

ANKIETA MŁODZIEŻOWA

Tak!

Młodzież jest ważna. Liczymy na Twoje zdanie.

Cześć!

Ankieta jest realizowana w ramach projektu CaSYPoT (Budowanie Potencjału w zakresie Polityki Młodzieżowej i Współpracy Transgranicznej), w ramach Programu Interreg Południowy Bałtyk. Dzięki tej ankiecie będziemy w stanie porównać sytuację młodzieży i jej opinie na temat polityki młodzieżowej w wybranych miastach w Polsce, na Litwie, w Szwecji i w Obwodzie Kaliningradzkim Rosji. Formularz pytań został oparty na pytaniach zadawanych co 3 lata młodzieży w Szwecji. Został on nieco zmodyfikowany do Polskich warunków.

Do przeprowadzenia ankiety zostało wybrane Twoje Miasto ponieważ je znasz lepiej niż ktokolwiek inny. Wiesz w jakich warunkach żyją młodzi ludzie oraz czego potrzebują aby lepiej im się żyło. Celem tego sondażu jest włączenie młodzieży w podejmowanie decyzji na szczeblu lokalnym oraz aby jej głos był lepiej słyszalny. Wypełniając ankietę pomożesz Swojemu Miastu dowiedzieć się więcej o swojej młodzieży, co jest dla niej ważne. Ten materiał będzie wykorzystany także aby wypracować politykę młodzieżową dla Twojego Miasta a później i dla innych miast w Euroregionie Bałtyk.

Ankieta zawiera pytania dotyczące Twojej szkoły, jakie jest Twoje samopoczucie, co robisz w czasie wolnym, ale są także pytania dotyczące Twojej sytuacji życiowej, które możesz odbierać jako prywatne. Zaręczamy pełną anonimowość odpowiedzi. Twoje odpowiedzi zostaną zsumowane z odpowiedziami innych Koleżanek i Kolegów i zaprezentowane łącznie w postaci tabel i wykresów. Uczestnictwo w tym sondażu jest całkowicie dobrowolne. Liczymy jednak na Twoją pomoc!

Serdecznie dziękujemy za Twoje uczestnictwo!

Jeżeli masz jakiegokolwiek pytania, uwagi czy wątpliwości, uprzejmie prosimy o kontakt:

Imię, nazwisko, email, telefon:

Więcej informacji na temat projektu CaSYPoT znajduje się na stronie casypot.eu

Za zakres treściowy tej ankiety odpowiedzialność ponoszą wyłącznie autorzy i nie odzwierciedla on stanowiska Unii Europejskiej, Władzy Zarządzającej, Wspólnego Sekretariatu, czy Programu Współpracy Transgranicznej Południowego Bałtyku na lata 2014-2020.

Projekt Budowa Umiejętności w zakresie Polityki Młodzieżowej poprzez Współpracę Międzynarodową w zakresie Strategii (Capacity building for Youth Policy and Strategic Transnational Cooperation – CaSYPoT) jest częściowo finansowany z Programu Interreg Południowego Bałtyku na lata 2014-2020 ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

A. Czas wolny

W tej części wstępnej zawarliśmy kilka pytań na temat Twojego czasu wolnego. Poprzez sformułowanie "czas wolny" rozumiemy czas poza wykonywaniem prac domowych czy innych prac. Chcielibyśmy się dowiedzieć ile masz wolnego czasu, co robisz podczas czasu wolnego i co byś chciał / chciała z niego wyrzucić. Te pytania zmierzają do tego aby Twoje Miasto dowiedziało się jak rozwijać ofertę spędzania czasu wolnego dla młodzieży.

A1. Jak dobrze te stwierdzenia opisują Ciebie?

Zaznacz swój wybór w każdym wierszu znakiem X.

	Nieprawdziwe	Częściowo prawdziwe	Całkowicie prawdziwe
Są różne aktywności ale nic mnie nie interesuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Są różne aktywności ale moja rodzina mówi mi aby w tym nie brał udziału	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Są różne aktywności ale nie mogę się tam dostać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Są różne aktywności ale to kosztuje zbyt dużo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Jak często wykonujesz następujące aktywności podczas Twojego czasu wolnego?

W niektórych możliwościach spędzania czasu wolnego przedstawiono dwie lub więcej aktywności. Niezależnie od tego ile ich wykonywano wskaż te o największej częstotliwości. Pytanie to odnosi się do aktywności poza szkołą czy pracą zarobkową.

	Nigdy	Raz na rok	Raz na miesiąc	Raz w tygodniu	Kilka razy w tygodniu
Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Występy, granie muzyki, taniec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografia lub wideofilomowanie amatorskie, rysunek, malarstwo, literatura, szycie lub podobne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gry wideo, gry w internecie lub gry komputerowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czytanie książek, gazet, artykułów, blogów lub podobnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wizyta w bibliotece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wycieczka / spacer w otoczeniu przyrody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjście do ośrodka młodzieżowego, ośrodka zabaw i gier lub podobne aktywności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nigdy	Raz na rok	Raz na miesiąc	Raz w tygodniu	Kilka razy w tygodniu
Wyjście na koncert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjście do teatru, na musical lub występy taneczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjście do muzeum lub na wystawę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjście na mecze lub inne zawody sportowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjście do kościoła lub na uroczystości religijne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjście na imprezę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wykorzystanie mediów społecznościowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne, podaj jakie: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3. Kiedy spotykasz się z przyjaciółmi podczas czasu wolnego, gdzie spędzacie większość czasu?

Wybierz maksymalnie trzy najważniejsze opcje:

- W domu u siebie i przyjaciół (kolegów/koleżanek)
- W mediach społecznościowych lub w internecie
- W ośrodku młodzieżowym, ośrodku gier i zabaw lub podobnym miejscu
- W lokalnym stowarzyszeniu lub podobnej organizacji
- Na hali sportowej lub innym miejscu związanym ze sportem
- W kawiarni
- W restauracji, pubie, barze lub podobnym miejscu
- W centrum handlowym
- W centrum miasta
- Na dworze
- W kościele
- W klubie lub na dyskotecę
- Gdzie indziej

Jeśli wybrałeś odpowiedź „gdzie indziej”, podaj gdzie:

A4. Czy myślisz, że brakuje możliwości rekreacyjnych (odpoczynkowych) w miejscowości, w której mieszkasz? Tak Nie Nie wiem} *Przejdź do pytania A5***A4b. Czego Ci brakuje?****A5. Czy jesteś członkiem jakiegokolwiek stowarzyszenia/organizacji?**

Na przykład religijnej, w zakresie kultury, sportowej, politycznej, turystycznej, młodzieżowej, komputerowej lub w zakresie gier komputerowych itp.

 Nie Tak**Jeżeli "Tak" to podaj nazwę organizacji / stowarzyszenia: _____****B. Szkoła**

W tej sekcji chcielibyśmy się dowiedzieć co myślisz o swojej szkole. Na przykład co można w niej usprawnić. Będą też pytania dotyczące tego w jakim zakresie, jako uczeń / uczennica, chciałbyś/chciałabyś mieć wpływ na to co się w szkole dzieje.

B1. Do jakiego typu szkoły uczęszczasz? Gimnazjum – ostatnia klasa Szkoła zawodowa Liceum profilowane Technikum Liceum ogólnokształcące

B2. Podaliśmy tutaj kilka zdań na temat szkoły. Jak sądzisz, w jakim zakresie mają one zastosowanie do Twojej szkoły?

	Całkowicie nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	W większości prawdziwe	Całkowicie prawdziwe	Nie wiem
Podoba mi się atmosfera w mojej szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W mojej szkole ma miejsce "kocenie" lub "fala" lub znęcanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W mojej szkole ma miejsce rasizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W mojej szkole ma miejsce napastowanie seksualne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moja szkoła podejmuje działanie jeżeli jeden uczeń znęca się nad drugim uczniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczniowie i nauczyciele traktują się wzajemnie z szacunkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moja szkoła podejmuje działanie jeżeli nauczyciel prześladowuje ucznia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W mojej szkole ma miejsce przemoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moi nauczyciele traktują chłopców i dziewczęta równo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poinformowano mnie na co uczeń może mieć wpływ w swojej szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grono pedagogiczne bierze na poważnie wystąpienia samorządu uczniowskiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkolna kultura edukacyjna opiera się na silnej konkurencji pomiędzy uczniami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkolna kultura edukacyjna stymuluje do tego aby uczniowie wzajemnie sobie pomagali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3. Jak dużo chciałabyś/ chciałbyś mieć wpływ i decydować o następujących kwestiach?

	Bardzo mało / wcale	Raczej mało	Całkiem dużo	Bardzo dużo
Czego będę się uczyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak będziemy pracować, praca w grupie, praca projektowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zadania domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egzaminy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan lekcji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bardzo mało / wcale	Raczej mało	Całkiem dużo	Bardzo dużo
Żywność w szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulamin szkolny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wnętrze szkoły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otoczenie szkoły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oferta szkoły w zakresie czasu wolnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B4. Jak bardzo jako uczeń/uczennica *masz prawo* być włączonym i decydować o następujących kwestiach?

	Bardzo mało / wcale	Raczej mało	Całkiem dużo	Bardzo dużo
Czego będę się uczyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak będziemy pracować, praca w grupie, praca projektowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zadania domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egzaminy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan lekcji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żywność w szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulamin szkolny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wnętrze szkoły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otoczenie szkoły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oferta szkoły w zakresie czasu wolnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Polityka i społeczeństwo

W tej sekcji chcielibyśmy dowiedzieć się na temat sposobów, za pomocą których mógłbyś wpływać na życie swojej miejscowości, na co byś chciał / chciała mieć wpływ i jak by to oddziaływało na Ciebie.

C1. W jakim zakresie jesteś zainteresowany/ana następującymi kwestiami?

	Nie zainteresowany/ana w ogóle	Niezbyt zainteresowany/ana	Raczej zainteresowany/ana	Bardzo zainteresowany/ana
Polityka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprawy społeczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Co się dzieje w innych krajach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprawy lokalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wykonałeś/aś którekolwiek z poniższych działań?

	Tak	Nie ale mógłbym sobie wyobrazić, że to robię	Nie
Kontaktowanie się z politykiem, urzędnikiem miasta/gminy lub decydemem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Napisanie wniosku (postulatów) do polityków gminnych w sprawie mieszkańców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udział w demonstracji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyskutowanie o sprawach społecznych/politycznych na forach, blogach w internecie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polubienie/dzielenie się postami kwestii społecznych/politycznych w internecie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C3. Czy chcesz brać udział i podejmować decyzje w sprawach, które dotyczą Twojej miejscowości/gminy?

Tak

Nie → *Przejdź do pytania C4*

C3b. Do kogo lub gdzie się zwracasz jeśli chcesz mieć wpływ na coś w Twoim mieście/gminie?

Tu możesz wybrać kilka opcji.

- Do kogoś kogo znam
- Partia polityczna lub stowarzyszenie młodzieżowe
- Stowarzyszenia lub organizacje
- Internet/ media społecznościowe, np. Facebook
- Urzędnicy lub politycy
- Zorganizowane grupy młodzieży, które mają zdolność do wywierania wpływu, na przykład samorzady szkolne lub rady młodzieżowe
- Inne
- Nie wiem

C3c. Na co chcesz wpływać?

C4. Jak dużo czy, jak mało zaufania masz do następujących osób dorosłych?

	Dużo zaufania	Raczej dużo zaufania	Raczej mało zaufania	Bardzo mało zaufania
Sąsiedzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krewni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nauczyciele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodzice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Policja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Księża lub inni religijni przywódcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politycy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Bezpieczeństwo

Ta sekcja jest o bezpieczeństwie i o tym jak czujesz się w różnych miejscach, czy byłeś/łaś ofiarą przestępstwa lub innych form znęcania się, w tym przypadku, gdzie i przez kogo. Chcielibyśmy również wiedzieć, czy wiesz, gdzie możesz zwrócić się o wsparcie, jeśli byłbyś/byłabyś źle traktowany/a lub czuł/a się źle.

D1. Chcemy abyś przypomniał sobie ostatnie 6 miesięcy. Czy coś z wymienionych kwestii przydażyło się Tobie?

	Nie	Tak	Nie chcę opowiadać
Ktoś mnie zastraszał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ktoś mi coś ukradł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zostałem narażony na przemoc fizyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zostałem narażony na przemoc seksualną/wykorzystywanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2a. Jak często czujesz się bezpieczny w podanych miejscach?

	Nigdy	Rzadko	Większość czasu	Zawsze
W domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W mieście lub jego centrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2b. Jak często czujesz się bezpieczny w podanych miejscach?

	Nigdy	Rzadko	Większość czasu	Zawsze	Nie ma zastosowania
W autobusie, pociągu, itp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W internecie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W drodze do lub ze szkoły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na moim osiedlu mieszkaniowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podczas treningu lub zorganizowanej aktywności rekreacyjnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ośrodku młodzieżowym, centrum rozrywki lub podobnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W kościele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D3. W ciągu ostatnich sześciu miesięcy, czy byłeś/łaś zastraszany/a, prześladowany/a lub wykluczony/a?

- Tak, przez dłuższy czas
- Tak, kilka razy
- Tak, raz
- Nie → *Przejdź do pytania D4*

D3b Gdzie byłeś/łaś zastraszany/a, prześladowany/a lub wykluczony/a ?

Tu możesz wybrać kilka opcji.

- W domu
- W domu innej osoby
- Na moim osiedlu mieszkaniowym
- W drodze do lub ze szkoły
- W szkole
- Podczas treningu lub zorganizowanej aktywności rekreacyjnej
- W ośrodku młodzieżowym, centrum rozrywki lub podobnym
- W kościele
- W mieście lub w jego centrum
- W autobusie, pociągu lub czymś podobnym
- W internecie, przez telefon komórkowy
- Inne

D4. Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy czułeś/łaś, że zostałeś niesprawiedliwie potraktowany/a w taki sposób, co sprawiło że czułeś/łaś się z tym niedobrze?

- Tak, kilka razy
- Tak, jedna lub dwie sytuacje
- Nie → *Przejdź do pytania D5*

b. Kto sprawił, że poczułeś/łaś się niesprawiedliwie potraktowany/a?

Tu możesz wybrać kilka opcji.

- Inni uczniowie/ młodzież
- Rodzina/krewni

Personel w obrębie...

- ...szkoły
- ...centrum rozrywki i podobne
- ...kościół
- ...opieki zdrowotnej
- ... policji/ wymiaru sprawiedliwości
- ...służb socjalnych
- ... organizacji lub związku (np. trener, szef/przywódca)

- Inne osoby

Jeśli wybrałeś odpowiedź inne osoby, proszę określić:

c. Uważasz, że z jakich powodów zostałeś/łas niesprawiedliwie potraktowany/a?

Tu możesz wybrać kilka opcji.

- Pochodzenie etniczne (skąd pochodzę lub pochodzi moja rodzina)
- Płeć
- Orientacja seksualna
- Wiek
- Wygląd
- Niepełnosprawność
- Religia i przekonania
- Poglądy polityczne
- Inne powody
- Nie wiem

D5. Czy wiesz, gdzie mógłbyś/mogłabyś się zwrócić, aby uzyskać wsparcie, jeśli byłbyś/byłabyś źle traktowany/a lub czułbyś/czułabyś się z tym źle?

- Tak
- Nie

E. Zdrowie

Oto kilka pytań o Twoje zdrowie i samopoczucie. Chcielibyśmy również dowiedzieć się, co myślisz na temat tytoniu, alkoholu i narkotyków.

E1. Jak oceniasz swoje zdrowie - jak się czułeś/łaś - w ciągu ostatnich sześciu miesięcy?

- Bardzo słabo
- Raczej słabo
- Ani dobrze ani słabo
- Raczej dobrze
- Bardzo dobrze

E2. Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy często miałeś/łaś następujące problemy?

	Rzadko lub nigdy	Jeden lub kilka razy w miesiącu	Raz w tygodniu	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
Ból głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ból brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ból pleców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdołowany/a (depresja lub przygnębienie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trudności z zasypianiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zły sen w ciągu nocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podrażniony/a, zirytowany/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdenerwowany/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

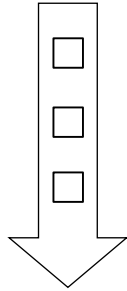
E3. Jak często ćwiczysz wystarczająco ciężko, czego efektem jest przyspieszone oddychanie i pocenie się?

Ćwiczenia w szkole i poza szkołą.

- Rzadko lub nigdy
- Raz lub kilka razy w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Codziennie

E4. Jak często...

	Nigdy lub rzadko	Jeden lub kilka razy w miesiącu	Raz w tygodniu	Kilka razy w tygodniu	Codziennie	Nie chcę odpowiadać
...palisz papierosy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... palisz e- papierosy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pijesz napoje energetyzujące?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pijesz piwo lub cydr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pijesz drinki lub wino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pijesz napoje spirytusowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Przejdź do pytania **E5**

b. Jak zazwyczaj zdobywasz alkohol?

Twoja odpowiedź: _____

c. Jak często pijesz alkohol, aby czuć się pijanym/ną?

- Nie piję alkoholu
- rzadko lub nigdy
- raz lub kilka razy w miesiącu
- raz w tygodniu
- kilka razy w tygodniu

E5. Czy Twoi rodzice pozwalają Ci pić alkohol?

- Tak
- Tak, ale tylko przy specjalnych okazjach
- Nie
- Nie wiem

E6. Czy zażywałeś (-aś)/próbowałeś (-aś) zażywać narkotyki?

Poprzez „narkotyki” rozumiemy nielegalne substancje prawnie klasyfikowane jako narkotyki. Nie wliczamy w to lekarstw przepisanych na receptę przez lekarza.

- Tak, często
- Tak, czasami
- Tak, jeden raz
- Nie → *Przejdź do części F*
- Nie chcę odpowiadać

b. Jakich narkotyków próbowałeś(aś)?

Substancji przepisywanych przez lekarza nie traktuje się jako narkotyków.

Twoja odpowiedź: _____

F. Praca

W tej części zadamy kilka pytań o to, jak postrzegasz pracę poza szkołą oraz prace wakacyjne.

F1. Czy masz obecnie pracę?

- Tak → Przejdź do pytania **b**
- Nie → Przejdź do pytania **d**

b. Ile godzin pracujesz średnio w tygodniu?

Twoja odpowiedź: _____

c. Opisz rodzaj wykonywanej pracy

Twoja odpowiedź: _____

→ *Przejdź do pyt. F2*

d. Dlaczego nie masz dodatkowej pracy (poza Twoją pracą szkolną)?

- Nie chcę dodatkowej pracy
- Nie mam czasu na tą pracę
- Nie byłem/łam w stanie znaleźć pracy / nie znalazłem/łam interesujących ofert pracy
- Inne, proszę określić: _____

F2. Czy myślisz, że mógłbyś(abys) w przyszłości prowadzić własną firmę?

- Już założyłem(am) własną firmę
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem
- } Przejdź do sekcji **G**

Jeśli założyłeś(aś) już swoją firmę, podaj w jakiej branży: _____

G. Przyszłość

W tej części chcielibyśmy poznać, co myślisz o swojej przyszłości, co *chcesz* robić i co myślisz, że *będiesz robić*. Chcemy dowiedzieć się, jakie Twoim zdaniem są zalety i wady mieszkania w Twojej gminie/miejscowości.

G1. Co najbardziej chciałbyś(abys) robić bezpośrednio po ukończeniu szkoły średniej?

Wybierz tylko jedną odpowiedź.

- Studiować na uniwersytecie lub szkole wyższej w Polsce
- Studiować zagranicą
- Pracować w mojej lub najbliższej gminie/miejscowości
- Pracować w jakiejś innej miejscowości w kraju
- Pracować zagranicą
- Pracować w gospodarstwie rolnym lub firmie mojej rodziny
- Założyć własną firmę
- Podróżować
- Inne, proszę określić:
- Nie wiem

Inne, proszę określić: _____

G2. Czy uważasz, że będziesz kontynuował(a) naukę po ukończeniu szkoły średniej, bezpośrednio lub w późniejszym okresie?

- Tak, pójdę na studia na uniwersytecie / szkole wyższej
- Tak, będę kontynuował(a) naukę, ale nie w szkole wyższej / na uniwersytecie.

Proszę określić: _____

- Nie, nie będę się uczył(a) po ukończeniu szkoły średniej
- Nie wiem

G3. Co Twoim zdaniem będziesz robić bezpośrednio po ukończeniu szkoły średniej?

Wybierz tylko jedną odpowiedź.

- Studiować na uniwersytecie lub w szkole wyższej w Polsce
- Studiować zagranicą
- Pracować w mojej lub najbliższej gminie/miejscowości
- Pracować w jakiejś innej miejscowości w Polsce
- Pracować zagranicą
- Pracować w gospodarstwie lub firmie mojej rodziny
- Studiować i pracować jednocześnie
- Założę własną firmę
- Podróżować
- Inne
- Nie wiem

G4. Czy myślisz, że wyprowadzisz się z gminy, w której mieszkasz?

- Tak
- Nie

G4b. Jak ważny jest każdy z poniższych aspektów dla twojej decyzji o **wyprowadzeniu się z gminy**, w której mieszkasz?

	Nieważny	Mało ważny	Średnio ważny	Ważny	Bardzo ważny	Nie wiem
Praca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dalsze studia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moje zainteresowania w czasie wolnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyjaciele lub dziewczyna/chłopak/partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodzina i krewni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sytuacja mieszkaniowa w gminie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chcę być bliżej natury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chcę być bliżej większej gminy lub miasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lepsze środowisko dla wychowywania dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutaj nie mogę być tym, kim jestem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli powyżej brakowało odpowiedzi wpływającej na twój wybór **wyprowadzenia się** ze swojej miejscowości podaj ją tu:

G4c. Jak ważny jest każdy z poniższych aspektów dla twojej decyzji o pozostaniu w gminie, w której mieszkasz?

	Nieważny	Mało ważny	Średnio ważny	Ważny	Bardzo ważny	Nie wiem
Praca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dalsze studia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moje zainteresowania w czasie wolnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyjaciele lub dziewczyna/chłopak/partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodzina i krewni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sytuacja mieszkaniowa w gminie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chcę być bliżej natury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chcę być bliżej większej gminy lub miasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lepsze środowisko dla wychowywania dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutaj mogę być tym, kim jestem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli powyżej brakowało odpowiedzi wpływającej na twój wybór **pozostania w** swojej miejscowości podaj ją tu:

H. Ty i Twoja rodzina

W ostatniej części zadamy kilka pytań o Twoją rodzinę i sytuację osobistą . Gdy pytamy o rodziców, mamy na myśli osoby, które uważasz za swoich rodziców, niezależnie od tego, czy są Twoimi rodzicami biologicznymi czy nie oraz bez względu na liczbę osób dorosłych w Twojej rodzinie. Twoje odpowiedzi są ważne, dlatego prosimy o udzielenie jak największej liczby odpowiedzi.

H1a. Płeć

Dziewczyna

Chłopak

H1b. Rok urodzenia:

H2. Czy cierpisz na jakieś choroby lub niepełnosprawność, które nie są tymczasowe i które powodują, że masz trudności w uczestniczeniu w różnych czynnościach, takich jak zajęcia szkolne, spotkania z przyjaciółmi lub zajęcia w czasie wolnym?

Tak

Nie

Nie chcę odpowiadać

H3. Gdzie urodziłeś(aś) się Ty i Twoi rodzice?

	Polska	Kraje sąsiadujące z Polską	Europa	Poza Europą
Ty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojciec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli wybrałeś(aś) miejsce urodzenia w Polsce, *przejdź do pytania H4.*

b. Jeśli nie urodziłeś(aś) się w Polsce, jak długo mieszkasz w obecnym kraju zamieszkania?

10 lat lub więcej

4–9 lat

0–3 lata

H4. Jakie jest główne zajęcie Twoich rodziców lub innych opiekunów prawnych?

Wypełnić linijkę, która dotyczy Twojej sytuacji życiowej.

	Praca w Polsce	Praca zagranicą	Studia	Urlop rodzicielski	Bezrobotny	Długotrwały urlop chorobowy / niepełnosprawność / renta	Emerytura	Inne	Nie wiem
Matka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojciec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiekun prawny (jeśli nie opiekują się tobą rodzice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H5. Jakie wykształcenie mają Twoi rodzice?

	Nieukończenie szkoły podstawowej/ brak wykształcenia	Szkoła podstawowa	Szkoła średnia (w tym zawodowa)	Wykształcenie wyższe	Nie wiem
Matka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojciec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H6. W jaki stopniu obawiasz się o sytuację finansową swoich rodziców (lub opiekunów)?

- Nie obawiam się
- Nie obawiam się zbyt
- Raczej się obawiam
- Bardzo się obawiam

H7. Czy w okresie ostatnich sześciu miesięcy zdarzyło Ci się, że nie mogłeś(aś) zrobić czegoś lub kupić czegoś, co robi lub kupuje wiele osób w Twoim wieku, ponieważ Twoja rodzina nie może sobie na to pozwolić?

- Tak, kilka razy
- Tak, raz
- Nie
- Nie chcę odpowiadać

H8. Oprócz pytań, na które odpowiedziałeś(aś), czy jest coś jeszcze, co powinna wiedzieć lub zrobić Twoja gmina/miejscowość, żeby stała się lepsza dla młodych ludzi?

Dziękujemy bardzo za Twoją pomoc!