

1. Jaką dietę Pan\Pani stosuje?

- Wegetariańska
- Wegańska
- Stosuję dietę konwencjonalną (z mięsem)

2. Od jak dawna stosuje Pan\Pani dietę wegetariańską lub wegańską?"

*Jeżeli dietę wegańską poprzedzała wegetariańska, proszę podać czas od zrezygnowania ze spożywania mięsa. Osoby, które nie rezygnują z mięsa proszę o zaznaczenie odpowiedzi nie dotyczy".*

- Poniżej 1 miesiąca
- 1-6 miesięcy
- 6-12 miesięcy
- 1-4 lata
- 5 lat lub więcej
- Nie dotyczy

3. Płeć \*

- Kobieta
- Mężczyzna

4. Wiek \*

5. Masa ciała w kilogramach \*

6. Wysokość ciała w centymetrach \*

### **Ocena czynników wpływających na jakość snu**

7. Czy w dni robocze kładzie się Pan/Pani spać codziennie o podobnej godzinie? \*

*Możliwa rozpiętość godzin: około jedna godzina. Np. jeżeli codziennie kładzie się Pan/Pani między 21-22 proszę zaznaczyć odpowiedź tak.*

- Tak
- Nie

8. Czy w dni robocze wstaje Pan/Pani codziennie o podobnej godzinie? \*

*Możliwa rozpiętość godzin: około jedna godzina. Np. jeżeli codziennie wstaje Pan/Pani między 7-8 proszę zaznaczyć odpowiedź tak.*

- Tak
- Nie

9. Czy w dni wolne wstaje Pan/Pani o podobnej godzinie co w dni robocze? \*

*Możliwa rozpiętość godzin około jedna godzina.*

- Tak

- Nie

10. Czy w dni wolne kładzie się Pan/Pani spać o podobnej godzinie co w dni robocze? \*  
*Możliwa rozpiętość godzin około jedna godzina*

- Tak
- Nie

11. Jak często robi Pan/Pani drzemki? \*

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

12. Jeżeli robi Pan/Pani drzemki to ile minut zazwyczaj trwają?  
*Proszę wpisać cyfrą ile minut trwają drzemki.*

13. Czy śpi Pan/Pani w zaciemnionej sypialni?  
*Na przykład czy ma Pan/Pani szczelne rolety zapobiegające dostępowi światła*

- Tak
- Nie

14. Czy w godzinach dopołudniowych jest Pan/Pani wystawiony/a na silne światło (naturalne bądź sztuczne).

- Tak
- Nie
- Nie wiem

15. Czy w ciągu ostatniego roku zauważył/a Pan/Pani zmianę w jakości swojego snu w porównaniu do wcześniejszej jakości swojego snu?

- Tak
- Nie
- Trudno ocenić

16. Czy pali Pan\Pani papierosy?\*

- Tak
- Nie

17. Czy pracuje Pan/Pani w trybie zmianowym ze zmianami nocnymi? \*

- Tak

- Nie

18. Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie leki nasenne lub leki o działaniu sedacyjnym? \*

- Tak
- Nie

19. Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie leki mogące wpływać na jakość lub ciągłość snu?"  
*Np. Rezerpina (Normatens), metyldopa (Dopegyt), klonidyna (Iporel), Propranolol (Propranolol Accord). Teofilina (Euphylin)*

- Tak
- Nie

20. Czy przyjmuje Pan/Pani suplementy diety wspomagające zasypianie i sen? \*

- Tak
- Nie

21. Jeśli przyjmuje Pan/Pani suplementy diety wspomagające zasypianie i sen, to jakie?

22. Czy cierpi Pan/Pani na zespół obturacyjnego bezdechu sennego? \*

- Tak
- Nie

23. Czy cierpi Pan/Pani na zaburzenia psychiatryczne, które mogą wpływać na jakość snu?\*

*Np. Depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, zespół lęku uogólnionego, zespół stresu pourazowego, schizofrenia*

- Tak
- Nie

24. Czy cierpi Pan/Pani na jakieś schorzenie, któremu towarzyszy przewlekły ból?"

- Tak
- Nie

25. Czy korzysta Pan/Pani z urządzeń elektronicznych (telefon, tablet, komputer) na godzinę przed pójściem spać?

- Tak, praktycznie codziennie
- Tak, 3-4 razy w tygodniu
- Tak, 1-3 razy w tygodniu
- Tak, rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- Nie

26. Czy ma Pan/Pani w urządzeniach elektronicznych włączony filtr/bloker światła niebieskiego lub nocny tryb czytania?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

27. Czy używa Pan/Pani okularów z filtrem światła niebieskiego? \*

- Tak
- Nie
- Nie wiem

28. Jak często pije Pan/Pani kawę 5 lub mniej godzin przed pójściem spać?\*

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Codziennie

29. Jak często pije Pan/Pani alkohol 3 lub mniej godzin przed zaśnięciem? \*

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Codziennie

30. Gdy pije Pan/Pani alkohol przed snem, to zazwyczaj jaką ilość?

31. Jak często uprawia Pan/Pani intensywny sport 2 godziny przed zaśnięciem? \*

*Nie uwzględniamy tutaj jogi, lekkiego stretchingu czy ćwiczeń oddechowych.*

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Codziennie

32. Czy uważa Pan/Pani, że obecnie występuje w Pańskim życiu jakiś czynnik mogący wpływać negatywnie na jakość snu? Jeśli tak to jaki?

### **Ocena jakości diety**

33. Ile posiłków spożywa Pan/Pani zazwyczaj w ciągu dnia?\*

- 1 posiłek
- 2 posiłki
- 3 posiłki
- 4 posiłki
- 5 posiłków lub więcej

*Proszę sobie przypomnieć swój typowy pod względem odżywiania dzień w ostatnim tygodniu, a następnie odpowiedzieć na kolejne pytania.*

34. Jaki to był dzień tygodnia?

- Poniedziałek
- Wtorek
- Środa
- Czwartek
- Piątek
- Sobota
- Niedziela

35. Ile posiłków zjadł(a) Pan/Pani w tym dniu? Proszę wpisać liczbę posiłków w tym dniu.

36. Ile razy zjadł(a) Pan/Pani w tym dniu warzywa lub owoce? \*

*Proszę wpisać liczbę razy w tym dniu. Należy uwzględnić w posiłkach i między posiłkami*

37. Czy zjadł(a) Pan/Pani w tym dniu żywność typu fast food, np. frytki, hamburgery, pizzę, hot dogi, \*

- Tak
- Nie

38. Ile razy zjadł(a) Pan/Pani w tym dniu żywność typu fast food, np. frytki, hamburgery, pizzę, hot-dogi, zapiekanki?

*Jeżeli nie jadł(a) Pan/Pani takiej żywności tego dnia proszę wpisać 0.*

*Częstotliwość spożycia żywności*

*Teraz zadam pytania dotyczące rodzaju żywności, którą Pan/Pani spożywa. Chcemy się dowiedzieć, jak często zazwyczaj jada Pan/Pan tę żywność? Odpowiadając na pytania proszę uwzględnić żywność jadaną w posiłkach i między posiłkami, w domu poza domem w ciągu ostatniego roku w tej części proszę wskazać jedną odpowiedź.*

39. Jak często spożywa Pan/Pani pieczywo jasne, np. pszenne, żytnie, mieszane pszenno-żytnie, pieczywo tostowe, butki, rogalce?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu

- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

40. Jak często spożywa Pan/Pani pieczywo razowe?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

41. Jak często spożywa Pan/Pani ryż biały, makaron zwykły lub drobne kasze, np. kaszę mannę, kuskus?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

42. Jak często spożywa Pan/Pani kaszę gryczaną, płatki owsiane, makaron pełnoziarnisty lub inne kasze gruboziarniste?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

43. Jak często spożywa Pan/Pani żywność typu fast food, np. frytki, hamburgery, pizzę, hot dogi, zapiekanki?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

44. Jak często spożywa Pan/Pani potrawy smażone (np. mięsne lub mączne)? \*

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu

- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

45. Jak często spożywa Pan/Pani masło jako dodatek do pieczywa lub potraw, do smażenia, pieczenia itp.?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

46. Jak często spożywa Pan/Pani smalec jako dodatek do pieczywa lub potraw, do smażenia, pieczenia itp.?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

47. Jak często spożywa Pan/Pani mleko (w tym mleko smakowe, kakao, kawę na mleku)? \*

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

48. Jak często spożywa Pan/Pani fermentowane napoje mleczne, np. jogurty, kefiry (naturalne, smakowe)?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

49. Jak często spożywa Pan/Pani sery twarogowe (w tym serki homogenizowane, desery twarogowe)?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

50. Jak często spożywa Pan/Pani sery żółte (w tym serki topione, sery pleśniowe)? \*

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

51. Jak często spożywa Pan/Pani wędliny, kielbasy lub parówki?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

52. Jak często spożywa Pan/Pani potrawy z tzw. mięsa czerwonego, np. wieprzowiny, wołowiny, cielęciny, baraniny, jagnięciny, dziczyzny?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

53. Jak często spożywa Pan/Pani potrawy z tzw. mięsa białego, np. z kurczaka, indyka, królika?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

54. Jak często spożywa Pan/Pani ryby? \*

- Nigdy



- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

55. Jak często spożywa Pan/Pani potrawy z nasion roślin strączkowych, np. fasoli, grochu, soi, soczewicy?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

56. Jak często spożywa Pan/Pani świeże owoce? \*

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

57. Jak często spożywa Pan/Pani warzywa?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

58. Jak często spożywa Pan/Pani słodczy, np. cukierki, ciastka, ciasta, batony czekoladowe, batony typu 'musli", inne wyroby cukiernicze?)

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

59. Jak często spożywa Pan/Pani konserwy mięsne? \*

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu

- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

60. Jak często pije Pan/Pani słodzone napoje gazowane lub niegazowane typu Coca-Cola, Pepsi, Sprite, Fanta, oranżada, lemoniada?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

61. Jak często pije Pan/Pani napoje energetyzujące, np. 2 KC, Black Horse, Red Bull, Burn, Shot lub inne?

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

62. Jak często pije Pan/Pani napoje alkoholowe? \*

- Nigdy
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Kilka razy dziennie

## **Ocena występowania zaburzeń odżywiania**

### **Ateńska skala bezsenności**

63. Jak szybko zasypia Pan/Pani po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła? \*

- Szybko
- Z nieznacznym opóźnieniem
- Z opóźnieniem
- Z bardzo dużym opóźnieniem lub bezsenność trwa całą noc

64. Czy budzi się Pan/Pani w nocy?\*

- Nie

- Sporadycznie
- Często
- Bardzo często lub bezsenność trwa całą noc

65. Czy budzi się Pan/Pani rano wcześniej niż planowano? \*

- Nie
- Nieznacznie wcześniej
- Znacznie wcześniej
- Dużo wcześniej lub bezsenność trwa całą noc.

66. Jaki jest całkowity czas Pańskiego snu? \*

- Wystarczający
- Nieznacznie niewystarczający
- Znacznie niewystarczający
- Całkowicie niewystarczający lub bezsenność trwa całą noc

67. Jak ocenia Pan/Pani jakość snu, niezależnie od czasu jego trwania?"

- Satisfakcjonująca
- Nieznacznie niesatisfakcjonująca
- Wyraźnie niesatisfakcjonująca
- Całkowicie niesatisfakcjonująca

68. Jak jest Pańskie samopoczucie następnego dnia? \*

- Dobrze
- Nieznacznie gorsze
- Wyraźnie gorsze
- Wybitnie gorsze

69. Jaka jest Pańska sprawność psychiczna i fizyczna następnego dnia? \*

- Niezaburzona
- Nieznacznie zaburzona
- Wyraźnie zaburzona
- Wybitnie zaburzona

70. Czy odczuwa Pan/Pani senność w ciągu dnia? \*

- Nie
- Nieznacznie
- Wyraźnie
- Bardzo nasiloną

**Skala senności Epworth**

Proszę określić jak dużo było w ostatnim czasie prawdopodobieństwo zaśnięcia w wymienionych sytuacjach. Jeśli Pan/Pani nie wykonywał/a tych czynności w ostatnim czasie, proszę je sobie wyobrazić i określić jak wpłynęłyby one na Pana/Panią

1. Siedzenie i czytanie

- Duże
- Średnie
- Małe
- Zerowe

2. Oglądanie telewizji

- Duże
- Średnie
- Małe
- Zerowe

3. Bierność siedzenie w miejscu publicznym (np. W teatrze, na zebraniu)

- Duże
- Średnie
- Małe
- Zerowe

4. Jako pasażer w samochodzie, jadąc przez godzinę bez odpoczynku

- Duże
- Średnie
- Małe
- Zerowe

5. Leżenie i odpoczywanie popołudniu

- Duże
- Średnie
- Małe
- Zerowe

6. W czasie rozmowy, siedząc

- Duże
- Średnie
- Małe
- Zerowe

7. Spokojne siedzenie po obiedzie bez alkoholu

- Duże
- Średnie
- Małe
- Zerowe

8. W samochodzie, podczas kilkuminutowego postoju (w korku, na czerwonym świetle)

- Duże

- Średnie
- Małe
- Zerowe