

**KWESTIONARIUSZ AUTOOCENY DLA MŁODZIEŻY**

Przeczytaj uważnie poniższe stwierdzenia.

**W jakim stopniu poniższe stwierdzenia są prawdziwe?**

nr ankiety

Zaznacz odpowiedź przy każdym stwierdzeniu, wstawiając znak „X” w kratce pod właściwą liczbą, wybierając jedną z pięciu możliwości, zgodnie z poniższym wzorem:

zdecydowanie nieprawdziwe	raczej nieprawdziwe	częściowo nie, częściowo tak	raczej prawdziwe	zdecydowanie prawdziwe
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W kwestionariuszu nie ma odpowiedzi dobrych albo złych, chodzi wyłącznie o to, abyś był szczerzy i dał wyraz swoim prawdziwym poglądom.

Informacje, które przekażesz są objęte tajemnicą zawodową i nie zostaną ujawnione żadnej osobie spoza zespołu prowadzącego program.

<i>Wstaw znak „X” w odpowiedniej kratce w każdej linii.</i>	1	2	3	4	5
1. Mam kolegów, którzy mnie lubią i na których mogę liczyć.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zauważam, że w niektórych rzeczach jestem podobny do rodziców.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mam przyjaciela, który mnie w pełni rozumie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Będę dalej uczyć się po skończeniu szkoły.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lubię wspominać, myśleć o przeszłości, o tym co już było.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jestem tym, kim chciałbym być.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Interesują mnie inni ludzie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mam kogoś takiego, kto we mnie wierzy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Żeby ktoś Cię lubił - trzeba się o to starać.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czuję się samotny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jestem dobrym uczniem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mam określone cele życiowe, dążę do czegoś konkretnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Znaczenie liczb:

zdecydowanie nieprawdziwe	raczej nieprawdziwe	częściowo nie, częściowo tak	raczej prawdziwe	zdecydowanie prawdziwe			
1	2	3	4	5			
			1	2	3	4	5
13. Mam zaufanie do większości nauczycieli w mojej szkole.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Zależy mi na tym, aby mieć kogoś w kim byłbym zakochany i kto byłby zakochany we mnie.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Moja rodzina mnie kocha.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Są osoby, które wiedzą jaki naprawdę jestem.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Jak często myślisz lub zachowujesz się w sposób opisany poniżej?

bardzo rzadko lub nigdy	rzadko	od czasu do czasu	często	bardzo często					
1	2	3	4	5					
					1	2	3	4	5
17. Zastanawiam się nad tym, co będzie ze mną w przyszłości.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Potrafię powiedzieć, co tak naprawdę, sprawia mi przyjemność.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Podoba mi się mój wygląd zewnętrzny.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bywam tak rozgniewany, że chciałbym kogoś zniszczyć lub zranić.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Zdarza mi się myśleć o zmianie klasy.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. W mojej rodzinie zdarzają się konflikty.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jestem prawdomówny.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Moi koledzy ufają mi.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. W konfliktowych sytuacjach staram się ustępować.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Wiem dlaczego robię to, co robię.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Niepowodzenia jakie mnie spotykają, wynikają z braku szczęścia.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Znaczenie liczb:

	bardzo rzadko lub nigdy 1	rzadko 2	od czasu do czasu 3	często 4	bardzo często 5			
				1	2	3	4	5
28. Miewam konflikty z nauczycielami.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Mogę polegać na kolegach.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Potrafię nad sobą panować.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Postępuję nieodpowiedzialnie.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Zastanawiam się nad ucieczką z domu.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Jest mi trudno nawiązać kontakt z nieznanymi.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Bywa, że złość się.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Zdarza mi się myśleć o samobójstwie.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Mówię wszystko moim rodzicom.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. W mojej klasie czuję się dobrze.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Kiedy mam zły humor, to wiem dlaczego.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Moje życie jest nudne.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Postępuję nieuczciwie, żeby osiągnąć to, o co mi chodzi.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Zdarza się, że rodzice robią mi awantury.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Jestem szczęśliwy.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## DOŚWIADCZENIA

**Jakie są Twoje doświadczenia z papierosami, e-papierosami, alkoholem i innymi środkami odurzającymi?**

Przeczytaj uważnie pytania i zaznacz właściwe odpowiedzi.

Zwróć uwagę, że pytania dotyczą tylko doświadczeń w okresie **ostatnich 3 miesięcy**, przed dzisiejszym dniem. Nie bierz pod uwagę swoich doświadczeń dawniejszych.

**Pisz tylko o ostatnich 3 miesiącach!**

**Nie opuść ŻADNEGO pytania!**

---

D1. Jak często paliłeś/aś papierosy lub e-papierosy w ciągu ostatnich 3 miesięcy?

*Wstaw znak „X” w odpowiedniej kratce przy papierosach i e-papierosach:*

<b>Jak często?</b>	<b>Papierosy (1)</b>	<b>E-papierosy (2)</b>
codziennie	(1) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
raz na 2 – 7 dni	(2) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>
rzadziej niż raz na 7 dni	(3) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
ani razu w ciągu ostatnich 3 miesięcy	(4) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

---

D2. Jak często piłeś/aś alkohol w ciągu ostatnich 3 miesięcy ?

*Wstaw znak „X” w odpowiedniej kratce przy piwie, winie i wódce:*

<b>Jak często?</b>	<b>Piwo (1)</b>	<b>Wino (2)</b>	<b>Wódka (3)</b>
codziennie lub co drugi dzień	(1) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
co 3–4 dni	(2) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>
co 5–7 dni	(3) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
co 8–15 dni	(4) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
co 16–30 dni	(5) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
co 1–2 miesiące	(6) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
raz na 3 miesiące	(7) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
ani razu w ciągu ostatnich 3 miesięcy	(8) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

D3. Ile razy w ciągu ostatnich 3 miesięcy (jeśli w ogóle) używałeś/aś któregoś z podanych niżej środków odurzających?

Wstaw znak „X” w odpowiedniej kratce w każdej linii.

Ile razy?	0 razy /0/	1-2 razy /1/	3-5 razy /2/	6-9 razy /3/	10-19 razy /4/	20-39 razy /5/	40 lub więcej razy /6/
(1) marihuana lub haszysz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) substancje chemiczne (kleje, aerozole, rozpuszczalniki, benzyna lub podobne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) leki uspokajające lub nasenne bez zalecenia lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) amfetamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) środki halucynogenne (LSD, „grzybki”, inne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) kokaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) relewin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) heroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) tabletki (proszki) razem z alkoholem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) sterydy anaboliczne lub inne środki dopingowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) przetwory z maku („kompot”, zupa makowa, mleczko z maku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) dopalacze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D4. Czy wstrzykiwałeś(aś) sobie w ciągu ostatnich 3 miesięcy środki odurzające za pomocą igły i strzykawki?

Wstaw znak „X” w jednej kratce.

Ile razy?	0 razy /0/	1-2 razy /1/	3-5 razy /2/	6-9 razy /3/	10-19 razy /4/	20-39 razy /5/	40 lub więcej razy /6/
:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Współfinansowano przez Narodowy Instytut Wolności ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich na lata 2021-2030



---

---

## METRYCZKA

43. ....  
*numer kodowy = numer ze stałej listy obecności*

44. Wiek (*wpisz*): ..... lat

45. Płeć (*zaznacz*): 1.  chłopiec 2.  dziewczyna

46. Do jakiej szkoły chodzisz? (*zaznacz*):

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> podstawowa              | 4. <input type="checkbox"/> liceum profilowane         |
| 2. <input type="checkbox"/> technikum               | 5. <input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa |
| 3. <input type="checkbox"/> liceum ogólnokształcące |  |

47. Do której klasy chodzisz? (*zaznacz*):

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> pierwsza ponadpodst. | 7. <input type="checkbox"/> siódma podstawowa |
| 2. <input type="checkbox"/> druga ponadpodst.    | 8. <input type="checkbox"/> ósma podstawowa   |
| 3. <input type="checkbox"/> trzecia ponadpodst.  |   |

---

---

50. Data wypełnienia kwestionariusza:      |      |      |  
*dzień      miesiąc      rok*

### Wypełnia prowadzący

51. Nazwisko prowadzącego program:  
.....

52. Które wypełnienie kwestionariusza? 1.  - pre 2.  - post