

# Badanie zaburzeń snu i zaburzeń odżywiania

Badanie jest anonimowe (podanie danych kontaktowych jest dobrowolne), w każdym momencie badania można z niego zrezygnować. Prosimy nie wypełniać badania wielokrotnie.

Badanie składa się z 2 części. Wypełnienie całego kwestionariusza powinno zająć mniej niż 10 min.

**Dziękujemy za chęć udziału w badaniu!**

Celem niniejszego badania jest analiza zależności między zaburzeniami rytmu okołodobowego a występowaniem zaburzeń odżywiania. W szczególności pragniemy określić, w jakim stopniu nieregularny sen, opóźniona faza snu czy inne dysfunkcje rytmu dobowego mogą być związane z nieprawidłowymi wzorcami jedzenia. Badanie to może dostarczyć istotnych informacji na temat mechanizmów leżących u podstaw tych zaburzeń i pomóc w opracowaniu skuteczniejszych strategii terapeutycznych.

W ramach badania uczestnicy zostaną poproszeni o wypełnienie kwestionariuszy oceniających ich nawyki żywieniowe, wzorce snu oraz ogólny stan zdrowia psychicznego. Wyniki pozwolą określić, czy istnieją specyficzne wzorce zakłóceń rytmu dobowego, które są szczególnie charakterystyczne dla osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania.

Zrozumienie tych zależności może mieć istotne znaczenie kliniczne, umożliwiając wprowadzenie bardziej spersonalizowanych metod leczenia oraz profilaktyki, które uwzględniałyby nie tylko aspekt psychologiczny, ale również biologiczny tych zaburzeń.

---

\* Wskazuje wymagane pytanie

1. Wiek

---

2. Płeć

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

☐ Mężczyzna

☐ Kobieta

### 3. Aktualne obowiązki:

*Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.*

- ☐ Liceum
- ☐ Studia
- ☐ Praca
- ☐ Rodzina
- ☐ Brak (obowiązki w żadnym stopniu nie wpływają na to o której godzinie muszę wstawać)

### Część 1

Prosimy o zaznaczanie odpowiedzi zgodnie z prawdą.

**W przypadku wątpliwości co do znaczenia pytań prosimy o zgłoszenie uwag w przeznaczonym do tego polu na samym końcu badania.**

Pola z pytaniami o godzinę wstawania i chodzenia spać

Są one opcjonalne, ale proszę ich nie wypełniać tylko w przypadku nieregularnego cyklu **dobowego**. W innym wypadku jeżeli godziny chodzenia spać i wstawania są w miarę regularne proszę o udzielenie odpowiedzi.

### 4. O której godzinie zazwyczaj chodzisz spać?

---

*Przykład: 8:30*

### 5. O której godzinie zazwyczaj wstajesz?

---

*Przykład: 8:30*

6. Ile godzin potrzebujesz, aby się wyspać? \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- ☐ 3-6
- ☐ 6-9
- ☐ 9-12
- ☐ 12+

7. Dlaczego chodzisz spać o takich godzinach? \*

*Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.*

- ☐ To dla mnie naturalne
- ☐ Muszę wstawać i chodzić spać o tych godzinach ze względu na obowiązki
- ☐ Nie udaje mi się utrzymać regularnego cyklu dobowego
- ☐ Inne: \_\_\_\_\_

8. Czy Twoje godziny snu różnią się znacząco między dniami roboczymi a weekendami? \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Może
- ☐ Nie, ale to dlatego że nie mam obowiązków.

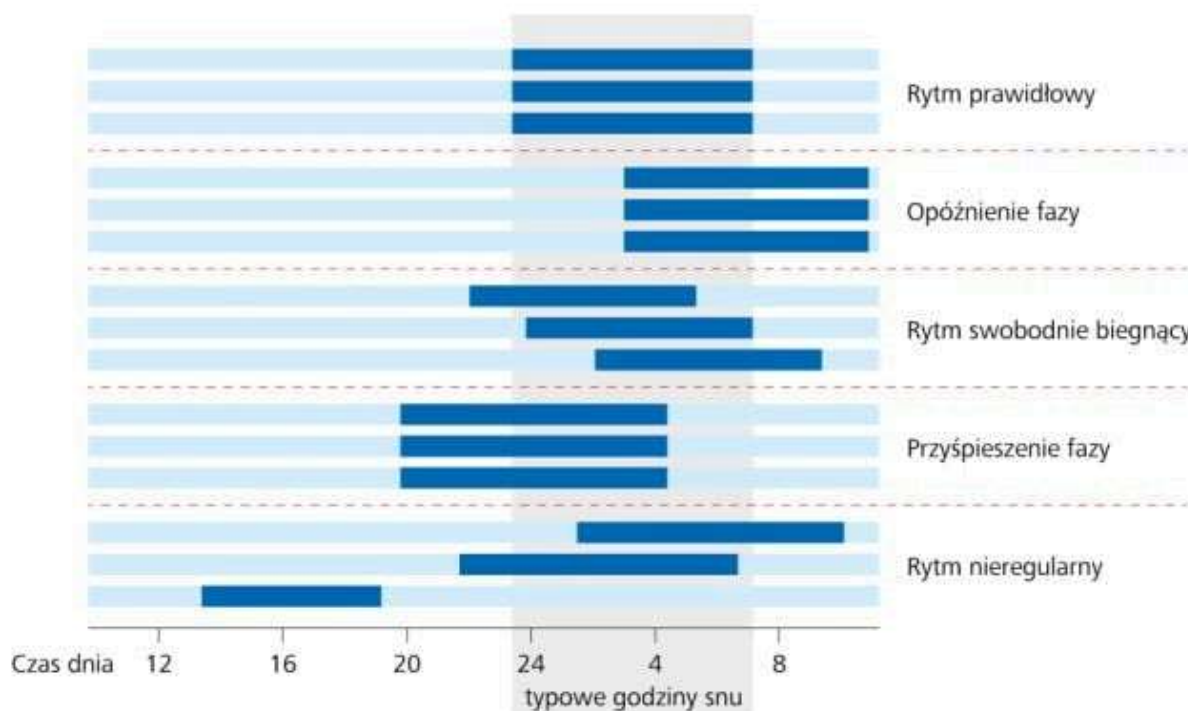
9. Czy masz trudności z utrzymaniem regularnego rytmu snu? \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

1   2   3   4   5

Nie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zdecydowanie Tak

Który z rytmów wskazanych na obrazku poniżej najbardziej odpowiada twojemu?



10. Odpowiedz na podstawie powyższego obrazka. Który z rytmów wskazanych na obrazku poniżej najbardziej odpowiada twojemu? \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Prawidłowy
- ☐ Opóźnienie fazy
- ☐ Rytm swobodnie bieżący
- ☐ Przyspieszenie fazy
- ☐ Rytm nieregularny
- ☐ Opóźnienie fazy i drzemka w ciągu dnia
- ☐ Inne: \_\_\_\_\_

11. Czy miewasz trudności z zaśnięciem mimo zmęczenia? \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Tak, czasem pomimo dużego zmęczenia i tak nie mogę zasnąć
- ☐ Nie, im bardziej jestem zmęczony tym łatwiej mi zasnąć

12. Czy budzisz się w nocy i masz problem z ponownym zaśnięciem? \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- ☐ Regularnie mi się to zdarza
- ☐ Zdarza mi się obudzić po około 3h snu, po czym idę spać na ponad 5h w ciągu dnia
- ☐ Nie zdarza mi się to
- ☐ Nie budzę się o ile śpię w odpowiednich dla siebie godzinach

13. Ile zwykle zajmuje Ci zasypianie? \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- ☐ Od razu
- ☐ kilka minut do 5
- ☐ od 5 do 15 min
- ☐ od 15 do 30 min
- ☐ od 30 min do godziny
- ☐ 1h do 2h
- ☐ ponad 2h
- ☐ Za każdym razem jest inaczej

14. Czy często budzisz się zmęczony/-a, mimo że spałeś/-aś wystarczająco długo? \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

1   2   3   4   5

Nigdy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Codziennie

15. W jakim stopniu nie wysypiasz się przez swoje obowiązki? \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- ☐ Śpię 3h albo wcale przez, to że muszę wcześniej wstać (nie są to niestandardowe godziny po prostu późno idę spać)
- ☐ Czasami śpię mało przez zmienne godziny o których muszę wstać
- ☐ Śpię od 6 do 9h jednak jest to dla mnie trochę za mało
- ☐ Śpię wystarczająco

16. Czy często śpisz w nietypowych godzinach (np. w ciągu dnia, w różnych porach nocy) \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- ☐ Śpię o różnych porach dnia i nocy bez względu na obowiązki
- ☐ Śpię w dzień
- ☐ Śpię w nocy
- ☐ Śpię różnie ze względu na obowiązki

17. Czy masz tendencje do drzemek w ciągu dnia? \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- ☐ Nie
- ☐ Tak, robię krótkie drzemki do 3h
- ☐ Robię drzemki dłuższe niż 3h

18. Czy to jak śpisz znacząco wpływa na twoje obowiązki w pracy lub szkole? \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

	1	2	3	4	5	
<hr/>						
Nie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zasypiam za biurkiem
<hr/>						

## 19. Czy zażywasz środki nasenne? \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Tak, prawie codzinnie inaczej nie mogę zasnąć o wyznaczonej porze
- ☐ Tak, czasami kiedy chcę mieć pewność, że się wyśpię
- ☐ Tak, biorę leki nasenne z innych powodów
- ☐ Okazjonalnie
- ☐ Nie
- ☐ Kiedyś tak, już nie
- ☐ Inne: \_\_\_\_\_

## 20. Jeżeli brałeś/aś leki nasenne i już ich nie zażywasz to dlaczego przestałeś/aś?

---

---

---

---

---

## 21. Czy zdiagnozowano u Ciebie zaburzenia snu i czy terapia przynosi oczekiwane efekty? \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- ☐ Jestem zdiagnozowany, jednak leczenie nie przynosi efektów
- ☐ Jestem zdiagnozowany i leczenie działa
- ☐ Nie jestem zdiagnozowany

## 22. Czy zostało u Ciebie stwierdzone lub podejrzewasz u siebie zaburzenie odżywiania takie jak anoreksja, bulimia, otyłość, niedowaga? Jeżeli tak, napisz jakie to zaburzenie.

---

23. Czy zostało u Ciebie stwierdzone lub podejrzewasz u siebie jakieś zaburzenie psychiczne? Np. autyzm, ADHD, schizofrenia, depresję, chorobę dwubiegunową, OCD? Jeżeli tak, napisz jakie to zaburzenie.

---

## Część 2

Zaznacz, w jakim stopniu zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami.

1 to w ogóle się nie zgadzam, 5 to zdecydowanie się zgadzam.

24. Zdarza mi się zapominać o jedzeniu. \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

1    2    3    4    5

Jem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Czasami nic nie jem i najpierw spada mi cukier zanim poczuję głód

25. Często czuję silny głód, nawet jeśli niedawno jadłem/-am. \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

1    2    3    4    5

Nigdy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Umieram z głodu co każde 3h

26. Rano budzę się głodny/-a i mam ochotę na obfite śniadanie - czuję silny głód. \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

1    2    3    4    5

Nic ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Jem codziennie obfite śniadanie



27. Mam skłonność do jedzenia dużych porcji, bo trudno mi się najeść. \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1 2 3 4 5

Jem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zjadam konia z kopytami

28. Moje głodne skurcze żołądka są bardzo intensywne. \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1 2 3 4 5

Nie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mam wrażenie że wyjdzie ze mnie obcy

29. Kiedy jestem głodny/-a, czuję się rozdrażniony/-a lub zmęczony/-a. \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1 2 3 4 5

jedz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ jak jestem głodny to nie jestem sobą

30. Zdarza mi zjeść jeden duży posiłek w ciągu dnia i nic więcej. \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1 2 3 4 5

Zaw ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Często jem nawet nic nie zjem

31. Po jedzeniu szybko czuję się pełny/-a i nie mam ochoty na więcej. \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1 2 3 4 5

wor ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ zawsze się najem i nie muszę nic dojadać

32. Zdarza mi się zostawiać niedokończone posiłki, bo czuję się syty/-a. \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1 2 3 4 5

Wsz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zawsze porcja jest dla mnie za duża

33. Mam stabilny apetyt i nie odczuwam nagłych napadów głodu. \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1 2 3 4 5

Cały ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bardzo stabilny

34. Nawet jeśli jem dużo, nie czuję się bardziej najedzony/-a, niż po normalnym posiłku. \*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1 2 3 4 5

mus ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ zawsze się najem nawet jedną kanapkę

35. Po obfitym posiłku nie czuję potrzeby zjedzenia niczego więcej. (nie chodzi o słodkie i małe przekąski) \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

1 2 3 4 5

Zaw ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Jestem pełny już niczego więcej nie jem

36. Po zjedzeniu wysokobiałkowego posiłku długo nie czuję głodu. \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

1 2 3 4 5

Jes: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nie czuję głodu

37. Gdy jem powoli, zauważam, że szybciej czuję się pełny/-a. \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

1 2 3 4 5

Nie | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Jem małą łyżeczką i się bardziej najadam

38. Po posiłku nie mam ochoty na słodkie lub tłuste przekąski. \*

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

1 2 3 4 5

Zaw ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nie mam ochoty

39. Jeżeli jesteś osobą posiadającą *nieregularny cykl dobowy*, zostaw do nas swój kontakt (np. maila), poszukujemy takich osób do dalszych badań.  
Jeżeli chcesz uzyskać wyniki badania, także możesz zostawić swoje dane kontaktowe.

**Prosimy o zaznaczenie odpowiedniej kratki oraz podanie maila w kolejnym polu tekstowym.**

*Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.*

- ☐ Jestem osobą, która chodzi spać codziennie o innej porze  
☐ Jestem osobą, która posiada inne zaburzenia snu  
☐ Chcę dostać feedback

40. **Tutaj wpisz swojego maila jeżeli chcesz mieć z nami kontakt.**

---

41. **Specjalne pole na uwagi do badania.**

---

---

---

---

---

Dziękujemy za udział w badaniu



---

Ta treść nie została utworzona ani zatwierdzona przez Google.

Formularze Google