
Twoje zdrowie

-i-

samopoczucie

Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF™)

Poniższa ankieta zawiera pytania dotyczące Pana/Pani opinii o własnym zdrowiu. Informacje te pozwolą nam zorientować się, jakie jest Pana/Pani samopoczucie i dowiedzieć się, na ile jest Pan/Pani w stanie wykonywać swoje codzienne zajęcia.



***Dziękujemy Państwu za udzielenie odpowiedzi
na poniższe pytania!***

Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™)
Polish
Copyright © 1993, 1994, 1995 by RAND and the University of Arizona.

SF-36 Health Survey
Copyright © 1992 Medical Outcomes Trust. All rights reserved.
(SF-36 Polish)

Powyższy wstęp jest zaczerpnięty z Ankiety na temat Zdrowia SF-36 za upoważnieniem autora.
Prawa autorskie (Copyright) 1992, Medical Outcomes Trust.

Badania jakości życia pacjentów poddawanych dializie

Jaki jest cel tych badań?

Nasze badania są prowadzone przy współpracy lekarzy i ich pacjentów. Ich celem jest ocena jakości życia pacjentów ze schorzeniami nerek.

O co będziecie mnie prosić?

W ramach tych badań prosimy Pana/Panią dzisiaj o wypełnienie ankiety na temat Pana/Pani samopoczucia oraz podanie pewnych danych biograficznych.

Poufność informacji

Nie pytamy o Pana/Pani nazwisko. Przy ogłaszaniu wyników naszych badań Pana/Pani odpowiedzi będą włączone do odpowiedzi innych uczestników naszych badań. Wszelkie informacje, które umożliwiłyby rozpoznanie Pana/Pani, będą traktowane jako ściśle poufne. Wszelkie zebrane informacje będą użyte wyłącznie do celów badawczych; nie będą ujawnione bądź udostępnione do żadnych innych celów bez Pana/Pani uprzedniej zgody.

Jakie korzyści odniesie Pani(i) z uczestnictwa?

Informacje, którymi się Pan(i) podzieli z nami, pozwolą nam dowiedzieć się, co Pan(i) sądzi o swojej opiece medycznej i pogłębią naszą wiedzę na temat skutków opieki medycznej dla zdrowia pacjentów. Informacje te pomogą w ocenie zapewnianej Panu/Pani opiece.

Czy mój udział jest obowiązkowy?

Nie musi Pan(i) wypełniać tej ankiety; może też Pan(i) odmówić odpowiedzi na dowolne pytanie. Pana/Pani decyzja odnośnie uczestnictwa nie wpłynie na opiekę medyczną, którą Pan(i) otrzymuje.

Pana/Pani zdrowie

1. **Ogólnie powiedział(a)by Pan(i), że Pana/Pani zdrowie jest:**
[Proszę zaznaczyć w jednej kratce najlepiej odzwierciedlającej Pana/Pani odpowiedź.]

Doskonałe	Bardzo dobre	Dobre	Nieźle	Złe
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. **W porównaniu do okresu przed rokiem, jakby Pan(i) ogólnie ocenił(a) obecnie swoje zdrowie?**

Dużo lepiej niż przed rokiem	Nieco lepiej niż przed rokiem	Prawie takie samo jak przed rokiem	Nieco gorsze obecnie niż przed rokiem	Znacznie gorsze obecnie niż przed rokiem
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Poniższe pytania dotyczą czynności, które może Pan(i) wykonać w zwykłym dniu. Czy Pana/Pani stan zdrowia obecnie ogranicza Pana/Panią w wykonywaniu tych czynności? Jeżeli tak, to w jakim stopniu? [Proszę zaznaczyć w kwadracie w każdym wierszu.]

	Tak, bardzo ogranicza	Tak, nieco ogranicza	Nie, nie ogranicza
	▼	▼	▼
a <u>Czynności wysiłkowe</u> , np. bieganie, podnoszenie ciężkich przedmiotów, męczące zajęcia sportowe.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Umiarkowane czynności</u> , np. przestawianie stołu, odkurzanie, gry ruchowe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Noszenie zakupów	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Wchodzenie po schodach na <u>kilka</u> pięter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Wchodzenie po schodach na <u>jedno</u> piętro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Schyłanie się lub klękanie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Przejście <u>ponad 1 km</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Przejście <u>około 500 m</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Przejście <u>około 100 m</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Mycie się lub ubieranie.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni z powodu Pana/Pani zdrowia fizycznego wystąpiły jakieś z poniższych problemów w Pana/Pani pracy lub codziennych zajęciach?

	Tak ▼	Nie ▼
a Skrócenie <u>ilości czasu</u> spędzanego na pracy lub innych czynnościach.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b <u>Osiąganie mniej</u> niżby się chciało	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c Ograniczenie <u>rodzaju</u> wykonywanej pracy lub innych czynności	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d Miał(a) Pan(i) <u>trudności</u> w wykonaniu pracy lub innych czynności (na przykład wymagały większego wysiłku).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

5. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni z powodu problemów emocjonalnych (np. depresji, lęku) wystąpiły któreś z poniższych problemów w Pana/Pani pracy lub codziennych czynnościach?

	Tak ▼	Nie ▼
a Skrócenie <u>ilości czasu</u> spędzanego na pracy lub innych czynnościach.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b <u>Osiąganie mniej</u> niżby się chciało	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c Wykonywali Państwo pracę lub inne czynności <u>mniej dokładnie</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

6. W jakim stopniu, w ciągu ostatnich 4 tygodni Pana/Pani zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne wpływały na Pana/Pani normalną aktywność socjalną w kręgu rodziny, przyjaciół, sąsiadów, lub innych grup?

Wcale	Nieznacznie	Średnio	Dosyć	Bardzo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Jak bardzo odczuwali Państwo w ciągu ostatnich 4 tygodni ból fizyczny?

Żadnego	Bardzo łagodny	Łagodny	Średni	Silny	Bardzo silny
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Jak bardzo w ciągu ostatnich 4 tygodni ból przeszkadzał Panu/Pani normalnej pracy (wliczając pracę poza domem i w domu)?

Wcale	Nieco	Średnio	Dosyć	Bardzo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Poniższe pytania dotyczą tego, jak się Pan(i) czuje i jak się Panu?Pani wiodło w ciągu ostatnich 4 tygodni. Proszę podać dla każdego pytania jedną odpowiedź, która najbliżej określa, jak się Pan(i) czuł(a).

Przez jaki czas w ciągu ostatnich 4 tygodni...

	Cały czas ▼	Wię- szość czasu ▼	Spory okres czasu ▼	Pewien czas ▼	Prawie nigdy ▼	Nigdy ▼
a	Czuł(a) się Pan(i) pełny(a) radości?.....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b	Był(a) Pan(i) osobą bardzo nerwową?.....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c	Czuł(a) się Pan(i) tak smutny(a), że nic nie mogło Pana/Panią rozweselić?.....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d	Czuli się spokojni i łagodni?.....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e	Miał(a) Pan(i) mnóstwo energii?.....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f	Czuł(a) się Pan(i) przybity/a i smutny/a?.....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g	Czuł(a) się Pan(i) wyczerpany/a?					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h	Był(a) Pan(i) szczęśliwą osobą?					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i	Czuł(a) się Pan(i) zmęczony/a?.....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Przez jaki czas w ciągu ostatnich 4 tygodni Pana/Pani zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne przeszkadzały w Pana/Pani aktywności socjalnej (jak np. wizyty przyjaciół, krewnych itp)?

Cały czas	Większość czasu	Pewien czas	Mało czasu	Nigdy
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Jak prawdziwe lub falszywe jest dla Pana/Pani każde z poniższych stwierdzeń?

Zdecydowanie prawdziwe	Przeważnie prawdziwe	Nie wiem	Przeważnie fałszywe	Zdecydowanie fałszywe
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Wydaję się ulegać chorobom łatwiej niż inni ludzie 1 2 3 4 5
- b. Jestem tak samo zdrowa/y jak inne znane mi osoby 1 2 3 4 5
- c. Oczekuję pogorszenia mego zdrowia 1 2 3 4 5
- d. Moje zdrowie jest doskonałe 1 2 3 4 5

Pana(i) choroba nerek

12. Na ile prawdziwe lub falszywe jest w odniesieniu do Pana/Pani każde z poniższych stwierdzeń?

Zdecydowanie prawdziwe	W większości prawdziwe	Nie wiem	W większości fałszywe	Zdecydowanie fałszywe
▼	▼	▼	▼	▼

- a Choroba nerek za bardzo zakłóca mi życie. 1 2 3 4 5
- b Radzenie sobie z chorobą nerek zajmuje mi za dużo czasu. 1 2 3 4 5
- c Radzenie sobie z chorobą nerek wywołuje u mnie frustrację. 1 2 3 4 5
- d Czuję się ciężarem dla mojej rodziny. 1 2 3 4 5

13. Następne pytania dotyczą Pana/Pani samopoczucia i tego, jak wyglądały różne sprawy w okresie ostatnich 4 tygodni. Na każde pytanie prosimy udzielić jednej odpowiedzi, która najlepiej opisuje Pana(i) odczucia.

Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni...

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Bardzo Często	Ciągle
a Stronił(a) Pan(i) od ludzi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b Reagował(a) Pan(i) wolniej na to, co ludzie mówili i robili?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c Odnosił/a się Pani/Pan z rozdrażnieniem do osób z najbliższego otoczenia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d Miał/a Pan/Pani trudności z koncentracją lub myśleniem?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e Układało się Panu/i dobrze z innymi ludźmi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f Czuł(-a) się Pan/Pani dezorientowany(-a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14. W jakim stopniu w ciągu ostatnich 4 tygodni dokuczały Panu(i) następujące objawy?

	Wcale nie dokuczały	Dokuczały trochę	Dokuczały średnio	Dokuczały bardzo mocno	Dokuczały strasznie
	▼	▼	▼	▼	▼
a Obolałe mięśnie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Ból w klatce piersiowej?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Skurcze?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Swędzenie skóry?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Suchość skóry?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Zadyszka?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Omdlenia lub zawroty głowy?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Brak apetytu?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Brak energii lub wyczerpanie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j Drętwienie rąk lub stóp?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k Nudności lub zaburzenia żołądkowe?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l (Dotyczy tylko pacjentów hemodializowanych) Problemy z miejscem dostępu do naczyń krwionośnych?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m (Dotyczy tylko pacjentów poddawanych dializie otrzewnowej) Problemy z miejscem wprowadzenia cewnika?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Wpływ choroby nerek na Pana(-i) życie codzienne

15. Skutki choroby nerek niektórym ludziom dokuczają w ich codziennym życiu, a niektórym nie. Jak bardzo choroba nerek dokucza Panu/Pani w każdej z następujących dziedzin życia?

	Wcale nie dokucza	Dokucza trochę	Dokucza średnio	Dokucza bardzo mocno	Dokucza strasznie
a					
Ograniczenie płynów?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b					
Ograniczenia dietetyczne?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c					
Zdolność do wykonywania prac domowych?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d					
Zdolność do podróżowania?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e					
Uzależnienie od lekarzy i personelu medycznego?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f					
Stres lub zmartwienia spowodowane chorobą nerek?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g					
Życie seksualne?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h					
Wygląd osobisty?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

16. Następne dwa pytania mają charakter osobisty I dotyczą Pani/Pana aktywności seksualnej, ale udzielone odpowiedzi mają przyczynić się do lepszego zrozumienia wpływu choroby nerek na ludzkie życie.

Jak duże trudności sprawiało Panu(I) w ciągu ostatnich 4 tygodni...

	Żadnych trudności	Odrobinę trudności	Trochę trudności	Znaczne trudności	Poważne trudności
	▼	▼	▼	▼	▼
a	Zadowolenie z życia seksualnego?				
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b	Podniecenie seksualne?				
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

17. W poniższym pytaniu proszę ocenić jakość swojego snu, posługując się skalą od 0, które oznacza "bardzo zły" do 10, które oznacza "bardzo dobry".

Jeżeli Pana(i) zdaniem jakość snu jest w połowie pomiędzy "bardzo zły" i "bardzo dobry", proszę zaznaczyć kwadrat pod cyfrą 5. Jeśli ocenia Pan(i) swój sen o stopień wyżej niż 5, proszę zaznaczyć pole pod numerem 6. Jeśli ocenia Pan(i) swój sen o stopień niżej niż 5, proszę zaznaczyć pole pod numerem 4, (i tak dalej).

W skali od 0 do 10, jak ocenilby/aby Pan/Pani ogólną jakość swojego snu? [Proszę zaznaczyć krzyżykiem ☒ jeden kwadrat.]

Bardzo zły									Bardzo dobry	
▼									▼	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni...

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Bardzo Często	Ciągle
a	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Budził/a się Pan/Pani w nocy i miał/a trudności z ponownym zaśnięciem?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b						
Wysypiał(-a) się Pan/Pani?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c						
Walczył(a) Pan(i) z sennością w ciągu dnia?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

19. Jeśli chodzi o rodzinę i przyjaciół, w jakim stopniu jest Pan/Pani zadowolony(-a) z...

	Bardzo niezadowolony	Raczej niezadowolony	Raczej zadowolony	Bardzo zadowolony
a	▼	▼	▼	▼
Ilości czasu, jaki może Pan/Pani spędzać z rodziną i przyjaciółmi?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4
b				
Wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4

20. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni, wykonywał/a Pan/Pani pracę zarobkową?

Tak	Nie
▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

21. Czy stan Pana(i) zdrowia powstrzymuje Pana(ia) od wykonywania płatnej pracy?

Tak	Nie
▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

22. Ogólnie, jak ocenia Pan(i) stan swojego zdrowia?

Najgorszy, jaki może być (jak śmierć, albo gorzej)		Pośrodku między najgorszym i najlepszym					Najlepszy, jaki może być			
▼					▼				▼	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zadowolenie z opieki

23. Proszę zastanowić się nad opieką jaką Pan/Pani otrzymuje w związku z dializą nerek. Jak ocenia Pan(i), z punktu widzenia swego zadowolenia, życzliwość i zainteresowanie okazywane Panu/Pani jako człowiekowi?

Bardzo słabo	Słabo	Tak sobie	Dobrze	Bardzo dobrze	Świetnie	Najlepiej z możliwych
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. W jakim stopniu prawdziwe lub fałszywe jest każde z następujących stwierdzeń?

	Zdecydowanie prawdziwe	W większości prawdziwe	Nie wiem	W większości fałszywe	Zdecydowanie fałszywe
	▼	▼	▼	▼	▼
a	Personel dializy zachęca mnie do jak największej samodzielności.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	Personel dializy pomaga mi radzić sobie z chorobą nerek.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Dziękujemy Państwu za udzielenie odpowiedzi na powyższe pytania!