

Metryczka

Płeć

Kobieta	
Mężczyzna	

Wiek

Do 25 lat	
26-35	
36-45	
46-55	
56-65	
Powyżej 65	

Wykształcenie

Podstawowe	
Gimnazjalne	
Zawodowe	
Średnie/Pomaturalne	
Wyższe	

Aktywność zawodowa

Osoba pracująca	
Osoba bezrobotna	
Student/Studentka	
Uczeń/Uczennica	
Emeryt/Rencista	

Stan cywilny

Panna/Kawaler	
Zamężna/Żonaty	

Rozwiedziony/Rozwiedziona	
Wdowiec/Wdowa	

1. Jak często spożywa Pan/i alkohol? *

Można udzielić jednej odpowiedzi.

Codziennie	
Kilka razy w tygodniu	
Raz w tygodniu	
Kilka razy w miesiącu	
Kilka razy w roku	
Nigdy	

2. Jaki rodzaj alkoholu pije Pan/i najczęściej? *

Można zaznaczyć kilka odpowiedzi.

Piwo	
Wino	
Wódka	
Likiery	
Nalewki	
Whisky	
Inne, jakie?	
Nie dotyczy	

3. Ile porcji alkoholu wypija Pan/i w ciągu całego dnia, w którym Pan/i pije? Porcja to szklanka piwa (250 ml), lampka wina (100 ml), kieliszek wódki (30 ml).

1-2	
3-4	
5-7	
8-10	
11-13	

Więcej	
Nie dotyczy	

4. Czy zdarzyło się Panu/i wykonywać obowiązki w pracy pod wpływem alkoholu?*

Można udzielić jednej odpowiedzi.

Bardzo często	
Często	
Czasami	
Rzadko	
Nigdy	

5. Czy zdarzyło się Panu/i kierować pojazdem pod wpływem alkoholu?

Można udzielić jednej odpowiedzi.

Nigdy mi się nie zdarzyło	
Raz mi się to zdarzyło	
Zdarza mi się sporadycznie	
Zdarza mi się często	

6. Z jakich powodów sięga Pan/i po alkohol?

Chęć lepszej zabawy	
Dla towarzystwa	
By zapomnieć o problemach	
Lubię smak alkoholu	
Pod wpływem znajomych	
By załagodzić stres	
Aby zmniejszyć objawy kaca	
Brak konkretnego powodu	
Inne, jakie?	

Nie dotyczy	
-------------	--

7. Gdzie najczęściej spożywa Pan/i alkohol?

Można zaznaczyć kilka odpowiedzi.

W domu	
U znajomych	
W restauracji/kawiarni/pubie	
Pod sklepem	
W pracy	
Na świeżym powietrzu	
Inne, jakie?	
Nie dotyczy	

8. Czy był Pan/i kiedykolwiek zatrzymany za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości?

Tak	
Nie	

9. Czy według Pana/i picie alkoholu w ciąży ma wpływ na rozwój dziecka?

Tak	
Nie	
Nie wiem	

10. Czy widział/a Pan/i kobiety w ciąży spożywające alkohol na terenie Pana/i miejscowości?

Tak	
Nie	
Nie wiem	

11. Proszę ocenić czy spożycie alkoholu na przestrzeni kilku lat w Pana/i miejscowości.

Maleje	
--------	--

Jest stałe	
Wzrasta	
Trudno powiedzieć	

12. Proszę ocenić czy zgadza się Pan/i z poniższymi stwierdzeniami.

Alkohol jest dobrym lekarstwem na sen	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	
Okazjonalne spożywanie alkoholu nie jest uzależnieniem	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	
Alkoholizm jest dziedziczny	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	
Osoby z problemem alkoholowym piją codziennie	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	
Alkohol w piwie jest mniej szkodliwy niż w wódce	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	
Nie ma nic złego w przychodzeniu do pracy na kacu	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	

13. Jak często pali Pan/i papierosy?

Codziennie	
Kilka razy w tygodniu	
Raz w tygodniu	
Kilka razy w miesiącu	
Raz w tygodniu	
Kilka razy w roku	
Nigdy	

14. Ile sztuk papierosów dziennie Pan/i wypala?

Można udzielić jednej odpowiedzi.

Trudno powiedzieć, nie palę codziennie	
Poniżej 5 szt.	
6-15 szt.	
16-25 szt.	

Powyżej 25 szt.	
Nie wiem, nie liczę	
Nie dotyczy	

15. Kiedy najczęściej sięga Pan/i po papierosa?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi.

W stresie	
Ze znudzenia/zabicie czasu	
Przy alkoholu	
W towarzystwie	
Dla przyjemności	
Inne, jakie ?	
Nie dotyczy	

16. Czy próbował Pan/i kiedykolwiek rzucić palenie?

Nigdy nie próbowałem/łam	
Nie, ale zamierzam spróbować	
Tak, raz, ale mi się nie udało	
Tak, wiele razy, ale nie udało mi się	
Nie dotyczy	

17. Jak ocenia Pan/i szkodliwość palenia papierosów dla zdrowia?

Bardzo szkodliwe	
Szkodliwe	
W małym stopniu szkodliwe	
Nieszkodliwe	

18. Jak często zażywa Pan/i środki psychoaktywne (narkotyki, dopalacze, leki w celu odurzenia)?

Można udzielić jednej odpowiedzi.

Codziennie	
------------	--

Kilka razy w tygodniu	
Raz w tygodniu	
Kilka razy w miesiącu	
Raz w tygodniu	
Kilka razy w roku	
Zażywałem/am jednokrotnie	
Nigdy	

19. Proszę zaznaczyć na poniższej liście, które substancje psychoaktywne stosował/a Pan/i?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi.

Marihuana	
Amfetamina	
Kokaina	
LSD	
Grzyby halucynogenne	
Ekstazy	
Mefedron	
Środki nasenne	
Sterydy	
Leki w celu odurzania się	
Dopalacze	
Inne, jakie?	
Nie dotyczy	

20. Z jakich powodów sięgnął/ęła Pan/i po wyżej wymienione substancje psychoaktywne?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Chęć lepszej zabawy	
Dla towarzystwa	
By zapomnieć o problemach	

By złagodzić stres	
Wpływ znajomych	
Z ciekawości	
Brak konkretnego powodu	
Inne, jakie?	
Nie dotyczy	

21. Jak ocenia Pan/ i możliwość pozyskania narkotyków na terenie Pana/i miejscowości?

Całkowicie niedostępne	
Trudno dostępne	
Łatwo dostępne	
Nie wiem	

22. Jak ocenia Pan/i możliwość pozyskania dopalaczy na terenie Pana/i miejscowości?

Całkowicie niedostępne	
Trudno dostępne	
Łatwo dostępne	
Nie wiem	

23. Czy zna Pan/i miejsca w swojej miejscowości gdzie można zakupić narkotyki lub dopalacze?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Nie znam takich miejsc	
Na osiedlu	
W centrum miejscowości	
Na dyskotecę	
W siłowni	
W szkole, przed szkołą	
Znam konkretną osobę	

Inne, jakie?	
--------------	--

24. Proszę ocenić czy zgadza się Pan/i z poniższymi stwierdzeniami.

Wszystkie narkotyki są bezpieczne o ile używa się ich odpowiednio	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	
Marihuana nie powinna być klasyfikowana, jako narkotyk	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	
Okazjonalne zażywanie narkotyków nie prowadzi do uzależnienia	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	
Dopalacze są bezpieczną alternatywą dla narkotyków	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	
Posiadanie narkotyków nie powinno być karalne	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	
W przychodzeniu do pracy pod wpływem narkotyków/dopalaczy nie ma nic złego	Zgadzam się		Nie zgadzam się		Nie wiem	

25. Skąd czerpie Pan/i informacje o konsekwencjach nadużywania substancji psychoaktywnych?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Od rodziny	
Od znajomych	
Z uczelni	
Z pracy	
Od lekarza	
Z telewizji i Internetu	
Z prasy	
Nie zdobywam informacji	
Z innych źródeł, jakich	

26. Które z wymienionych poniżej sytuacji są Twoim zdaniem aktem przemocy?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Krytykowanie wyglądu	
Podszywanie się w Internecie	

Bicie	
Okazywanie braku szacunku	
Groźenie, straszenie	
Nie opiekowanie się kimś kto wymaga opieki	
Kradzież pieniędzy lub innej własności	
Zmuszanie do oddawania pieniędzy	
Zmuszanie do pornografii	
Spoliczkowanie	
Całowanie, dotykanie wbrew woli	
Nie wiem	
Inne, jakie?	

27. Czy zna Pan/i kogoś w swoim otoczeniu, kto jest osobą doświadczającą przemocy w swoim domu?

Tak	
Nie	
Nie wiem	

28. Czy Pana/i zdaniem problem przemocy domowej związany jest z:

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Spożywanie alkoholu	
Zażywaniem narkotyków	
Zażywaniem dopalaczy	
Zażywaniem leków	
Chorobami	
Wykluczeniem społecznym	
Inne, jakie?	

29. Czy zdarzyło się Panu/i doświadczyć przemocy?

Tak	
Nie	

30. Jakiego rodzaju przemocy Pan/i doznała?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Fizyczna	
Psychiczna	
Seksualna	
Ekonomiczna	
Zaniedbywanie	
Inna, jaka?	
Nie wiem	
Nie dotyczy	

31. Kto stosował wobec Pana/i przemoc?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Mąż/żona	
Partner/partnerka	
Ojciec	
Matka	
Dziadek/babcia	
Dziecko/dzieci	
Brat/siostra	
Szef w pracy	
Inne osoby, jakie?	
Nie dotyczy	

32. Czy kiedykolwiek doszło do sytuacji gdzie zastosował/a Pan/i zachowania przemocowe wobec drugiej osoby?

Tak	
Nie	

33. Jakiego rodzaju zastosował Pan/i przemoc?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Fizyczna	
Psychiczna	
Seksualna	
Ekonomiczna	
Zaniedbywanie	
Inna, jaka?	
Nie wiem	
Nie dotyczy	

34. W stosunku do kogo zastosowałeś zachowanie przemocowe?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Mąż/żona	
Partner/partnerka	
Ojciec	
Matka	
Dziadek/babcia	
Dziecko/dzieci	
Brat/siostra	
Szef w pracy	
Inne osoby, jakie?	
Nie dotyczy	

35. Stosując przemoc był/a Pan/i pod wpływem wymienionych środków psychoaktywnych?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Nie byłem/am pod wpływem alkoholu	
-----------------------------------	--

Alkohol	
Narkotyki	
Dopalacze	
Inne, jakie?	
Nie dotyczy	

36. Czy Pana/i zdaniem istnieją okoliczności usprawiedliwiające stosowanie przemocy?

Tak	
Nie	
Nie wiem	

37. Czy Pana/i zdaniem stosowanie kar fizycznych w stosunku do dzieci jest dobrą metodą wychowawczą?

Tak	
Nie	
Nie wiem	

38. Do kogo zwróciłby się Pan/i o pomoc w razie problemu uzależnień lub/i przemocy w domowej?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Policja	
Ośrodek Interwencji Kryzysowej	
Telefon Zaufania	
Zespół Interdyscyplinarny	
Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	
Ośrodek Pomocy Społecznej	
Punkty Informacyjno-Konsultacyjne ds. Uzależnień	
Rodzina/najbliżsi	
Lekarz	
Radziłbym/a sobie sam/a	

Szukałbym/a pomocy u znajomych	
Szukałbym/a pomocy w Internecie	
Nie wiem	
Inne, jakie?	

39. Jak ocenia Pan/i stopień zaangażowania władz lokalnych, związanych z rozwiązywaniem problemów społecznych mieszkańców?

Bardzo dobrze	
Dobrze	
Dostatecznie	
Niedostatecznie	
Trudno powiedzieć	
Nie wiem	

40. Czy zna Pan/i dane kontaktowe do instytucji pomocowych, gdzie można się zgłosić w razie problemów?

Znam bardzo dobrze, w każdej chwili wiem gdzie szukać pomocy w razie problemów	
Znam dobrze, wiem gdzie szukać pomocy w razie problemów	
Nie jestem pewien/na czy znam, ale wiem jak znaleźć informację w razie problemów	
Nie znam, nie wiem gdzie szukać pomocy w razie problemów	

41. Poniżej wymieniono różne formy działań, które z nich według Pana/i przyniosą najlepsze efekty w oddziaływaniach profilaktycznych?

Można udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi

Warsztaty profilaktyczne dla dzieci/młodzieży/dorosłych	
Konsultacje z psychologiem/terapeutą	
Wykłady/pogawędki	
Akcje informacyjne za pośrednictwem ulotek/plakatów/broszur	
Spoty radiowe	
Festyny/imprezy/pikniki profilaktyczne	

Inne, jakie?	
--------------	--

DZIĘKUJĘ ZA UDZIAŁ W ANKIECIE