Pomiar objawów złego samopoczucia fizycznego (PSI)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy w ciągu ostatnich 30 dni odczuwałeś/aś którekolwiek z poniższych objawów złego samopoczucia fizycznego? Jeśli tak, czy zostałeś/aś w związku z nimi zbadany/a przez lekarza?  **Czy w ciągu ostatnich 30 dni odczuwałeś/aś?** | Nie | Tak, ale nie poszedłem/łam z tym do lekarza | Tak, poszedłem /łam z tym do lekarza |
| 1. Bóle brzucha lub nudności |  |  |  |
| 2. Ból pleców |  |  |  |
| 3. Problemy z zasypianiem |  |  |  |
| 4. Wysypka |  |  |  |
| 5. Duszności |  |  |  |
| 6. Bóle w klatce piersiowej |  |  |  |
| 7. Bóle głowy |  |  |  |
| 8. Gorączka |  |  |  |
| 9. Zgaga |  |  |  |
| 10. Zmęczenie wzroku |  |  |  |
| 11. Biegunka |  |  |  |
| 12. Bóle podbrzusza (Niezwiązane z menstruacją) |  |  |  |
| 13. Zaparcia |  |  |  |
| 14. Przyspieszone bicie serca, niebędące wynikiem wykonywania ćwiczeń fizycznych |  |  |  |
| 15. Infekcja |  |  |  |
| 16. Utrata apetytu |  |  |  |
| 17. Zawroty głowy |  |  |  |
| 18. Zmęczenie |  |  |  |

Copyright © Paul E. Spector and Steve M. Jex. All rights reserved, 1997.

Tłumaczenie: Paulina Zając