

# SDQ-20 PL

Pytania w poniższym kwestionariuszu dotyczą różnych symptomów fizycznych lub doświadczeń cielesnych, które mogłeś/łaś doświadczać przez krótki moment albo przez dłuższy okres.

Proszę zaznaczyć, w jakim stopniu w ciągu ostatniego roku doświadczenia te dotyczyły Ciebie.

Obok każdej wypowiedzi znajdują się cyfry od 1 do 5. Zaznacz tę, która najbardziej odnosi się do Ciebie. Możliwości wyboru są następujące:

- 1 = to mnie NIE DOTYCZY WCAŁE
- 2 = to mnie DOTYCZY TROCHĘ
- 3 = to mnie DOTYCZY UMIARKOWANIE
- 4 = to mnie DOTYCZY ZNACZNIE
- 5 = to mnie DOTYCZY W OGROMNYM STOPNIU

Jeżeli dany symptom lub doświadczenie wystąpiło u Ciebie, proszę zaznaczyć, czy zostało ono uznane przez lekarza jako przejaw choroby fizycznej. Aby to zrobić, zaznacz TAK lub NIE w kolumnie "Czy przyczyna fizyczna jest znana?". Jeżeli zaznaczyłeś/łaś TAK i znasz przyczynę dolegliwości, proszę o jej podanie.

Przykład:

	W jakim stopniu zdarzenie odnosi się do Ciebie?	Czy przyczyna fizyczna jest znana?
Czasami:		
"Szczękam zębami"	① 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
Mam skurcze w łydkach	1 2 ③ 4 5	① NIE / TAK, tj.....

Jeżeli zaznaczyłeś(aś) 1 w pierwszej kolumnie (tj. To mnie NIE DOTYCZY WCAŁE), to nie musisz odpowiadać na pytanie dotyczące fizycznej przyczyny.

Jeżeli jednak zaznaczyłeś(aś) odpowiedź 2, 3, 4 lub 5, należy zaznaczyć NIE lub TAK w kolumnie "Czy przyczyna fizyczna jest znana?"

Proszę udzielić odpowiedzi na wszystkie 20 pytań.

Dziękujemy za współpracę.

PYTANIA:

- 1 = to mnie NIE DOTYCZY WCALE  
 2 = to mnie DOTYCZY TROCHE  
 3 = to mnie DOTYCZY UMIARKOWANIE  
 4 = to mnie DOTYCZY ZNACZNIE  
 5 = to mnie DOTYCZY W OGROMNYM STOPNIU

	W jakim stopniu zdarzenie odnosi sie do ciebie?	Czy przyczyna fizyczna jest znana?
Czasami:		
1. Mam trudność z oddawaniem moczu	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
2. Nie pasują mi smaki, które zazwyczaj lubię (kobiety: w okresach innych niż ciąża lub w czasie miesiączki)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
3. Słyszę okoliczne dźwięki, tak jakby dochodziły z oddali	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
4. Odczuwam ból w trakcie oddawania moczu	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
5. Mam wrażenie, że moje ciało lub jego część są odrętwiałe	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
6. Ludzie i przedmioty wydają się większe niż normalnie	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
7. Mam atak drgawek przypominający padaczkę	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
8. Moje ciało lub jego część jest niewrażliwe na ból	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
9. Nie pasują mi zapachy, które zazwyczaj lubię	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
10. Odczuwam ból w narządach płciowych (w sytuacjach INNYCH aniżeli stosunek seksualny)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....

1 = to mnie NIE DOTYCZY WCALE  
 2 = to mnie DOTYCZY TROCHE  
 3 = to mnie DOTYCZY UMIARKOWANIE  
 4 = to mnie DOTYCZY ZNACZNIE  
 5 = to mnie DOTYCZY W OGROMNYM STOPNIU

	W jakim stopniu zdarzenie odnosi sie do ciebie?	Czy przyczyna fizyczna jest znana?
Czasami:		
11. Nie słyszę przez chwilę (jakbym był/a osobą głuchą)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
12. Tracę na chwilę wzrok (jakbym był/a osobą niewidomą)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
13. Widzę otaczające mnie rzeczy inaczej niż zwykle (na przykład, jakbym patrzył/a przez tunel albo dostrzegał/a tylko część przedmiotu)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
14. Mój węch jest dużo LEPSZY lub GORSZY niż zwykle (choć nie mam przeziębienia)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
15. Moje ciało lub jego część jakby zniknęło	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
16. Nie mogę połykać lub mam dużą trudność z przełykaniem	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
17. Nie mogę spać kilka nocy z rzędu, ale pozostaję bardzo aktywny/a w czasie dnia.	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
18. Nie mogę mówić lub mówię z wielkim wysiłkiem, albo tylko szeptem.	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
19. Jestem przez chwilę sparaliżowany(a)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
20. Sztywnieję przez chwilę	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....

Zanim przejdziesz dalej, sprawdź czy udzieliłeś/łaś odpowiedzi na wszystkie 20 pytań.