

NUMER ANKIETY .....

### WYWIAD ZDROWOTNY

**1. Jak opisałby Pan/i stan swojego zdrowia:**

- a. bardzo dobry       b. dobry       c. przyzwoity       d. zły       e. bardzo zły

**2. Czy występują u Pana/i jakieś choroby przewlekłe?**

- a. tak       b. nie

**3. Jeśli tak, to proszę zaznaczyć występujące u Pani/a choroby (znakiem „X”) i podać nazwy leków, które przyjmuje:**

	TAK	Ile lat choruje?	Jakie leki przyjmuje?
a) Przewlekła obturacyjna choroba płuc/ przewlekłe zapalenie oskrzeli	<input type="checkbox"/>		
b) Astma oskrzelowa	<input type="checkbox"/>		
c) Inna przewlekła choroba płuc (np. włóknienie, zatorowość, gruźlica)	<input type="checkbox"/>		
d) Zaburzenia oddychania w czasie snu	<input type="checkbox"/>		
e) Choroba niedokrwienna (wieńcowa) serca	<input type="checkbox"/>		
f) Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>		
g) Miażdżycza	<input type="checkbox"/>		
h) Zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/>		
i) Zaburzenia lipidowe (hipercholesterolemie, in.)	<input type="checkbox"/>		
j) Choroba zwyrodnieniowa i/lub dyskopatia kręgosłupa	<input type="checkbox"/>		
k) Choroba zwyrodnieniowa (artroza) stawów biodrowych	<input type="checkbox"/>		
l) Choroba zwyrodnieniowa (artroza) stawów kolanowych	<input type="checkbox"/>		
m) Osteoporoza	<input type="checkbox"/>		
n) Niedoczynność tarczycy	<input type="checkbox"/>		
o) Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/>		
p) Tzw. „guzki” w tarczycy	<input type="checkbox"/>		
q) Przebył/a leczenie choroby tarczycy tzw. radiojodem ( <sup>131</sup> I)	<input type="checkbox"/>		
r) Był/a leczony/a lub diagnozowany/a z powodu niepłodności	<input type="checkbox"/>		
s) Cukrzyca typu 1 (leczona od chwili rozpoznania insulinami)	<input type="checkbox"/>		
t) Cukrzyca typu 2	<input type="checkbox"/>		
u) Choroby skóry	<input type="checkbox"/>		
v) Choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/>		
w) Migrenowe bóle głowy	<input type="checkbox"/>		
x) Alergie	<input type="checkbox"/>		
y) Depresje (zaburzenia nastroju)	<input type="checkbox"/>		
z) Choroby narządów rodnych (kobiety)	<input type="checkbox"/>		
aa) Choroby prostaty (mężczyźni)	<input type="checkbox"/>		
bb) Inne schorzenia:	<input type="checkbox"/>		

**4. Czy Pan/i przebył/a złamanie tzw. osteoporotyczne (zaznaczyć znakiem „X”):**

- Tak       Nie

biodra (szyjki kości udowej)	<input type="checkbox"/>	nadgarstka (kości promieniowej)	<input type="checkbox"/>	kręgosłupa	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------	--------------------------

**5. Jeśli choruje Pan/i na alergię, to jest to alergia (zaznaczyć jeśli dotyczy):**

Pokarmowa <input type="checkbox"/>	Rodzaj alergenu .....	Wziewna <input type="checkbox"/>	Rodzaj alergenu .....
Skórna <input type="checkbox"/>	Rodzaj alergenu .....	Kontaktowa <input type="checkbox"/>	Rodzaj alergenu .....

**6. Czy występowały u Pana/i choroby nowotworowe?**

a. tak  jaka? ..... b. nie

**Czy był/a Pan/i z tego powodu operowany/a?**

a. tak  kiedy?: ..... jaki rodzaj operacji? ..... b. nie

**Inny rodzaj leczenia?**

a. radioterapia  b. chemioterapia  c. inne

**7. Czy przyjmuje Pan/i preparaty witaminowe/minerały?**

a. Tak  proszę wymienić: ..... b. Nie

**8. Czy rodzice lub rodzeństwo Pana/i byli leczeni z powodu:**

a. nadciśnienia tętniczego , b. choroby niedokrwiennej serca , c. cukrzycy t.2 , d. chorób tarczycy   
e. choroby nowotworowej ; jakiej? ..... f.  inne .....

**8. Czy Pan/i ma objawy: (zaznaczyć, jeśli dotyczy)**

Duszność spoczynkową	<input type="checkbox"/>
przy małym wysiłku <input type="checkbox"/> przy dużym wysiłku <input type="checkbox"/>	
Kaszel trwający dłużej niż 3 m-ce, przez większość dni w tygodniu	<input type="checkbox"/>
Okresowo - świsty, „granie w piersiach”	<input type="checkbox"/>
Łatwo męczy się (po niewielkich wysiłkach fizycznych)	<input type="checkbox"/>
Uczucie zmęczenia, znużenia w ciągu dnia	<input type="checkbox"/>
Zwiększona senność w ciągu dnia	<input type="checkbox"/>
Powiększenie obwodu szyi, tarczycy	<input type="checkbox"/>
Sucha skóra	<input type="checkbox"/>
Uczucie „kołatania, bicia” serca	<input type="checkbox"/>
Obniżony nastrój, zaburzenia depresyjne, uczucie smutku	<input type="checkbox"/>
Wzmógłona potliwość	<input type="checkbox"/>
Intensywne wypadanie włosów	<input type="checkbox"/>

**9. Czy u Pana/i występuje podczas pracy narażenie na następujące czynniki?:**

- a. Wysoka temperatura TAK NIE  
b. Niska temperatura (mrozy) TAK NIE  
c. Zmienne warunki atmosferyczne TAK NIE  
d. Promieniowanie TAK NIE (jeśli tak, jakie?: UV X inne)  
e. Substancje chemiczne TAK NIE (jeśli tak, jakie? .....)  
f. Nasłonecznienie (praca na zewnątrz): TAK NIE  
Jeśli tak, jakie osłony są stosowane?:  
-okulary przeciwsłoneczne TAK NIE  
-filtry przeciwsłoneczne TAK NIE  
g. Praca przy komputerze TAK NIE  
(jeśli tak, ile godzin dziennie?) .....  
h. Inne (jakie?).....

### STYL ŻYCIA

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem.

**Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/i wymienionych poniżej zachowań?**

Proszę odpowiedzieć szczerze wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

**1 – prawie nigdy; 2 – rzadko; 3 – od czasu do czasu; 4 – często; 5 – prawie zawsze.**

<b>1. Zachowanie</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Jem dużo warzyw, owoców					
2. Unikam przeziębień					
3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem					
4. Wystarczająco dużo odpoczywam					
5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier					
6. Mam zanotowane (znam) numery telefonów służb pogotowia					
7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco					
8. Unikam przepracowania					
9. Dbam o prawidłowe odżywianie					
10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań					
11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć					
12. Kontroluje swoją wagę ciała					
13. Unikam spożywania żywności z konserwantami					
14. Regularnie zgłaszam się na badanie lekarskie					
15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne					
16. Wystarczająco dużo śpię					
17. Unikam soli i silnie solonej żywności					
18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób					
19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja					
20. Ograniczam palenie tytoniu					
21. Jem pieczywo pełnoziarniste					
22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby					
23. Myślę pozytywnie					
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego					
25. Inne, jakie? .....					

**2. Jak często jada Pan/i następujące produkty spożywcze? (proszę zaznaczyć X odpowiednio dla każdego produktu)**

	<i>codziennie</i>	<i>Kilka razy w tygodniu</i>	<i>Rzadziej niż raz w tygodniu</i>	<i>Rzadziej niż raz na miesiąc, nigdy</i>
Sól jodowana				
Słodycze i przekąski				
Potrawy mączne				
Pieczywo białe				
Pieczywo razowe				
Mięso czerwone				
Drób/białe mięso				
Ryby				
Nabiał				
Warzywa i ziarna				
Owoce				
Jaja				
Napoje słodzone				
Tłuszcze zwierzęce				
Olej				

**2a. Czy dosala Pan/i potrawy?**

- a. nie  b. czasami/rzadko  c. często  d. zawsze

**3. Ile posiłków dziennie Pan/i spożywa? (proszę wpisać cyfrę) .....**

**4. Czy jada Pan/i również pomiędzy posiłkami głównymi?**

- a. nie  b. tak  Jeśli tak, to co jada Pan/i najczęściej? .....

**5. Który posiłek jest dla Pana/i posiłkiem głównym?**

- a. śniadanie.  b. II śniadanie  c. obiad  d. podwieczorek.  e. kolacja

**6. Spożycie alkoholu (aktualnie) – jeżeli „nie” to przejść do pyt. nr 10:**

- a. Nie  b. Tak

**7. Jeżeli „Tak“ to (podać objętość w ml - ..... i częstotliwość spożycia):**

- a. codziennie  b. kilka razy w tyg  c. w dni wolne od pracy  d. raz w tyg.

**8. Rodzaj alkoholu:**

- a. mocny alkohol  b. wino  c. piwo

**9. Czy zdrażają się stany upojenia ?**

- a. Nie  b. Tak

**10. W przeszłości spożywał Pan/Pani alkohol? (jeżeli „nie” to przejść do pyt. nr 14)**

- a. Nie  b. Tak

**11. Jeżeli „Tak“ to (podać objętość w ml - ..... i częstotliwość spożycia):**

- a. codziennie  b. kilka razy w tyg  c. w dni wolne od pracy  d. raz w tyg.

**12. Rodzaj alkoholu:**

- a. mocny alkohol  b. wino  c. piwo

**13. Czy zdrażają się stany upojenia ?**

- a. Nie  b. Tak

**14. Papierosy (aktualnie):**

- a. Nie  b. Tak

**Jeżeli „tak“ to:** a. < 1 paczka(20 szt.)/dziennie  b. >1 paczka(20 szt.)/dziennie

**15. W przeszłości palił Pan/Pani papierosy?**

- a. Nie  b. Tak

**Jeżeli „tak“ to:** a. < 1 paczka(20 szt.)/dziennie  b. >1 paczka(20 szt.)/dziennie

**16. Od ilu lat Pani/Pan nie pali? .....**

**17. Narażenie na palenie bierne - aktualnie (przebywanie w otoczeniu osób palących)**

- a. Nie  b. Tak  **Jeśli Tak to:** b.1. w domu  b. 2. w pracy

**18. Narażenie na palenie bierne – w przeszłości (przebywanie w otoczeniu osób palących)**

- a. Nie  b. Tak  **Jeśli Tak to:** b.1. w domu  b. 2. w pracy

**19. Czy w trakcie pracy zdarza się Pani/Panu dźwigać, lub używać siły?**

- a. Nie  b. Tak

**Jeśli tak, to jaka jest wielkość tych obciążeń?**

- a) < 5kg  b. 5-10kg  c) >10kg

**Jak często się to zdarza?**

przynajmniej raz na godzinę  / przynajmniej raz dziennie  / przynajmniej raz w tygodniu  / rzadziej

**20. Czy często czuje się Pani/a przemęczona/y po pracy?**

- a. Nie  b. Tak  → jest to zmęczenie: fizyczne  / psychiczne

**21. Czy Pani/a praca jest stresująca?**

- a. Nie  b. Tak  → napięcie z tym związane, w skali od 0 (brak stresu) do 10 (stres w obliczu katastrofy), osiąga zazwyczaj wartość .....

**22. Czy uprawia Pani/Pan regularnie jakiś sport?**

- a. tak  b. tylko sezonowo  b. nie

**Jeśli tak, to jaki?** ..... **Jak często?**

- a. codziennie  b. przeciętnie .... raz w tygodniu  c. przeciętnie .... razy w miesiącu  d. rzadziej

**Ile czasu poświęca Pani/Pan na to za każdym razem?** ..... minut/godzin

**23. Czy kiedyś uprawiała Pani/Pan sport wyczynowo?**

- a. tak  (jaki? ..... ) b. nie

**24. Czy w ciągu ostatnich 5 lat zmieniła się Pani/Pana masa ciała?**

- a. Bez zmian  b. Ubytek  -(ile kg?): ..... c. Przyrost  -ile kg?): .....

**25. Czy zmieniło się Pani/Pana ciśnienie tętnicze w ciągu ostatnich kilku lat?**

- a. Bez zmian  b. Spadek  (ile?) ..... c. Wzrost  (ile?) .....

**BORELIOZA**

**1. Czy mieszka Pan/Pani w pobliżu terenów zalesionych?**

- a. tak  b. nie

**2. Od jak dawna zamieszkuje Pan/Pani tereny wiejskie?**

- a. poniżej 2 lat  b. 2-5 lat  c. 6-10 lat  d. ponad 10 lat

**3. Czy często przebywa Pan/Pani w lesie?**

- a. tak  b. nie  c. sporadycznie

**4. Ile czasu przeciętnie dziennie spędza Pan/Pani na terenach w pobliżu lasu (50-200 metrów) i samym lesie?**

- a. 1-3 godz.  b. 4-6 godz.  c. ponad 6 godz.

**5. Czy był/a Pan/Pani pokłuta przez kleszcze?**

- a. tak  b. nie  c. nie pamiętam

**6. Jeśli tak, ile razy był/a Pan/Pani pokłuta przez kleszcze w swoim życiu?**

- a. wcale  b. jeden raz  c. kilka razy  d. kilkanaście razy  e. nie pamiętam

**7. Czy miał/a Pan/Pani wykonywane badania surowicy krwi w kierunku boreliozy?**

- a. tak  b. nie  c. nie pamiętam

**8. Jeśli tak, to czy wynik był:**

- a. dodatni  b. ujemny  c. nie pamiętam

**9. Czy miał/a Pan/Pani stwierdzoną przez lekarz boreliozę lub podejrzenie boreliozy?**

- a. tak  b. nie  c. nie pamiętam

**10. Czy po powrocie z terenów zalesionych sprawdza Pan/Pani swoje ciało w celu ewentualnego usunięcia kleszcza?**

- a. tak  b. nie  c. rzadko

**11. W jaki sposób kleszcze usuwa Pan/Pani z ciała?**

- a. samodzielnie  b. przez lekarza/pielęgniarkę  c. z pomocą innych osób

**12. Czy stosuje Pan/Pani repelenty-preparaty przeciw kleszczom?**

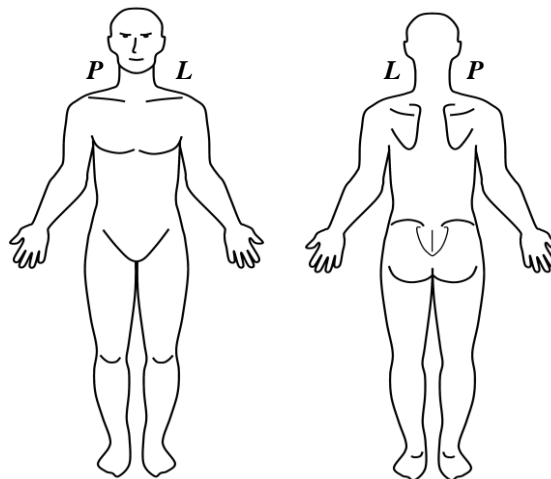
- a. tak  b. nie  c. sporadycznie

**13. Za pomocą jakich przyrządów usuwa Pan/Pani kleszcze?**

- a. pęseta  b. specjalnych przyrządów (lassso, haczyki kleszczołapki)   
c. palcami dłoni  d. inne sposoby

**DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY UKŁADU RUCHU**

1. Na rysunku obok zaznacz miejsca / obszar bólu odczuwanego obecnie (dziś, lub w ciągu ostatnich dni) →



2. ↓ Poniżej proszę zaznaczyć „X” w odpowiednim polu, jeśli odpowiedź dotycząca danej części ciała brzmi TAK. (w przypadku kończyn - P lub L, zależnie od zajętej strony)  
Jeśli ból jest obecnie odczuwany w danej okolicy, proszę podać jego intensywność używając umownej skali 0-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 ból nie do wytrzymania:



	Kregosłup			bark (P / L ?)	łokieć (P / L ?)	ręka / nadgarstek (P / L ?)	kolano (P / L ?)
	szyjny	piersiowy	łędźwiowy				
1) ból obecnie (jeśli tak, to w skali 0-10)							
2) ból w przeszłości? - od ilu lat?							
3) dotychczas bóle ustępowały same, bez leczenia							
4) Z powodu dolegliwości danej okolicy:							
a) korzystałam/em z pomocy lekarskiej (lek. rodzinny – R, ortopeda – O, neurolog – N, inny – I; proszę zaznaczyć odpowiednią literę)							
b) brałam/em leki przeciwbólowe							
c) korzystałam/em z rehabilitacji (zabiegi – Z, masaż - M, ćwiczenia - C; proszę zaznaczyć odpowiednią literę)							
d) miałam/em wykonywane badania radiologiczne ( prześwietlenie Rtg, USG, rezonans magnetyczny, lub tomograf komputerowy)							
e) korzystałam z zwolnienia chorobowego (ile dni w ubiegłym roku?)							
f) odczuwam ograniczenie swobody w wykonywaniu codziennych, zwykłych czynności (np. ubieranie)							
g) mam ustaloną niepełnosprawność (jaki stopień?)							
5) Przebyte w przeszłości urazy danej okolicy (złamania, zwichnięcia)							
6) Przebyte operacje danej okolicy							

3. Poniższe pytania pozwolą na ocenę wpływu dolegliwości bólowych kręgosłupa na Pani/a codzienną aktywność życiową. Proszę odpowiedzieć na wszystkie 15 pytań zaznaczając w każdym pytaniu **tylko jedną** odpowiedź, która jest najbliższa Pani/a odczuciom (stawiając „X” po lewej stronie odpowiedzi).

**Pytanie 1. Nasilenie bólu:**

- Ból jest łagodny, czasami nasila się, czasami zanika. Nie muszę stosować leków przeciwbólowych,
- Ból jest łagodny, jego nasilenie jest raczej niezmienne. Wytrzymuję bez środków przeciwbólowych,
- Ból jest średni, czasami nasila się, czasami zanika,
- Ból jest średni, jego nasilenie jest raczej niezmienne,
- Ból jest silny, czasami nasila się, czasami zmniejsza się,
- Ból jest silny, jego nasilenie jest raczej niezmienne,

**Pytanie 2. Samodzielność:**

- Codzienne czynności nie nasilają bólu dlatego jestem całkowicie samodzielna/y,
- Niektóre codzienne czynności nasilają bóle, funkcjonuję bez niczyjej pomocy,
- Odczuwam ból podczas codziennych czynności, wykonuję je jednak wolniej i ostrożniej,
- Potrzebuję pomocy, jednak w dużej mierze jestem samodzielna/y,
- Potrzebuję pomocy codziennie w większości wykonywanych przeze mnie czynności,
- Nie mogę się samodzielnie ubrać, mycie sprawia mi problemy, leżę w łóżku.

**Pytanie 3. Podnoszenie przedmiotów:**

- Mogę podnosić ciężkie przedmioty i nie nasila to bólu,
- Mogę podnosić ciężkie przedmioty lecz odczuwam przy tym nasilenie bólu,
- Ból uniemożliwia podnoszenie ciężkich przedmiotów z podłogi, jednak mogę je podnieść jeśli są dogodnie umiejscowione np. na stole,
- Ból uniemożliwia podnoszenie ciężkich rzeczy, jednak mogę podnosić średnio lekkie przedmioty jeśli są dogodnie umiejscowione np. na stole,
- Mogę podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty,
- Nie mogę podnosić żadnych przedmiotów.

**Pytanie 4. Praca/dom:**

- Mogę wykonywać normalne obowiązki służbowe/czynności domowe, jak długo zechcę,
- Mogę wykonywać tylko typowe obowiązki służbowe/domowe, nic ponad to,
- Mogę wykonywać część z moich obowiązków służbowych/domowych, nic ponadto,
- Z powodu bólu nie mogę wykonywać moich zwykłych obowiązków służbowych/domowych,
- Z powodu bólu nie mogę wykonywać nawet lekkich czynności zawodowych/domowych,
- Z powodu bólu nie mogę wykonywać żadnej pracy/czynności domowych.

**Pytanie 5. Spanie:**

- Nie odczuwam bólu podczas snu
- Odczuwam ból w łóżku, który jednak nie przeszkadza mi w zaśnięciu.
- Z powodu bólu nie przysypiam 1/2 nocy
- Z powodu bólu nie przysypiam połowy nocy.
- Z powodu bólu nie przysypiam 1/3 nocy.
- Ból uniemożliwia mi zaśnięcie.

**Pytanie 6. Stanie:**

- Mogę stać jak długo zechcę i nie odczuwam bólu,
- Podczas stania odczuwam bóle, które się nie nasilają,
- Dłuższe stanie powoduje nasilenie bólu,
- Ból nasila się po 30 minutach w pozycji stojącej,
- Ból nasila się po 10 minutach w pozycji stojącej,
- Unikam stania, gdyż od razu odczuwam ból.

**Pytanie 7. Siedzenie:**

- Mogę długo siedzieć na obojętnie jakim krześle i nie odczuwam bólu,
- Mogę długo siedzieć tylko na moim ulubionym krześle,
- Ból uniemożliwia mi siedzenie dłuższe niż 1 godzinę,
- Ból uniemożliwia mi siedzenie dłuższe niż 30 minut,
- Z powodu bólu nie mogę siedzieć dłużej niż 1 minutę
- Bóle w ogóle uniemożliwiają mi siedzenie.

**Pytanie 8. Chodzenie**

- Mogę chodzić swobodnie, bez dolegliwości bólowych,
- Bóle podczas chodzenia nasilają się,
- Ból uniemożliwia mi pokonywanie dystansów > 1,5 km.
- Ból uniemożliwia mi pokonywanie dystansów > 700 m.
- Mogę chodzić tylko przy pomocy kul lub „balkonika”,
- Przez większą część dnia leżę lub siedzę.

---

**Pytanie 9. Podróże:**

- Nie odczuwam bólu podczas podróży,
- Niekiedy odczuwam bóle podczas podróży jednak sposób w jaki podróżuję nie powoduje ich nasilenia,
- Odczuwam silniejsze bóle podczas podróży jednak nie zmuszają mnie one do zmiany środka transportu,
- Odczuwam silniejsze bóle podczas podróży i dobieram sposób podróżowania by je zmniejszyć,
- Ból ogranicza moje możliwości podróżowania,
- Ból uniemożliwia mi podróżowanie, z wyjątkiem gdy podczas podróży mogę leżeć.

**Pytanie 11. Czytanie**

- Mogę czytać jak długo zechcę bez bólu szyi,
- Mogę czytać jak długo zechcę lecz odczuwam nieznaczne bóle szyi,
- Mogę czytać jak długo zechcę lecz odczuwam średnie bóle szyi,
- Nie mogę czytać jak długo zechcę z powodu średnich bólów szyi,
- Nie mogę czytać jak długo zechcę z powodu znacznych bólów szyi,
- Nie mogę czytać z powodu dolegliwości bólowych szyi.

---

**Pytanie 13. Wypoczynek:**

- Mogę aktywnie wypoczywać, bez odczuwania bólu szyi,
- Mogę aktywnie wypoczywać, odczuwając niewielkie bóle szyi,
- Nie mogę stosować wszystkich form aktywnego wypoczynku, z powodu bólu szyi,
- Mogę stosować tylko niektóre formy aktywnego wypoczynku, z powodu bólu szyi,
- Z powodu bólu szyi prawie wcale nie mogę spędzać aktywnie wolnego czasu,
- Nie mogę aktywnie wypoczywać.

**Pytanie 15. Koncentracja:**

- Bez trudu, mogę się skoncentrować, kiedy tylko chcę,
- Z niewielkim wysiłkiem, mogę się skoncentrować, kiedy tylko chcę,
- Mam znaczne problemy z koncentracją,
- Mam duże problemy ze skupieniem uwagi,
- Koncentracja wymaga ode mnie dużego wysiłku,
- Nie potrafię się skoncentrować.

**Pytanie 10. Życie towarzyskie:**

- Moje życie towarzyskie jest normalne, bez bólów,
- Moje życie towarzyskie jest normalne, jednak czasem odczuwam nasilenie bólu,
- Ból nie ma większego wpływu na moje życie towarzyskie jednak muszę unikać zajęć wymagających nadmiernego ruchu jak np. tańca,
- Moje życie towarzyskie jest ograniczone z powodu bólu, nie wychodzę zbyt często z domu,
- Z powodu bólu całe moje życie towarzyskie ograniczam do spotkań w moim domu,
- Z powodu bólu nie prowadzę żadnego życia towarzyskiego.

**Pytanie 12. Bóle głowy:**

- Nigdy nie miałam/em bólów głowy,
- Miewam nieznaczne bóle głowy, które pojawiają się nieregularnie,
- Miewam średnio nasilone bóle głowy, które pojawiają się dość rzadko,
- Miewam średnio nasilone bóle głowy, które pojawiają się często,
- Mam silne bóle głowy, które pojawiają się często,
- Prawie zawsze boli mnie głowa

---

**Pytanie 14. Kierowanie samochodem:**

- Mogę kierować samochodem jak długo zechcę, bez bólów szyi,
- Mogę kierować samochodem jak długo zechcę, odczuwając niewielkie bóle szyi,
- Mogę kierować samochodem jak długo zechcę, odczuwając średnie bóle szyi,
- Nie mogę długo kierować samochodem z powodu średnich bólów szyi,
- Z powodu znacznych bólów szyi, ciężko mi kierować samochodem,
- Wcale nie mogę kierować samochodem.

(na podstawie kwestionariuszy ODI oraz NDI)



**Wiedza na temat przyczyn zespołów bólowych kręgosłupa i przeciążeń kończyn górnych**

1. Wiem jak prawidłowo (ergonomicznie) zorganizować swoje stanowisko pracy. TAK  / NIE  / Nie mam pewności
2. Znam techniki bezpiecznego dźwigania. TAK  / NIE  / Nie mam pewności
3. Znam przyczyny zespołów bólowych kręgosłupa. TAK  / NIE  / Nie mam pewności
4. Jak sądzisz, jaka sytuacja jest **najbardziej szkodliwa** dla kręgosłupa? A. Siedzenie  / stanie  / leżenie  / chodzenie   
B. Plecy zgarbione  / wyprostowane  / przeprost pleców  C. Praca dynamiczna (bez dźwigania)  / praca statyczna
5. Wiem co to jest krążek międzykręgowy (dysk) i jaka jest jego rola. TAK  / NIE  / Nie mam pewności
6. Jaka jest najczęstsza przyczyna uszkodzenia dysku? Zapalenie  / uraz  / długotrwałe przeciążenie
7. Promieniowanie bólu z kręgosłupa do ręki lub nogi jest objawem: mało istotnym  / poważnym
8. Wiem jak radzić sobie w przypadku bólu pleców, karku lub kończyn górnych. TAK  / NIE  / Nie mam pewności
9. Znam ćwiczenia, które chronią mnie przed skutkami przeciążenia kręgosłupa. TAK  / NIE  / Nie mam pewności
10. Moja wiedza na temat zespołów bólowych kręgosłupa lub kończyn górnych pochodzi z:  
czasopism, książek  / programów TV  / Internetu  / rozmowy z lekarzem, rehabilitantem  / szkolenia w pracy
11. Czy uważasz, że szkolenia rolników w zakresie sposobów zapobiegania bólom  
pleców, karku lub kończyn górnych są potrzebne? TAK  / NIE  / Szkoda czasu

Jeżeli TAK, to jaką formę powinny mieć według Ciebie takie szkolenia?

Wykład teoretyczny  / instruktaż praktyczny dotyczący dostosowania stanowiska pracy  /  
demonstracja ćwiczeń pleców, szyi  / inna forma  .....

**Skala Oceny Bólu wg Barbary Headley**

Proszę postawić „X”, w miejscu, które najlepiej pokazuje w jaki sposób ból zaburza Pani funkcjonowanie

1. Jak postrzega Pan/i swój ból? Bez bólu |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Najgorszy możliwy  
0 2 4 6 8 10
2. Jak bardzo Pana / Panią boli w nocy? Bez bólu |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Najgorszy możliwy  
0 2 4 6 8 10
3. Czy ból zaburza Pana / Pani aktywność? Bez problemu |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Najgorszy możliwy  
0 2 4 6 8 10
4. Czy środki przeciwbólowe pomagają? Znoszą ból |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Ból bez zmian  
0 2 4 6 8 10
5. Jak dużą sztywność odczuwa Pan/i w plecach/szyi? Brak |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Duża sztywność  
0 2 4 6 8 10
6. Czy Pana/i problem przeszkadza w siedzeniu? Nie |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Nie mogę siedzieć  
0 2 4 6 8 10
7. Czy chodzenie powoduje ból? Bez bólu |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Nie mogę chodzić  
0 2 4 6 8 10
8. Czy ból przeszkadza w nieruchomym siedzeniu / staniu? Nie przeszkadza |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Uniemożliwia siedzenie/stanie  
0 2 4 6 8 10
9. Czy ból przeszkadza w Pana/i normalnych obowiązkach domowych? Bez problemu |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Niczego nie mogę zrobić  
0 2 4 6 8 10
10. Czy ból przeszkadza Panu/i w jeździe samochodem? Nie |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Nie mogę prowadzić  
0 2 4 6 8 10
11. Czy kiedy Pan/i się położy, ból się zmniejsza? Ból znika |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Brak poprawy  
0 2 4 6 8 10
12. Jak bardzo musiał Pan/i zmienić swoje obowiązki w pracy? Bez zmian |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Nie mogę pracować  
0 2 4 6 8 10
13. Czy jest Pan / Pani w stanie kontrolować swój ból? Całkowita kontrola |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Brak kontroli  
0 2 4 6 8 10
14. Na ile utracił Pan / Pani kontrolę nad innymi częściami swojego życia ze względu na ból? Zachowana kontrola |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Całkowita utrata kontroli  
0 2 4 6 8 10

**Skala Becka.**

Poniżej znajdują się ponumerowane grupy twierdzeń oznaczone literami od A do U. Z każdej grupy wybierz stwierdzenie, które najlepiej cię opisuje i zaznacz stojącą przy nim cyfrę.

<b>A</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Nie jestem smutny ani przygnębiony.	<b>L</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Ludzie interesują mnie jak dawniej
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Odczuwam często smutek, przygnębienie		<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć		<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania		<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Utraciłem wszelkie zainteresowanie innymi ludźmi
<b>B</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Nie przejmuję się zbytnio przyszłością	<b>L</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Decyzję podejmuję łatwo, tak jak dawniej
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Często martwię się o przyszłość		<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka		<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Mam dużo trudności z podjęciem decyzji
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni		<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji
<b>C</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Sądzę, że nie popełniam większych. zaniedbań	<b>M</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni		<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Martwię się tym, że wyglądam staro i nieatrakcyjnie
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Kiedy spoglądam na to, co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań		<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Czuję, że wyglądam coraz gorzej
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle		<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco
<b>D</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	To co robię sprawia mi przyjemność	<b>N</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Mogę pracować jak dawniej
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Nie cieszy mnie to, co robię		<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Z trudem rozpoczynam każdą czynność
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia		<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności, wszystko mnie nuży		<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Nie jestem w stanie nic robić
<b>E</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Nie czuję się winnym, ani wobec siebie, ani wobec innych	<b>O</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Sypiam dobrze, jak zwykle
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Dość często miewam wyrzuty sumienia		<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Sypiam gorzej niż dawniej
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Często czuję, że zawiniłem		<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Rano budzę się 1-2 godzin za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Stale czuję się winnym		<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć
<b>F</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Sądzę, że nie zasługuję na karę	<b>P</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Nie męczę się bardziej niż dawniej
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Sądzę, że zasługuję na karę		<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Spodziewam się ukarania		<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Męczę się wszystkim co robię
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Wiem, że jestem karany (lub ukarany).		<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek robić
<b>G</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Jestem z siebie zadowolony	<b>R</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Mam apetyt nie gorszy niż dawniej
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Nie jestem z siebie zadowolony		<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Mam trochę gorszy apetyt
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Czuję do siebie niechęć		<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Apetyt mam wyraźnie gorszy
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Nienawidzę siebie		<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Nie mam w ogóle apetytu
<b>H</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Nie czuję się gorszy od innych ludzi	<b>S</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca)
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy		<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Straciłem na wadze więcej niż 2 kg
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Stale potępiam siebie za popełnione błędy		<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Straciłem na wadze więcej niż 4 kg.
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Winię siebie za wszystko zło, które istnieje		<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Straciłem na wadze więcej niż 6 kg.
<b>I</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Nie myślę o odebraniu sobie życia	<b>T</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Myślę o samobójstwie, ale nie mógłbym tego dokonać		<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcie, bóle
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Pragnę odebrać sobie życie		<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Stan mego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność		<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć
<b>J</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Nie płaczę częściej niż zwykle	<b>U</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Płaczę częściej niż dawniej		<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu).
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Ciągle chce mi się płakać		<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują.
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie		<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Utraciłem wszelkie zainteresowanie sprawami seksu.
<b>K</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej	<b>Suma punktów: .....</b>		
	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej			
	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony			
	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Wszystko co dawniej mnie drażniło stało się obojętne			

## WYWIAD GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY

### 1. Czy regularnie Pani miesiączkuje?

- Tak , data ostatniej miesiączki .....
- Nie , data ostatniej miesiączki .....
- Cykle są dłuższe niż co 35 dni
- Cykle są krótsze niż co 22 dni
- Od ostatniej miesiączki (ostatniej regularnej) minął więcej niż rok

### 2. Jeśli od ostatniej prawidłowej miesiączki minął CO NAJMNIEJ rok proszę opisać przebieg przekwitania odpowiadając na pytania:

- W jakim wieku zauważyła Pani pierwsze objawy przekwitania? .....
- Kiedy wystąpiła ostatnia prawidłowa miesiączka? (ile lat temu?, ile miesięcy?) .....
- Jak długo trwały objawy przekwitania (w miesiącach, w latach) .....
- Jakie były u Pani najwyraźniej odczuwalne objawy przekwitania?  
.....  
.....

### 3. Czy Pani rodziła?

- Nie  (czy były jakieś powody zdrowotne?, czy przyjmowała Pani z tego powodu leki hormonalne?)  
.....
- Tak  (ile razy?) .....

### 4. Jeżeli były porody, to:

Lp.	Wiek pacjentki w czasie ciąży	Siłami natury/ cięcie cesarskie (wpisać sposób porodu)	Stan dziecka po porodzie (dobry, zły)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

### 5. Czy u Pani zdarzały się poronienia?

- Nie
- Tak

### 6. Czy ma Pani stwierdzone jakieś schorzenie/nieprawidłowość ginekologiczną?

- Nie
- Tak  (jakie?) .....

Np.

- mięśniaki macicy
- torbiele jajników
- zespół policystycznych jajników
- endometrioza
- patologiczne zmiany na szyjce macicy
- nietrzymanie moczu
- inne  (jakie?) .....

### 7. Przebyte zabiegi/operacje ginekologiczne:

- Nie było
- Były  (jakie?) .....

### 8. Czy przyjmuje lub przyjmowała Pani antykoncepcję hormonalną?

- Nie
- Tak , jak długo? ....., od kiedy nie przyjmuje? .....

### 9. Czy przyjmowała/uje Pani hormonalną terapię zastępczą?

- Nie
- Aktualnie przyjmuje , jaki lek? .....
- Przyjmowałam w przeszłości , Jakie przyjmowała Pani leki? ....., i przez jaki czas? .....

## METRYCZKA (wypełnia badany)

1. Rok urodzenia: .....

2. Stan cywilny:

- a. zamężna/zonaty     b. samotna/y-panna/kawaler     c. samotna/y- rozwiedziona/y   
d. samotna/y-wdowa/wdowiec     e. samotna/y-w separacji

3. Wykształcenie

- a. bez wykształcenia/niepełne podstawowe     b. podstawowe     c. zawodowe   
d. średnie (ukończone technikum lub liceum)     e. wyższe

4. Wyuczony zawód: .....

5. Status zawodowy:

- a. aktywna/y rolnik     b. na emeryturze     c. na rencie   
d. na utrzymaniu (wspólne domostwo rolnika)

6. Miejsce zamieszkania

- a. odległość w km od najbliższego miasta powiatowego .....

b. odległość w km od miasta wojewódzkiego .....

## BADANIE PODMIOTOWE (wypełnia pielęgniarka)

wzrost .....cm//    masa ciała .....kg//    obwód talii .....cm//    obwód bioder .....cm//    obwód szyi .....cm

RR ...../.....mmHg    tętno ...../min.    BMI .....    WHR .....

Stężenie glukozy .....mg%

## 6-MINUTOWY TEST MARSZU

Dystans testu .....m

Przed testem:

RR ...../.....mmHg, HR ...../min, sat. O<sub>2</sub> ....., Borg sc. ....

Po teście:

RR ...../.....mmHg, HR ...../min, sat. O<sub>2</sub> ....., Borg sc. ....

Uwagi (przyczyna przerwania, inne okoliczności itp.):

---

## UWAGI/UZUPEŁNIENIA

Data:   .   .

autoryzacja pielęgniarki

Jeśli uczestnik przerwał badanie, proszę podać przyczynę:

-----