

EHIS-2

EUROPEJSKIE ANKIETOWE BADANIE ZDROWIA KWESTIONARIUSZ INDYWIDUALNY DLA OSOBY DOROSŁEJ

Wywiad – dla osoby w wieku 15 lat i więcej

Numer próby	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	NRPROB
Symbol terytorialny	<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	SYMBOL
Nr rejonu statystycznego i nr obwodu	<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	REJON
Nr wylosowanego mieszkania w obwodzie	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	NRM
Nr gospodarstwa domowego w mieszkaniu	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	NRG
Nr osoby	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	NRO
Kto odpowiadał na pytania ankiety		KTO
Sam badany	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 2px solid black;" type="text" value="0"/>	
Osoba zastępcza z tego gospodarstwa – wpisać numer osoby	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
Inna osoba zastępcza spoza gospodarstwa	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 2px solid black;" type="text" value="99"/>	
Data przeprowadzenia wywiadu (dzień i miesiąc)	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	DATA
Nr wizyty	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	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?

- 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

B1

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

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

1

2

9

B2

B3 Czy z powodu problemów zdrowotnych ma Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują?

- 1. Tak, poważnie ograniczoną
- 2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie
- 3. Nie, nie mam żadnych ograniczeń
- 9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

9

→ B4

→ B5

B3

B4 Czy ta ograniczona zdolność trwa co najmniej 6 ostatnich miesięcy?

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

1

2

9

B4

B5 Jak ogólnie ocenia Pan/Pani stan swoich zębów i dziąseł?

- 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

B5

B6 Choroby lub dolegliwości

- A.** Astma (łącznie z astmą alergiczną)
- B.** Przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekła zaporowa (obturacyjna) choroba płuc (POCHP), rozedma płuc.
- C.** Zawał serca lub przewlekłe konsekwencje zawału serca
- D.** Choroba wieńcowa (choroba niedokrwienna serca) lub dusznica bolesna
- E.** Wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienie).
- F.** Udar mózgu (wylew krwi do mózgu, zator mózgowy) lub przewlekłe konsekwencje udaru mózgu
- G.** Choroba zwyrodnieniowa stawów (z wyłączeniem zapalenia stawów)
- H.** Bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców
- I.** Bóle środkowej partii pleców
- J.** Bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)
- K.** Cukrzyca
- L.** Alergia, jak np. nieżyt nosa, gorączka sienna, zapalenie oka, zapalenie skóry, alergia pokarmowa lub inna (z wyłączeniem astmy alergiczej)
- M.** Marskość wątroby
- N.** Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy
- O.** Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego
- P.** Problemy z nerkami
- R.** Silne bóle głowy (migrena).
- S.** Depresja.
- T.** Choroby tarczycy.
- U.** **Tylko dla mężczyzn** - Choroby prostaty (przerost gruczołu krokowego).
- W.** Wysoki poziom lipidów (cholesterolu lub trójglicerydów).....
- Z.** Inne choroby (*niewymienione powyżej*).

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	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6A1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6A2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6B1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6B2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6C1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6C2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6D1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6D2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6E1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6E2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6F1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6F2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6G1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6G2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6H1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6H2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6I1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6I2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6J1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6J2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6K1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6K2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6L1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6L2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6M1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6M2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6N1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6N2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6O1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6O2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6P1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6P2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6R1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6R2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6S1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6S2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6T1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6T2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6U1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6U2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6W1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6W2
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6Z1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	B6Z2

ANKIETER: KARTA B2

B7 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 umyślne 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, pielęgniarki lub ratownika medycznego 4. Nie było konieczności konsultacji lub interwencji 9. Nie wie lub odmowa																
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">B7A1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">B7B1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">B7C1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">B7D1</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	B7A1	<input type="checkbox"/>	B7B1	<input type="checkbox"/>	B7C1	<input type="checkbox"/>	B7D1	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">B7A2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">B7B2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">B7C2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">B7D2</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	B7A2	<input type="checkbox"/>	B7B2	<input type="checkbox"/>	B7C2	<input type="checkbox"/>	B7D2
<input type="checkbox"/>	B7A1																
<input type="checkbox"/>	B7B1																
<input type="checkbox"/>	B7C1																
<input type="checkbox"/>	B7D1																
<input type="checkbox"/>	B7A2																
<input type="checkbox"/>	B7B2																
<input type="checkbox"/>	B7C2																
<input type="checkbox"/>	B7D2																

PYTANIA B8-B9 TYLKO DLA OSÓB OBECNIE PRACUJĄCYCH – EHS 1 – P12=10

B8 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

B9 W ciągu ostatnich 12 miesięcy przez ile dni łącznie nie pracował(-ła) Pan/Pani z powodu własnych problemów zdrowotnych?

- 1. Wpisać łączną liczbę dni

B8

1		→	B9
2			
9		→	B10

999 – Nie wie lub odmowa B9

--	--	--

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

B10 Czy używa Pan/Pani okularów lub szkielek kontaktowych?

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

B10

1		→	B11
2			
3		→	B12
9			

B11 Czy ma Pan/Pani trudności z widzeniem (nawet używając okularów lub szkieł kontaktowych)?

B11

- 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

B12 Czy korzysta Pan/Pani z aparatu słuchowego (także implantu ślimakowego)?

B12

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

1
2
3
9

→B13

→B15

B13 Czy ma Pan/Pani trudności z usłyszeniem tego, co mówi się w rozmowie z inną osobą w cichym pomieszczeniu (nawet korzystając z aparatu słuchowego)?

B13

- 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

B14 Czy ma Pan/Pani trudności z usłyszeniem tego, co mówi się w rozmowie z inną osobą w głośniejszym pomieszczeniu (nawet korzystając z aparatu słuchowego)?

B14

- 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

B15 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)?

B15

- 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

B16 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? (Dopuszcza się korzystanie z poręczy schodów)

B16

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

JEŚLI OSOBA NIE MA TRUDNOŚCI W PORUSZANIU SIĘ
(B15=1 i B16=1) LUB (B15=9 i B16=9) PRZEJŚĆ DO PYTANIA B18

B17 Czy przemieszczając się korzysta Pan/Pani z następujących urządzeń pomocniczych?

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

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

B17A

B17B

B17C

B18 Czy ma Pan/Pani trudności z pamięcią lub koncentracją?

1. Nie mam żadnych trudności
2. Mam pewne trudności
3. Mam duże trudności
4. Nie jestem w stanie niczego zapamiętać lub się skoncentrować ..
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
9

B18

B19 Tylko dla osób w wieku 55 lat i więcej – Czy ma Pan/Pani trudności z pogryzieniem i żuciem twardych pokarmów (np. jabłka, orzechów)?

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

B19

PYTANIA OD B20 DO B27 ZADAJEMY TYLKO:

- OSOBOM W WIEKU 55 LAT I WIĘCEJ
- OSOBOM W WIEKU 15-54 LATA, JEŚLI W PYTANIU B4 ZAZNACZONO ODPOWIEDŹ 1.

W PRZYPADKU INNYCH OSÓB – PRZEJŚĆ DO PYTANIA B28

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

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

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

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

B20A

B20B

B20C

B20D

B20E

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

W INNYCH PRZYPADKACH PRZEJŚĆ DO PYTANIA B24

Proszę pomyśleć o wszystkich czynnościach związanych z samoobsługą, 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

B21

1	→ B22
2	→ B23
9	→ B24

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

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

B22

1	→ B24
2	
9	

B23

B23 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	

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

B24 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/leczenia (np. przygotowanie porcji leków i wzięcie ich)
- E. Lekkie prace domowe (np. gotowanie, zmywanie, prasowanie) ..
- F. Okazjonalne ciężkie prace domowe (np. mycie okien, 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 zrobić)		
9 – Nie wie lub odmowa		

	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	B24A
	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	B24B
	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	B24C
	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	B24D
	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	B24E
	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	B24F
	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	B24G

JEŚLI W PYTANIU B24 ZAZNACZONO PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ ODPOWIEDŹ 2, 3 LUB 4 - NALEŻY ZADAĆ PYTANIA OD B25 DO B27.

W INNYCH PRZYPADKACH PRZEJŚĆ DO PYTANIA B28

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

B25 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 → B26
- 2 → B27
- 9 → B28

B26 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
- 2 → B28
- 9

B27 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

B28 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 najwyższego)

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

- 1 → B29
- 2
- 3 → B30
- 4
- 5
- 9 → B29

B29 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?

1. Nie
2. Tak, posiadam orzeczenie o: długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym z uprawnieniami do zasiłku pielęgnacyjnego, 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, III grupie inwalidztwa
9. Nie wie lub odmowa

B29

→ PATRZ B4, jeśli =1 to B30, w innych przypadkach B31

→ B30

→ B31

ANKIETER: KARTA B6

B30 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
- B. Uszkodzenia i choroby narządu wzroku
- C. Uszkodzenia i choroby narządu słuchu
- D. Schorzenia układu krążenia
- E. Schorzenia neurologiczne
- F. Schorzenia psychiczne
- G. Upośledzenie umysłowe
- H. Inne schorzenia

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

B30A

B30B

B30C

B30D

B30E

B30F

B30G

B30H

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

ANKIETER: KARTA B7

B31 Jak duży ból fizyczny odczuwał(-ła) Pan/Pani w ciągu ostatnich 4 tygodni?

1. Nie odczuwałem(-łam) żadnego bólu
2. Bardzo łagodny
3. Łagodny
4. Średni
5. Silny
6. Bardzo silny
9. Nie wie lub odmowa

B31

→ B33

B32 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
- 2. Trochę
- 3. Średnio
- 4. Dość mocno
- 5. Bardzo mocno
- 9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

B32

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

B33 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 lub przez 1 dzień
- 2 – Przez kilka dni
- 3 – Przez ponad połowę dni
- 4 – Prawie każdego dnia
- 9 – Nie wie lub odmowa

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

B33A
B33B
B33C
B33D
B33E
B33F
B33G
B33H

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. B34–B37 nie należy ujmować pobytu związanego z porodem.

B34 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

1
2
9

→ B35
→ B36

B34

B35 Ile nocy łącznie spędził(-ła) Pan/Pani w szpitalu jako pacjent(-tka)? Nie wliczać pobytów niezakończonych

999 – Nie wie lub odmowa

B35

1. Liczba nocy

--	--	--

B36 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

B36

1	→ B37
2	
9	

999 – Nie wie lub odmowa B37

--	--	--

B37 Ile razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(-ła) Pan/Pani przyjęty(-ta) do szpitala jako pacjent(-tka) dzienny(-na)?

1. Liczba przyjęć

Następne pytanie dotyczy wizyt u dentystów lub ortodontów.

B38 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

B38

1
2
3
4
9

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

B39 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

B39

1	→ B40
2	
3	
4	
9	

99 – Nie wie lub odmowa B40

--	--

B40 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 lekarza, jak i wizyty domowe i konsultacje telefoniczne.

B41 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

B41

1	→ B42
2	
3	
4	
9	

B42 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)

99 – Nie wie lub odmowa	B42
<input type="text"/>	
1 – Tak	
2 – Nie	
9 – Nie wie lub odmowa	
<input type="text"/>	B43A
<input type="text"/>	B43B

B43 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 świadczonych osobom z problemami zdrowotnymi w ich domach. Usługi te obejmują np. opiekę domową świadczoną przez pielęgniarkę lub położną, pomoc przy pracach domowych, dostarczanie posiłków lub usługi transportowe. **Należy uwzględnić tylko usługi świadczone przez pracowników ochrony zdrowia lub pracowników socjalnych, zarówno płatne jak i bezpłatne.**

B44 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

	B44
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Chciałbym/chciałabym teraz zapytać Pana/Panią o stosowanie leków w ciągu ostatnich 2 tygodni. **Nie należy brać pod uwagę pigułek antykoncepcyjnych lub hormonów stosowanych wyłącznie do antykoncepcji.**

B45 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

	B45
<input type="text"/>	→ B46
<input type="text"/>	→ B47
<input type="text"/>	
1 – Tak	
2 – Nie	
9 – Nie wie lub odmowa	
<input type="text"/>	B46A
<input type="text"/>	B46B
<input type="text"/>	B46C
<input type="text"/>	B46D
<input type="text"/>	B46E
<input type="text"/>	B46F
<input type="text"/>	B46G
<input type="text"/>	B46H
<input type="text"/>	B46I
<input type="text"/>	B46J
<input type="text"/>	B46K
<input type="text"/>	B46L
<input type="text"/>	B46M
<input type="text"/>	B46N
<input type="text"/>	B46O
<input type="text"/>	B46P
<input type="text"/>	B46R

ANKIETER: KARTA B9

B46 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 lub 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. Tabletki nasenne
- O. Antybiotyki
- P. Hormonalne na tarczycę
- R. Inne leki przepisane przez lekarza

B47 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

ANKIETER: KARTA B10

B48 Czy były to następujące leki?

Rodzaje leków:

- A. Na bóle stawów (choroba zwyrodnieniowa lub 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

B47

1	→ B48
2	→ B49
9	

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

<input type="checkbox"/>	B48A
<input type="checkbox"/>	B48B
<input type="checkbox"/>	B48C
<input type="checkbox"/>	B48D
<input type="checkbox"/>	B48E
<input type="checkbox"/>	B48F
<input type="checkbox"/>	B48G
<input type="checkbox"/>	B48H

Teraz chcę spytać o szczepienia przeciwko grypie.

B49 Czy kiedykolwiek był(-ła) Pan/Pani szczepiony/a przeciwko grypie?

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

B50 Jeśli tak, to czy szczepił(-ła) się Pan/Pani w 2019 lub 2018 r.?

- 1. Tak
- 2. Nie, szczepiłem(-łam) się w roku 2017 lub dawniej
- 9. Nie wie lub odmowa

B51 Proszę podać, w którym miesiącu szczepił(-ła) się Pan/Pani, odrębnie dla 2019 i 2018 roku?

- A. W 2019 r. szczepiłem(-łam) się w miesiącu
- B. W 2018 r. szczepiłem(-łam) się w miesiącu

B49

1	→ B50
2	→ B52
9	

B50

1	→ B51
2	→ B52
9	

99 – Nie wie lub odmowa

<input type="text"/>	<input type="text"/>	B51A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	B51B

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

ANKIETER: KARTA B11

B52 Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani mierzone ciśnienie krwi przez pracownika ochrony zdrowia?

- 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

B52

1
2
3
4
5
9

B53 Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani mierzony poziom cholesterolu we krwi przez pracownika ochrony zdrowia?

B53

- 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

B54 Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani mierzony poziom cukru we krwi przez pracownika ochrony zdrowia?

B54

- 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.

B55 Kiedy ostatnio miał(-ła) Pan/Pani wykonane badanie na krew utajoną w kale?

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

B56

- 1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy
- 2. Od 1 roku do 5 lat temu
- 3. Od 5 lat do 10 lat temu
- 4. 10 lat temu lub więcej
- 5. Nigdy
- 9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

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

B57 Kiedy ostatnio miała Pani wykonaną mammografię (prześwietlenie rentgenowskie piersi)?

- 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
→ B59

B57

B58 Jaki był główny powód wykonania ostatniej mammografii?

- 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

B58

B59 Kiedy ostatnio miała Pani wykonane badanie cytologiczne (wymazu z szyjki macicy)?

- 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

→ B60
→ B61

B59

B60 Jaki był główny powód wykonania ostatniej cytologii?

- 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

B60

PYTANIE B59 TYLKO DLA KOBIET W WIEKU 15–49 LAT

ANKIETER: KARTA B12

B61 **Jakie metody regulacji urodzeń stosuje obecnie Pani lub partner?**
(można podać wiele odpowiedzi)

B61

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

PYTANIE B62 TYLKO DLA MĘŻCZYŹN W WIEKU 40 LAT I STARSZYCH
Zapytam Pana teraz o badania prostaty

B62 **Kiedy ostatnio miał Pan badanie lekarskie prostaty?**
(np. per rectum, USG czy tomografia)?

B62

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy | <input type="checkbox"/> |
| 2. Od 1 roku do 2 lat temu | <input type="checkbox"/> |
| 3. Od 2 lat do 3 lat temu | <input type="checkbox"/> |
| 4. 3 lata temu lub więcej | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nigdy | <input type="checkbox"/> |
| 9. Nie wie lub odmowa | <input type="checkbox"/> |

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

B63 **Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył(-ła) Pan/Pani opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę?**

B63

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Tak | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nie | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nie potrzebowałem(-łam) opieki zdrowotnej | <input type="checkbox"/> |
| 9. Nie wie lub odmowa | <input type="checkbox"/> |

B64 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył(-ła) Pan/Pani opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu odległości lub problemów z transportem?

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

1
2
3
9

B64

B65 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że nie stać było Pana/Panią, na następujący rodzaj opieki zdrowotnej pomimo potrzeby?

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

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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

B65A

B65B

B65C

B65D

DETERMINANTY ZDROWIA

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

B66 Ile Pan/Pani ma wzrostu (bez butów)?

1. W centymetrach

999 - Nie wie lub odmowa

B66

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

B67 Ile Pan/Pani waży (bez ubrania i butów)?
(Kobiety w ciąży podają wagę sprzed ciąży)

1. W kilogramach

999 - Nie wie lub odmowa

B67

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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.

B68

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

B68

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 zwykłe 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.

B69

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 w czasie wolnym, jak również w trakcie pracy, np. pieszy listonosz).

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

→ B70

0

→ B71

9

B69

B70

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

B70

B71

W zwykłym tygodniu, przez ile dni tygodnia DOJEŹDZA PAN/PANI ZWYKLE NA ROWERZE, HULAJNODZE co najmniej 10 minut bez przerwy, aby dotrzeć do różnych miejsc i/lub z nich powrócić? (nie ujmować rekreacyjnej jazdy, jak również w trakcie pracy np. kurier rowerowy).

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

→ B72

0

→ B73

9

B71

B72 Jak długo jeździ Pan/Pani zwykle na rowerze lub hulajnodze 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

B72

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

B73 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?

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

0
9

→ B74

→ B76

B73

B74 Ile czasu łącznie spędza Pan/Pani na uprawianiu sportów, fitnessu, rekreacyjnej aktywności fizycznej lub na siłowni w czasie wolnym w zwykłym tygodniu?

1. Ile godzin i ile minut
(jeśli mniej niż 1 godzina np. 50 minut wpisz 00 50)

--	--	--	--	--	--

9999 – Nie wie lub odmowa

B74

ANKIETER: KARTA B16

B75 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 wspomniat(-ta).

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

0
9

B75

Ostatnie pytanie w tym bloku dotyczy siedzenia lub leżenia podczas pracy, jazdy samochodem czy dojazdów komunikacją zbiorową, podczas oglądania telewizji, czytania, spotkań towarzyskich, itp. Nie należy uwzględniać snu.

ANKIETER: KARTA B17

B76 Ile czasu spędza Pan/Pani w pozycji siedzącej lub leżącej w zwykłym dniu?

1. Mniej niż 4 godziny
2. Od 4 do 6 godzin
3. Od 6 do 8 godzin
4. Od 8 do 10 godzin
5. Od 10 do 12 godzin
6. 12 godzin lub więcej.....
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
6
9

B76

ANKIETER: KARTA B18

B77 Jak często jada Pan/Pani owoce, z wyjątkiem soków?

B77

- 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	→ B78
2	
3	
4	→ B79
5	
9	

ANKIETER: KARTA B19

B78 Ile porcji owoców jada Pan/Pani codziennie?

99 – Nie wie lub odmowa

B78

1. Podać ile porcji

--	--

B79 Jak często jada Pan/Pani warzywa lub sałatki warzywne, z wyjątkiem ziemniaków i soków?

B79

- 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	→ B80
2	
3	
4	→ B81
5	
9	

ANKIETER: KARTA B20

B80 Ile porcji warzyw lub sałatek warzywnych jada Pan/Pani codziennie?

99 – Nie wie lub odmowa

B80

1. Podać ile porcji

--	--

B81 Jak często pije Pan/Pani 100% soki owocowe lub warzywne? Pytanie obejmuje soki świeżo wyciskane i jednodniowe, bez dodatku cukru lub innych substancji słodzących i co najmniej niepełną szklanę – ok.150 ml

B81

- 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
2
3
4
5
9

B82 Jak często pije Pan/Pani słodzone cukrem napoje bezalkoholowe gazowane i niegazowane typu coca-cola, oranżada, wody smakowe, napoje energetyczne itp. i co najmniej niepełną szklanekę – ok.150 ml?
Nie należy ujmować napojów typu light, zero kalorii, dietetycznych i sportowych.

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

B82

1
2
3
4
5
9

Poniższe pytania dotyczą nałogu palenia i narażenia na dym tytoniowy.

B83 Czy obecnie Pan/Pani pali tytoń? *Nie należy ujmować papierosów elektronicznych i podobnych urządzeń.*

1. Tak, codziennie
2. Tak, okazjonalnie
3. Nie, nie palę
9. Nie wie lub odmowa

B83

1	→ B84
2	
3	→ B86
9	

B84 Czy pali Pan/Pani papierosy wytwarzane przemysłowo lub ręcznie?

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

B84

1	→ B85
2	→ B86
9	

99 – Nie wie lub odmowa B85

| | | → B87

B85 Ile papierosów pali Pan/Pani średnio każdego dnia?

1. Liczba papierosów wytwarzanych przemysłowo lub skręcanych ręcznie

B86 Czy kiedykolwiek palił/ła Pan/Pani codziennie papierosy, fajkę lub cygara przez co najmniej 1 rok?

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

B86

1	→ B87
2	→ B88
9	→ B88

99 – Nie wie lub odmowa B87

| | |

B87 Ile lat pali lub palił Pan/Pani tytoń codziennie? *Jeśli dokładnie nie pamięta proszę oszacować ile lat w sumie. Jeśli krócej niż 1 rok wpisz 0*

1. Łączna liczba lat palenia tytoniu

ANKIETER: KARTA B21

B88 Jak często jest Pan/Pani narażony(-na) na dym tytoniowy wewnątrz różnych pomieszczeń (*nie należy brać pod uwagę własnego palenia*)?

1. Codziennie, przez 1 godzinę lub dłużej
2. Codziennie, ale krócej niż 1 godzinę
3. Co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie
4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
5. Nigdy lub prawie nigdy
9. Nie wie lub odmowa

B88

1
2
3
4
5
9

B89 Czy obecnie pali Pan/Pani papierosy lub cygara elektroniczne lub inne np. e-shisha?

- 1. Tak, palę codziennie
- 2. Tak, palę okazjonalnie
- 3. Nie, ale w przeszłości paliłem/am
- 4. Nie, nigdy nie używałem/łam
- 9. Nie wie lub odmowa

B89	
1	
2	
3	
4	
9	

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

ANKIETER: KARTA B22

B90 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

B90	
1	
2	
3	→ B91
4	
5	
6	→ B95
7	
8	
9	→ B96
99	
B91	

B91 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

B91	
1	
2	
3	→ B92
4	
5	
9	→ B93

ANKIETER: KARTA B23

B92 Od poniedziałku do czwartku, ile średnio wypija Pan/Pani w taki dzień, gdy pije Pan/Pani 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)

- A. Piwo – wpisać ile porcji (250 ml)
- B. Wino – wpisać ile porcji (100 ml)
- C. Wódka i inne napoje spirytusowe – wpisać ile porcji (30 ml)

		B92A
		B92B
		B92C

B93 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
2
3
4
9

→ B94

→ B95

B93

B94 Od piątku do niedzieli, ile średnio wypija Pan/Pani w taki dzień, gdy pije Pan/Pani 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)

- A. Piwo – wpisać ile porcji (250 ml)
- B. Wino – wpisać ile porcji (100 ml)
- C. Wódka i inne napoje spirytusowe – wpisać ile porcji (30 ml)

B94A

B94B

B94C

ANKIETER: KARTA B24

B95 Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wypijał(-ta) 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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
99

B95

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

B96 Ile osób jest Panu/Pani tak bliskich, że może Pan/Pani na nie liczyć, jeśli ma poważne problemy osobiste?

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

1
2
3
4
9

B96

B97	W jakim stopniu inne osoby (np. rodzina, przyjaciele, znajomi) okazują pozytywne zainteresowanie tym, co Pan/Pani robi, jak się Panu/Pani widzie?	B97
	1. W bardzo dużym stopniu	<input type="checkbox"/> 1
	2. W pewnym stopniu	<input type="checkbox"/> 2
	3. Ani w dużym ani w małym, nie jestem pewien/pewna	<input type="checkbox"/> 3
	4. W małym stopniu	<input type="checkbox"/> 4
	5. W ogóle tego nie okazują	<input type="checkbox"/> 5
	9. Nie wie lub odmowa	<input type="checkbox"/> 9

B98	Jak łatwo jest Panu/Pani uzyskać w razie potrzeby praktyczną pomoc od sąsiadów (np. wsparcie osobiste, poradę, pieniądze)?	B98
	1. Bardzo łatwo	<input type="checkbox"/> 1
	2. Łatwo	<input type="checkbox"/> 2
	3. Średnio, ani łatwo, ani trudno, ale jest możliwa	<input type="checkbox"/> 3
	4. Trudno	<input type="checkbox"/> 4
	5. Bardzo trudno	<input type="checkbox"/> 5
	9. Nie wie lub odmowa	<input type="checkbox"/> 9

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

B99	Czy regularnie, co najmniej 1 raz w tygodniu, świadczy Pan/Pani pomoc lub sprawuje opiekę nad osobą/osobami chorymi, niepełnosprawnymi lub starszymi?	B99
	1. Tak	<input type="checkbox"/> 1 → B100
	2. Nie	<input type="checkbox"/> 2 → CZAS
	9. Nie wie lub odmowa	<input type="checkbox"/> 9

B100	Czy ta osoba jest lub te osoby są? (można podać więcej niż 1 odpowiedź)	B100
	1. Członkami Pana/Pani rodziny	<input type="checkbox"/> 1
	2. Kimś spoza Pana/Pani rodziny	<input type="checkbox"/> 2
	9. Nie wie lub odmowa	<input type="checkbox"/> 9

B101	Przez ile godzin w tygodniu świadczy Pan/Pani tę opiekę lub pomoc?	B101
	1. Mniej niż 10 godzin w tygodniu	<input type="checkbox"/> 1
	2. Co najmniej 10, ale mniej niż 20 godzin w tygodniu	<input type="checkbox"/> 2
	3. 20 godzin w tygodniu lub więcej	<input type="checkbox"/> 3
	9. Nie wie lub odmowa	<input type="checkbox"/> 9

Czas trwania wywiadu indywidualnego w minutach

--	--	--

CZAS

Uwagi ankietera:

PONIŻSZY MODUŁ - TYLKO DLA OSÓB Z PRÓBY O NR 1

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ (BARIERY W UCZESTNICTWIE)

Kolejne pytania dotyczą możliwości uczestnictwa Pana/Pani w codziennych czynnościach, w takim stopniu w jakim Pan/Pani tego chce lub potrzebuje. Rozpoczniemy od pytań o możliwość przemieszczania się z jednego miejsca do innego, zarówno chodząc pieszo jak i korzystając z różnych form transportu.

Nie należy uwzględniać okoliczności czy sytuacji sporadycznych lub tymczasowych (np. przeziębienie respondenta lub złe warunki pogodowe w okresie realizacji wywiadu).

Dopuszcza się korzystanie z pomocy innej osoby i urządzeń pomocniczych (np. laska, wózek inwalidzki, itp.)

ANKIETER: KARTA M1

M1 Czy zwykle ma Pan/Pani trudności z wychodzeniem ze swojego domu, kiedy tylko Pan/Pani chce lub potrzebuje? Pytanie dotyczy wyjścia poza granice swojego własnego miejsca zamieszkania, np. na pobliskie ulice. Nie obejmuje wyjścia do przydomowego ogrodu.

- 1. Nie mam żadnych trudności
- 2. Mam pewne trudności
- 3. Mam duże trudności
- 4. W ogóle nie mogę / Nie jestem w stanie tego zrobić
- 5. Nie interesuje mnie to / Nie chcę tego robić
- 9. Nie wie lub odmowa

M1

1
2
3
4
5
9

ANKIETER: KARTA M2

M2 Czy zwykle ma Pan/Pani trudności z korzystaniem z prywatnego pojazdu (np. samochodu, motocykla, skutera) jako kierowca lub pasażer, kiedy tylko Pan/Pani chce lub potrzebuje?

- 1. Nie mam żadnych trudności
- 2. Mam pewne trudności
- 3. Mam duże trudności
- 4. W ogóle nie mogę / Nie jestem w stanie tego zrobić
- 5. Nie interesuje mnie to / Nie chcę tego robić
- 6. Nie mam dostępu do prywatnego pojazdu
- 9. Nie wie lub odmowa

M2

1
2
3
4
5
6
9

ANKIETER: KARTA M1

M3 Czy zwykle ma Pan/Pani trudności z dostępem do i korzystaniem z publicznych środków transportu (np. autobusu, tramwaju, metra, pociągu, autokaru, taksówki) kiedy tylko Pan/Pani chce lub potrzebuje?

Należy wziąć pod uwagę wszystkie czynniki, które mogą mieć wpływ na dostęp i korzystanie, jak np. problemy z wsiadaniem i wysiadaniem z pojazdu, odległość i położenie miejsca odjazdu, brak pieniędzy.

1. Nie mam żadnych trudności.
2. Mam pewne trudności
3. Mam duże trudności
4. W ogóle nie mogę / Nie jestem w stanie tego zrobić
5. Nie interesuje mnie to / Nie chcę tego robić
9. Nie wie lub odmowa

M3						
<table border="1"><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr><tr><td>4</td></tr><tr><td>5</td></tr><tr><td>9</td></tr></table>	1	2	3	4	5	9
1						
2						
3						
4						
5						
9						

ANKIETER: KARTA M3

M4 Czy zwykle ma Pan/Pani trudności w dostępie do różnych budynków i z poruszaniem się wewnątrz nich oraz w ich otoczeniu, kiedy tylko Pan/Pani chce lub potrzebuje?

Pytanie obejmuje budynki takie jak miejsce pracy, sklepy, restauracje, biura, obiekty rekreacyjne i domy/mieszkania innych ludzi.

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

M4					
<table border="1"><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr><tr><td>4</td></tr><tr><td>9</td></tr></table>	1	2	3	4	9
1					
2					
3					
4					
9					

JEŚLI W POPRZEDNICH PYTANIACH ZAZNACZONO PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ ODPOWIEDŹ 2, 3 LUB 4 - NALEŻY ZADAĆ PONIŻSZE PYTANIE, W INNYCH PRZYPADKACH PRZEJŚĆ DO PYTANIA M7

Poprzednio stwierdził(-a) Pan/Pani, że ma pewien stopień trudności z.....

(Ankieter wymienia czynności, dla których podano odpowiedź 2, 3 lub 4 w pyt. M1-M4).

ANKIETER: KARTA M4

M5 Co jest głównym powodem tych trudności?

Nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów i dolegliwości zdrowotnych (np. przeziębienie, złamana noga).

1. Długotrwała dolegliwość zdrowotna lub choroba.
2. Długotrwałe trudności związane z widzeniem, słyszeniem, koncentracją, chodzeniem, wchodzeniem po schodach, problem z orientacją, itp.
3. Zarówno długotrwała dolegliwość zdrowotna lub choroba jak i długotrwałe trudności związane z widzeniem, słyszeniem, koncentracją, chodzeniem, wchodzeniem po schodach, problem z orientacją, itp.
4. Żaden z ww. wymienionych (powody niezwiązane ze zdrowiem) ..
9. Nie wie lub odmowa

M5					
<table border="1"><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr><tr><td>4</td></tr><tr><td>9</td></tr></table>	1	2	3	4	9
1					
2					
3					
4					
9					

M6 Który z wymienionych poniżej powodów również przyczynia się do napotykanych trudności? Można podać więcej niż 1 odpowiedź.

1. Brak pieniędzy, nie stać mnie na to
2. Brak pewności siebie
3. Postawy i zachowania innych ludzi
4. Brak dogodnego lub dostępnego transportu
5. Trudności związane z korzystaniem ze środków transportu (np. wsiadanie lub wysiadanie z pojazdu, brak dostępnych miejsc, zbyt niewygodnie)
6. Trudności z parkowaniem (np. za mało miejsc parkingowych) ..
7. Słaba dostępność do różnych budynków (np. brak wind, ramp, oznakowania, zbyt wąskie drzwi, niedostosowane toalety) lub ich nieprzyjazne otoczenie (np. brak chodnika, nierówności terenu) ..
8. Inne powody
9. Nie wie lub odmowa

M6	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	9

PYTANIE DLA WSZYSTKICH RESPONDENTÓW

M7 Oto lista różnych aktywności życiowych. Czy zwykle ma Pan/Pani trudności z.....?

Rodzaje czynności:

- A. Uczaniem się nowych rzeczy lub zdobywaniem nowych umiejętności i kompetencji
- B. Wykonywaniem takiej pracy zarobkowej, jaką chciałby/chciałaby Pan/Pani wykonywać
- C. Korzystaniem z Internetu
- D. Rozwijaniem pasji, hobby lub zainteresowań, uprawianiem sportu.
- E. Uczestnictwem w życiu społecznym lub towarzyskim (np. spotkania z rodziną lub przyjaciółmi, wyjście na kolację, chodzenie na imprezy towarzyskie, do kina lub na zawody sportowe).

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 interesuje mnie to /Nie chcę tego robić		
9 - Nie wie lub odmowa		
	<input type="checkbox"/>	M7A
	<input type="checkbox"/>	M7B
	<input type="checkbox"/>	M7C
	<input type="checkbox"/>	M7D
	<input type="checkbox"/>	M7E

JEŚLI W POPRZEDNIM PYTANIU ZAZNACZONO PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ ODPOWIEDŹ 2, 3 LUB 4 - NALEŻY ZADAĆ PYTANIE M8 I M9. W INNYCH PRZYPADKACH NALEŻY PRZEJŚĆ DO PYT. M10.

Poprzednio stwierdził(-a) Pan/Pani, że ma pewien stopień trudności z.....
(Ankieter wymienia czynności, dla których podano odpowiedź 2, 3 lub 4).

M8 Co jest głównym powodem tych trudności?
Nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów i dolegliwości zdrowotnych (np. przeziębienie, złamana noga).

1. Długotrwała dolegliwość zdrowotna lub choroba.
2. Długotrwałe trudności związane z widzeniem, słyszeniem, koncentracją, chodzeniem, wchodzeniem po schodach, problem z orientacją, itp.
3. Zarówno długotrwała dolegliwość zdrowotna lub choroba jak i długotrwałe trudności związane z widzeniem, słyszeniem, koncentracją, chodzeniem, chodzeniem po schodach, problem z orientacją, itp.
4. Żaden z ww. wymienionych (powody niezwiązane ze zdrowiem) ..
9. Nie wie lub odmowa

M8	1
	2
	3
	4
	9

M9 Który z wymienionych poniżej powodów również przyczynia się do napotykanym trudności? Można podać więcej niż 1 odpowiedź.

1. Jestem bardzo zajęty(-a) pracą, rodziną, opieką lub innymi obowiązkami.
2. Brak pieniędzy, nie stać mnie na to.
3. Brak pewności siebie.
4. Postawy i zachowania innych ludzi.
5. Brak wiedzy, umiejętności lub informacji.
6. Bariery środowiskowe (np. trudności z dostępem do lub korzystaniem z transportu publicznego, różnych budynków, sklepów, poruszaniem się po ulicach, parkowaniem)
7. Brak możliwości (np. brak dostępnych miejsc pracy, brak możliwości nauki)
8. Inne powody.
9. Nie wie lub odmowa.

M9
1
2
3
4
5
6
7
8
9

JEŚLI W PYTANIU M5 LUB M8 ZAZNACZONO PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ ODPOWIEDŹ 1, 2 LUB 3 - NALEŻY ZADAĆ PONIŻSZE PYTANIE; W INNYCH PRZYPADKACH - KONIEC WYWIADU

Stwierdził(-a) Pan/Pani wcześniej, że ma trudności z wykonywaniem pewnych czynności ze względu na długotrwałą dolegliwość zdrowotną, chorobę lub trudności związane z widzeniem, słyszeniem, koncentracją, chodzeniem, wchodzeniem po schodach, problem z orientacją itp.

M10 Czy brak specjalistycznych urządzeń pomocniczych lub wyposażenia przyczynia się do napotykanym trudności?

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

M10
1
2
9
M11
1
2
9

M11 Czy brak pomocy innej osoby lub asystenta osobistego przyczynia się do napotykanym trudności?

Należy tu ująć zarówno pomoc świadczoną przez profesjonalistów (np. asystent osoby niepełnosprawnej), jak i udzielaną przez członków rodziny, sąsiadów, itp.

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