- 0  1-10  11-50  51-100  powyżej 100

4. Liczba nerwiakowłókniaków skóry (cNF):

- 0  1-10  11-50  51-100  powyżej 100

5. Liczba nerwiakowłókniaków splotowatych (pNF):

1. Deformujących ciało:  0  1-2  2-10  powyżej 10, w tym nieoperacyjnych: .....

2. Liczne małe (bez deformujących)  3. Liczne przykręgosłupowe  4. Z towarzyszącą deformacją skóry

6. Zastosowane leczenie (możliwość zaznaczenia wielu odpowiedzi):

1. Leczenie chirurgiczne

2. Leczenie farmakologiczne:

1) selumetynib ( stosowany przed 18 r.ż.;  stosowany również po 18 r.ż.)

2) przeciwbólowe stałe (przynajmniej 4 miesiące nieprzerwanej terapii bólu przewlekłego lub neuropatii)

3) przeciwpadaczkowe

4) przeciwmigrenowe (niezależnie od rodzaju terapii)

5) zlecone przez psychiatrę (depresja, zab. skupienia uwagi, nadaktywność itp.)

6) chemioterapia

obecnie  w dorosłości (zakończone)  w dzieciństwie

3. Radioterapia

7. Choroby współwystępujące (możliwość zaznaczenia wielu odpowiedzi):

- 1. Nowotwory
  - 1) złośliwy guz osłonek nerwów obwodowych (MPNST)
  - 2) glejak nerwu wzrokowego (wiek rozpoznania: .....)
  - 3) glejak mózgu (wiek rozpoznania: .....)
  - 4) nowotwór podścieliskowy przewodu pokarmowego (GIST)
  - 5) guz chromochłonny (pheochromocytoma)
  - 6) białaczka (jakiego typu – skrót z karty wypisowej: .....; wiek rozpoznania: .....)
  - 7) nowotwór tarczycy
  - 8) nowotwór kości (pierwotny ; przerzuty )
  - 9) rak jajników
  - 10) rak płuc
  - 11) rak piersi
  - 12) Inne (jakie?) .....
- 2. Zaburzenia układu kostnego
  - 1) kifoskolioza (poważne skrzywienie boczne kręgosłupa); po operacji
  - 2) dysplazja w obrębie kości długich (wiek rozpoznania: .....)
  - 3) osteoporoza/osteopenia udowodniona badaniami gęstości kości
  - 4) Inne (jakie?) .....
- 3. Zaburzenia neurologiczne i psychologiczne
  - 1) padaczka
  - 2) ADHD i spektrum autyzmu
  - 3) trudności szkolne\* i/lub zaburzenia zachowania utrudniające podjęcie pracy\*
  - 3) Inne (jakie?) .....
- 4. Nadciśnienie tętnicze (przyczyna: samoistne\* / nerkopochodne\* / inne przyczyny\*)
- 5. Otyłość\* lub zab. apetytu z niedowagą\*
- 6. Niskorosłość (leczona hormonem wzrostu:  tak;  nie)
- 6. Depresja
- 7. Brak dolegliwości medycznych i psychologicznych
- 8. Inne (jakie?) .....

\* proszę skreślić niewłaściwe lub pozostawić wszystkie pasujące

## METRYCZKA (CZĘŚĆ PRZEZNACZONA DO WYPEŁNIENIA PRZEZ PACJENTA)

1. Wskaż swoje wykształcenie:

1. Podstawowe     2. Gimnazjalne     3. Zawodowe     4. Średnie     5. Wyższe

2. Wskaż swój stan cywilny:

1. W związku formalnym (małżeństwo)  
 2. W związku nieformalnym  
 3. Obecnie nie jestem w związku

3. Czy mieszkasz sam/a?

1. Tak  
 2. Nie  
 Mieszkam nadal z rodzicami

4. Czy jesteś matką/ojcem?

1. Tak  
 Mam dziecko/dzieci z procedury in vitro  
 2. Nie  
 Nie, ale planuję mieć dzieci  
 Nie mogłam zająć lub donosić ciąży  
 Nigdy nie planowałam/am posiadania dzieci  
 3. Nie chcę odpowiadać na to pytanie

5. Jak oceniasz swoją sytuację materialną?

1. Bardzo dobra  
 2. Dobra  
 3. Przeciętna  
 4. Trudna  
 5. Bardzo trudna  
 6. Nie chcę odpowiadać na to pytanie

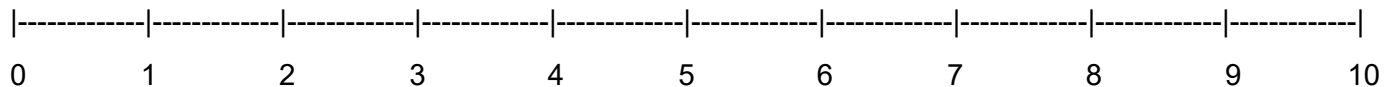
6. Wskaż swoje obecne miejsce zamieszkania:

- 1. Wieś
- 2. Miasto do 50 tys. mieszkańców
- 3. Miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców
- 4. Miasto od 100 do 250 tys. mieszkańców
- 5. Miasto od 250 do 500 tys. mieszkańców
- 6. Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców

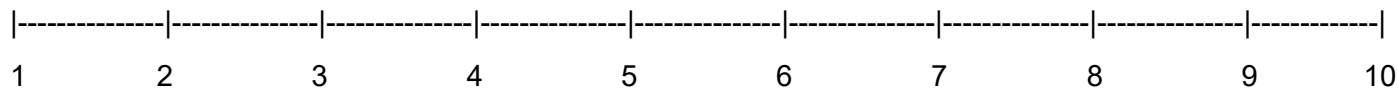
7. Określ swoją aktualną sytuację w szkole/pracy:

- 1. Jestem uczniem
- 2. Jestem studentem i nie pracuję
- 3. Jestem studentem i pracuję
- 4. Pracuję
- 5. Jestem na rencie
- 6. Jestem na emeryturze i nie pracuję
- 7. Jestem na emeryturze i pracuję
- 8. Jestem bezrobotny

8. W skali od 0 (brak objawów) do 10 (najsilniejsze możliwe objawy) jak oceniasz **nasilenie objawów choroby** w ciągu ostatnich 2 tygodni (zaznacz daną cyfrę na skali):



9. W skali od 1 (najgorszy możliwy stan zdrowia) do 10 (najlepszy możliwy stan zdrowia) jak oceniasz **swój ogólny stan zdrowia** w ciągu ostatnich 2 tygodni (zaznacz daną cyfrę na skali):



# KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY WPŁYWU NF-1 NA JAKOŚĆ ŻYCIA (INF1-QOL)

**W KAŻDYM z pytań proszę zaznaczyć JEDNO pole, które najlepiej opisuje, jak się czuleś/aś w ciągu ostatniego miesiąca.**

Codzienne czynności oznaczają, np. mycie się, ubieranie się, gotowanie, prace domowe.

Aktywności społeczne oznaczają, np. spotkania z rodziną lub przyjaciółmi, wyjścia do kina, restauracji, kawiarni, uprawianie sportu.

## **1. Czy problemy ze wzrokiem utrudniają Ci naukę, pracę, wykonywanie codziennych czynności lub kontakty społeczne?**

- Brak problemów ze wzrokiem  0
- Łagodne problemy ze wzrokiem, ale z możliwością wykonywania czynności  1
- Umiarkowane problemy ze wzrokiem powodują u mnie trudności w wykonywaniu czynności  2
- Poważne problemy ze wzrokiem uniemożliwiają mi wykonywanie czynności  3

## **2. Czy wygląd Twoich nerwiakowłókniaków utrudnia Ci naukę, pracę, wykonywanie codziennych czynności lub kontakty społeczne?**

- Brak problemów z wyglądem moich nerwiakowłókniaków  0
- Łagodne problemy z wyglądem moich nerwiakowłókniaków, ale z możliwością wykonywania czynności  1
- Wygląd moich nerwiakowłókniaków powoduje u mnie umiarkowane trudności w wykonywaniu czynności  2
- Wygląd moich nerwiakowłókniaków uniemożliwia mi wykonywanie czynności  3

## **3. Ból – Czy odczuwasz ból, który utrudnia Ci naukę, pracę, wykonywanie codziennych czynności lub kontakty społeczne?**

- Brak problemów z bólem  0
- Łagodne problemy z bólem, ale z możliwością wykonywania czynności  1
- Ból powoduje u mnie umiarkowane trudności w wykonywaniu czynności  2
- Ból na tyle silny, że uniemożliwia mi wykonywanie czynności  3

#### 4. Jak silny jest zazwyczaj twój ból?

- 0 = brak bólu  0
- 1-4 = łagodny ból  1
- 5-7 = umiarkowany ból  2
- 8-10 = silny ból  3

#### 5. Czy problemy z uczeniem się (np. z czytaniem, pisaniem, ortografią, matematyką, koncentracją, koordynacją i organizacją) utrudniają Ci wykonywanie codziennych czynności lub kontakty społeczne?

- Brak problemów z uczeniem się  0
- Łagodne problemy z uczeniem się, ale z możliwością wykonywania czynności  1
- Problemy z uczeniem się powodują u mnie umiarkowane trudności w wykonywaniu czynności  2
- Poważne problemy z uczeniem się uniemożliwiają mi wykonywanie czynności  3

#### 6. Czy masz problemy z zachowaniem lub osobowością, które utrudniają Ci naukę, pracę, wykonywanie codziennych czynności lub kontakty społeczne (np. trudności w nawiązywaniu przyjaźni, autyzm, trudności ze zrozumieniem żartów, gestów i mowy ciała)?

- Brak problemów z zachowaniem i osobowością  0
- Łagodne problemy z zachowaniem lub osobowością, ale z możliwością wykonywania czynności  1
- Zachowanie lub osobowość powodują u mnie umiarkowane trudności w wykonywaniu czynności  2
- Poważne problemy z zachowaniem lub osobowością uniemożliwiają mi wykonywanie czynności  3

#### 7. Czy masz problemy z poruszaniem się i chodzeniem?

- Brak problemów z poruszaniem się i chodzeniem  0
- Łagodne problemy z poruszaniem się i chodzeniem, ale mogę sobie poradzić bez pomocy  1
- Umiarkowane problemy z chodzeniem – potrzebuję pomocy przy chodzeniu  2
- Poważne problemy z chodzeniem – całkowita niemożność chodzenia  3

**8. Czy masz problemy z osłabieniem, drętwieniem lub niezdarnością rąk, które utrudniają Ci naukę, pracę, wykonywanie codziennych czynności lub kontakty społeczne (np. używanie noża i widelca, pisanie, zapinanie guzików, gotowanie, czesanie włosów)?**

- Brak problemów z rękami  0
- Łagodne problemy z rękami, ale mogę sobie poradzić bez pomocy  1
- Umiarkowane problemy z rękami – potrzebuję pomocy w wykonywaniu czynności  2
- Poważne problemy z rękami – niemożność wykonywania czynności  3

**9. Czy problemy z Twoją mową utrudniają Ci naukę, pracę, wykonywanie codziennych czynności lub aktywność społeczną?**

- Brak problemów z mową  0
- Łagodne problemy z mową, ale z możliwością wykonywania czynności  1
- Umiarkowane problemy z mową powodują u mnie pewne trudności w wykonywaniu czynności  2
- Poważne problemy z mową uniemożliwiają mi wykonywanie czynności  3

**10. Czy problemy z kośćmi utrudniają Ci naukę, pracę, wykonywanie codziennych czynności lub kontakty społeczne (np. skolioza lub skrzywienie kręgosłupa; skrzywienie i złamania kości nóg lub rąk; osteoporoza)?**

- Brak problemów z kośćmi  0
- Łagodne problemy z kośćmi, ale z możliwością wykonywania czynności  1
- Umiarkowane problemy z kośćmi – potrzebuję pomocy w wykonywaniu czynności  2
- Poważne problemy z kośćmi uniemożliwiają mi wykonywanie czynności  3

**11. Czy problemy z oddychaniem utrudniają Ci naukę, pracę, wykonywanie codziennych czynności lub kontakty społeczne?**

- Brak problemów z oddychaniem  0
- Łagodne problemy z oddychaniem, ale z możliwością wykonywania czynności  1
- Umiarkowane problemy z oddychaniem – potrzebuję pomocy w wykonywaniu czynności  2
- Poważne problemy z oddychaniem uniemożliwiają mi wykonywanie czynności  3

**12. Czy problemy ze snem utrudniają Ci naukę, pracę, wykonywanie codziennych czynności lub kontakty społeczne (np. trudności z zasypianiem, budzenie się wczesnie rano lub w nocy, niespokojny sen, koszmary, nadmierna senność)?**

Brak problemów ze snem 0

Łagodne problemy ze snem, ale z możliwością wykonywania czynności 1

Umiarkowane problemy ze snem powodują u mnie pewne trudności w wykonywaniu czynności 2

Poważne problemy ze snem uniemożliwiają mi wykonywanie czynności 3

**13. Czy neurofibromatoza wpłynęła na Twoją rolę życiową i spojrzenie na życie (np. karierę zawodową, pewność siebie, relacje, opiekę nad rodziną, posiadanie dzieci, strach przed przekazaniem neurofibromatozy dzieciom)?**

Brak wpływu lub pozytywny wpływ 0

Niewielki negatywny wpływ 1

Umiarkowany negatywny wpływ 2

Duży negatywny wpływ 3

**14. Czy obecnie cierpisz na depresję lub lęk?**

Brak problemów z lękiem lub depresją 0

Łagodny lęk lub depresja, ale z możliwością wykonywania czynności 1

Umiarkowany lęk lub depresja, które utrudniają mi wykonywanie czynności 2

Silny lęk lub depresja, które uniemożliwiają mi wykonywanie czynności 3

**W KAŻDYM z pytań proszę zaznaczyć JEDNO pole na 7-stopniowej skali.**

**PONIŻSZE PYTANIA DOTYCZĄ SCHORZENIA SKÓRY, KTÓRE DOKUCZAŁO PANU/PANI NAJBARDZIEJ W CIĄGU MINIONEGO TYGODNIA**

<b>W ciągu minionych 7 dni jak często dokuczały Panu/Pani:</b>	W ogóle nie dokuczały ↓	.	↑	Ciągłe dokuczały ↓			
1. <b>Swędzenie</b> Pana/Pani schorzenia skóry . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <b>Pieczenie</b> lub <b>kłucie</b> Pana/Pani schorzenia skóry . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <b>Ból</b> Pana/Pani schorzenia skóry . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <b>Podrażnienie</b> Pana/Pani schorzenia skóry . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Uporczywość / nawracanie</b> Pana/Pani schorzenia skóry. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <b>Martwienie się</b> z powodu Pana/Pani schorzenia skóry ( <i>Na przykład: że się rozprzestrzeni, pogorszy, pozostawi blizny, wymknie się spod kontroli, itp.</i> ) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <b>Wygląd</b> Pana/Pani schorzenia skóry. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <b>Bezsilna złość</b> z powodu Pana/Pani schorzenia skóry . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <b>Skrepowanie</b> z powodu Pana/Pani schorzenia skóry . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <b>Irytacja (rozdrażnienie)</b> z powodu Pana/Pani schorzenia skóry . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <b>Uczucie przygnębienia</b> z powodu Pana/Pani schorzenia skóry . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wpływ schorzenia skóry na Pana/Pani <b>stosunki z innymi</b> ( <i>Na przykład: stosunki z rodziną, przyjaciółmi, osobami bliskimi, itp.</i> ) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wpływ Pana/Pani schorzenia skóry na Pana/Pani <b>chęć bycia z innymi ludźmi</b> . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Pana/Pani trudności w <b>okazywaniu serdeczności</b> (w kontaktach fizycznych) spowodowane Pana/Pani schorzeniem skóry . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wpływ Pana/Pani schorzenia skóry na Pana/Pani <b>codzienne czynności</b> . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trudności w wykonywaniu <b>pracy lub rzeczy, które sprawiają Panu/Pani przyjemność</b> spowodowane Pana/Pani schorzeniem skóry. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Czy odpowiedział/a Pan/Pani na każde pytanie? Tak  Nie**

## WHOQOL-BREF

### SKRÓCONA WERSJA ANKIETY OCENIAJĄCEJ JAKOŚĆ ŻYCIA

Przeczytaj pytanie, oceń swoje odczucia z **ostatnich 2 tygodni** i zakreśl na skali przy każdym pytaniu cyfrę, która najlepiej odzwierciedla Twoją odpowiedź.

		Bardzo zła	Zła	Ani dobra, ani zła	Dobra	Bardzo dobra
1.	Jak oceniasz jakość swojego życia?	1	2	3	4	5

		Bardzo nie-zadowolony/a	Nie-zadowolony/a	Ani zadowolony/a, ani nie-zadowolony/a	Zadowolony/a	Bardzo zadowolony/a
2.	Czy jesteś zadowolony/a ze swojego zdrowia?	1	2	3	4	5

Następne pytania dotyczą nasilenia stanów, których doznawałeś/aś w ciągu ostatnich 2 tygodni.

		Wcale	Nieco	Średnio	W dużym stopniu	W bardzo dużym stopniu
3.	Jak bardzo ból fizyczny przeszkadzał Ci robić to, co powinieneś/aś?	5	4	3	2	1
4.	W jakim stopniu potrzebujesz leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania?	5	4	3	2	1
5.	Na ile cieszysz się życiem?	1	2	3	4	5
6.	W jakim stopniu oceniasz, że Twoje życie ma sens?	1	2	3	4	5
7.	Jak dobrze jesteś w stanie się skoncentrować?	1	2	3	4	5
8.	Jak bezpiecznie czujesz się w swoim codziennym życiu?	1	2	3	4	5
9.	W jakim stopniu Twoje otoczenie sprzyja zdrowiu?	1	2	3	4	5

Poniższe pytania dotyczą tego jak się czujesz i jak Ci się wiodło **w ciągu ostatnich 2 tygodni**.

		Wcale	Nieco	Umiarkowa- nie	Przeważnie	W pełni
10.	Czy masz wystarczająco energii w codziennym życiu?	1	2	3	4	5
11.	Czy jesteś w stanie zaakceptować swój wygląd (fizyczny)?	1	2	3	4	5
12.	Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?	1	2	3	4	5
13.	Na ile dostępne są informacje, których możesz potrzebować w codziennym życiu?	1	2	3	4	5
14.	W jakim zakresie masz sposobność realizowania swoich zainteresowań?	1	2	3	4	5
		Bardzo źle	Źle	Ani dobrze ani źle	Dobrze	Bardzo dobrze
15.	Jak dobrze możesz się poruszać w swoim otoczeniu?	1	2	3	4	5

Poniższe pytania mają na celu określenie, jak zadowolony byłeś/aś z różnych aspektów swojego życia **w ciągu ostatnich 2 tygodni**.

		Bardzo nie- zadowolony/a	Nie- zadowolony/a	Ani zadowolony/a, ani nie-zadowolony/a	Zadowolony/a	Bardzo zadowolony/a
16.	Czy jesteś zadowolony/a ze swojego snu?	1	2	3	4	5
17.	W jakim stopniu jesteś zadowolony/a ze swojej zdolności wykonywania codziennych czynności?	1	2	3	4	5
18.	W jakim stopniu jesteś zadowolony/a ze swojej zdolności do pracy?	1	2	3	4	5
19.	Czy jesteś zadowolony/a z siebie?	1	2	3	4	5

		Bardzo nie- zadowolony/a	Nie- zadowolony/a	Ani zadowolony/a, ani nie-zadowolony/a	Zadowolony/a	Bardzo zadowolony/a
20.	Czy jesteś zadowolony/a ze swoich osobistych relacji z ludźmi?	1	2	3	4	5
21.	Czy jesteś zadowolony/a ze swojego życia intymnego?	1	2	3	4	5
22.	Czy jesteś zadowolony/a z oparcia, wsparcia, jakie dostajesz od swoich przyjaciół?	1	2	3	4	5
23.	Jak bardzo jesteś zadowolony/a ze swoich warunków mieszkaniowych?	1	2	3	4	5
24.	Jak bardzo jesteś zadowolony/a z dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej?	1	2	3	4	5
25.	Czy jesteś zadowolony/a z komunikacji (transportu)?	1	2	3	4	5

Poniższe pytanie odnosi się do częstotliwości doznań, jakich doświadczałeś/aś w okresie **ostatnich 2 tygodni**.

		Nigdy	Rzadko	Często	Bardzo często	Zawsze
26.	Jak często doświadczałeś/aś negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja?	5	4	3	2	1

## WIELOWYMIAROWA SKALA SUBIEKTYWNEJ OCENY WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Instrukcja: Interesuje nas Twoja opinia na każde z poniższych stwierdzeń. Prosimy o uważne przeczytanie pytań i wyrażenie swojej opinii. Zakreśl:

- 1 – jeśli zdecydowanie się nie zgadzasz
- 2 – jeśli się nie zgadzasz
- 3 – jeśli trochę się nie zgadzasz
- 4 – jeśli nie masz zdania
- 5 – jeśli trochę się zgadzasz
- 6 – jeśli się zgadzasz
- 7 – jeśli zdecydowanie się zgadzasz

		Zdecydo- wanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Raczej się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Raczej się zgadzam	Zgadzam się	Zdecydo- wanie się zgadzam
1.	Istnieje pewna szczególna osoba, która jest w pobliżu, kiedy jestem w potrzebie	1	2	3	4	5	6	7
2.	Istnieje pewna szczególna osoba, z którą mogę dzielić swoje radości i smutki	1	2	3	4	5	6	7
3.	Moja rodzina naprawdę stara się mi pomóc	1	2	3	4	5	6	7
4.	Otrzymuję emocjonalną pomoc i wsparcie, którego potrzebuję, od swojej rodziny	1	2	3	4	5	6	7
5.	Mam pewną szczególną osobę, która jest dla mnie prawdziwym źródłem pociechy / wsparcia	1	2	3	4	5	6	7
6.	Moi przyjaciele naprawdę starają się mi pomóc	1	2	3	4	5	6	7
7.	Mogę liczyć na moich przyjaciół, gdy coś się nie układa	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mogę rozmawiać z rodziną o swoich problemach	1	2	3	4	5	6	7
9.	Mam przyjaciół, z którymi mogę dzielić radości i smutki	1	2	3	4	5	6	7
10.	W moim życiu jest pewna szczególna osoba, która troszczy się o moje uczucia	1	2	3	4	5	6	7
11.	Moja rodzina jest gotowa pomagać mi w podejmowaniu decyzji	1	2	3	4	5	6	7
12.	Mogę rozmawiać z przyjaciółmi o swoich problemach	1	2	3	4	5	6	7

## GAD-7

Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem "✓"

<b>Jak bardzo w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Ci następujące problemy?</b>	<b>Wcale nie dokuczały</b>	<b>Kilka dni</b>	<b>Więcej niż połowę dni</b>	<b>Niemal codziennie</b>
Czułeś/aś się podenerwowany/a, niespokojny/a, mocno spięty/a				
Nie mogłeś/aś przestać się martwić albo zapanować nad tym				
Za bardzo się martwiłeś/aś różnymi rzeczami				
Miałeś/aś trudności z relaksowaniem się				
Byłeś/aś tak niespokojny/a, że nie mogłeś/aś usiedzieć na miejscu				
Łatwo stawałeś/aś się rozdrażniony/a lub poirytowany/a				
Obawiałeś/aś się, tak jakby miało się stać coś strasznego				

## PHQ-9

Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem "✓"

<b>Jak bardzo w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Ci następujące problemy?</b>	<b>Wcale nie dokuczały</b>	<b>Kilka dni</b>	<b>Więcej niż połowę dni</b>	<b>Niemal codziennie</b>
Niewielkie zainteresowanie lub nieodczuwanie przyjemności z wykonywania czynności				
Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności				
Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen				
Uczucie zmęczenia lub brak energii				
Brak apetytu lub przejadanie się				
Poczucie niezadowolenia z siebie — lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiodłeś/aś siebie lub rodzinę				
Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji				
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				
Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy				

Jeżeli zaznaczyłeś/aś występowanie któregoś z problemów, jak bardzo utrudniły Ci one wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

- a. W ogóle nie utrudniały
- b. Trochę utrudniły
- c. Bardzo utrudniły
- d. Niezmiernie utrudniły

**W tym miejscu możesz wpisać dodatkowe uwagi do analizowanych w badaniu aspektów lub uwagi dotyczące kwestionariuszy:**

**Dziękujemy za wzięcie udziału w badaniu!**