

Numer seryjny kwestionariusza: 2910001

					Nr ID gospodarstwa domowego							Nr ID osoby		
2	9	0	6	2							0	0		

Data wywiadu: / /

Nr ID ankietera: _____

Imię respondenta: _____

"50+ w Europie"

Badanie Zdrowia, Starzenia się, i Przechodzenia na Emeryturę w Europie

2006

Kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia

A

Jak WYPEŁNIĆ ten kwestionariusz

Na większość pytań na następnych stronach można odpowiedzieć, zaznaczając po prostu kwadrat pod lub obok pasującej odpowiedzi.

Proszę zaznaczyć **JEDNO (1) pole:**

Poprawnie lub

Niepoprawnie

Proszę odpowiadać na wszystkie pytania po kolei. Pytania można pomijać tylko wtedy, kiedy jest wyraźne polecenie.

Przykład:

Czy ma Pani/Pan dzieci?

₁ Tak

₅ Nie



Do pytania ...



Jeżeli zaznaczy Pani/Pan "Tak" w tym przykładzie, przechodzi Pani/Pan do następnego pytania!

Jeżeli zaznaczy Pani/Pan "Nie" w tym przykładzie, przechodzi Pani/Pan do pytania podanego w instrukcji!

Jak ZWRÓCIĆ ten kwestionariusz

Jeżeli po wypełnieniu kwestionariusza ankieter jest nadal w Pani/Pana domu, proszę oddać kwestionariusz ankieterowi. Jeżeli już go nie ma, proszę odesłać wypełniony kwestionariusz w kopercie z opłaconymi kosztami przesyłki tak szybko, jak to możliwe. *Jeżeli potrzebuje Pani/Pan nowej koperty, proszę zadzwonić do [krajowej agencji badawczej] pod numer [numer bezpłatnej infolinii].*

PROSZĘ ROZPOCZAĆ KWESTIONARIUSZ OD PYTANIA 1 NA NASTĘPNEJ STRONIE

WSZYSTKIE UDZIELONE ODPOWIEDZI POZOSTANĄ POUFNE.

JESZCZE RAZ DZIĘKUJEMY ZA PANI/PANA POMOC.

1. Poniżej znajdują się stwierdzenia, których ludzie używają do opisu swojego życia i tego, jak się czują. Proszę powiedzieć, w jakim stopniu Pani/Pan się zgadza lub nie zgadza z każdym z tych stwierdzeń w odniesieniu do własnej osoby.
 (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat w każdym wierszu)

	Zdecydowa nie się zgadzam	Zgadzam się	Trudno powiedzieć	Nie zgadzam się	Zdecydo wanie się nie zgadzam
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Dążę do swoich celów z dużą ilością energii.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) W niepewnych czasach zwykle oczekuję najlepszego.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Zawsze optymistycznie patrzę w swoją przyszłość.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Rzadko kiedy spodziewam się, że sprawy pójdą po mojej myśli.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Znajduję sposoby rozwiązania problemu, kiedy inni już się poddali.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Rzadko liczę na to, że przydarzy mi się coś dobrego.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Biorąc pod uwagę moje dotychczasowe doświadczenia, czuję się dobrze przygotowana/y na przyszłość.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Poniższe stwierdzenia są związane z obowiązkami, które ludzie mogą mieć wobec swoich rodzin. Proszę powiedzieć, w jakim stopniu Pani/Pan się zgadza lub nie zgadza z każdym z tych stwierdzeń.

(Proszę zaznaczyć jeden kwadrat w każdym wierszu)

	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Trudno powiedzieć	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Obowiązkiem rodziców jest zrobić wszystko, co możliwe dla swoich dzieci, nawet kosztem własnego dobra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Obowiązkiem dziadków jest pomagać swoim wnukom w przypadku trudności (takich jak rozwód rodziców czy choroba).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Obowiązkiem dziadków jest przyczyniać się do bezpieczeństwa finansowego wnuków i ich rodzin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Obowiązkiem dziadków jest pomagać rodzicom wnuków w opiece nad małymi wnukami.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3. Kto według Pani/Pana – rodzina czy państwo – powinno ponosić odpowiedzialność za każdą z poniższych kwestii:

(Proszę zaznaczyć jeden kwadrat w każdym wierszu)

	Całkowicie rodzina	Głównie rodzina	Rodzina i państwo w równym stopniu	Głównie państwo	Całkowicie państwo
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Wsparcie finansowe dla starszych osób będących w potrzebie?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Pomoc w pracach domowych dla starszych osób, które są w potrzebie, na przykład pomoc w sprzątanii, praniu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Osobista opieka nad starszymi osobami będącymi w potrzebie, na przykład opieka pielęgniarstwa czy pomoc w kąpieli i ubieraniu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

4. Czasami istnieją ważne kwestie, co do których nie zgadzamy się z bliskimi nam osobami, w związku z czym może dochodzić do konfliktów. Proszę powiedzieć, jak często (jeśli w ogóle) zdarzają się Pani/Panu konflikty z każdą z poniższych osób: (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat w każdym wierszu)

Jeśli Pani/Pana rodzice już nie żyją, lub jeśli nie ma Pan/i teściów, współmałżonka, dzieci itd., proszę zaznaczyć „Nie dotyczy”.

	Często	Czasami	Rzadko	Nigdy	Nie dotyczy
a) Rodzice	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
b) Teściowie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
c) Małżonek/partner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
d) Dzieci	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
e) Inni członkowie rodziny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
f) Przyjaciele, współpracownicy, znajomi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

5. Jak często zdarzają się Pani/Panu konflikty z Pani/Pana dziećmi lub zięciami/synowymi odnośnie edukacji i wychowania Pani/Pana wnuków? (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat)

Jeśli nie ma Pan/i dzieci lub wnuków, proszę zaznaczyć „Nie dotyczy”.

	Często	Czasami	Rzadko	Nigdy	Nie dotyczy
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

6. Czy Pani/Pan ma lub kiedykolwiek miał/a wspólne gospodarstwo domowe z mężem, żoną, partnerem lub partnerką?

₁ Tak

₅ Nie



Do pytania 8.



7. Kto w parze jest lub był przeważnie odpowiedzialny za następujące zadania... (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat w każdym wierszu)

	Tylko ja	Głównie ja	Ja i mój partner po równo	Głównie mój partner	Tylko mój partner	Nie dotyczy
a) Wychowanie dzieci	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
b) Zarabianie pieniędzy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
c) Gotowanie, sprzątanie, pranie i prasowanie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
d) Opieka nad starszymi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

8. W kolejnych pytaniach interesują nas różne aspekty porad lekarskich. Jak często Pani/Pana lekarz lub pielęgniarka... (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat w każdym wierszu)

	Podczas każdej wizyty	Podczas niektórych wizyt	Nigdy
	▼	▼	▼
a) ...pyta, jak dużo wykonuje Pani/Pan aktywności fizycznej	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) ...mówi, że powinna Pani/powinien Pan regularnie ćwiczyć?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) ...pyta o to, czy zdarza się Pani/Panu przewrócić?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) ...sprawdza Pani/Pana równowagę lub sposób chodzenia?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) ...pyta o leki, które Pani/Pan zażywa, kupione bez recepty lub przepisane przez innego lekarza?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

9. W jakim stopniu czuje się Pani/Pan zachęcona/y do rozmowy ze swoim lekarzem lub pielęgniarką o ... (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat w każdym wierszu)

	Silnie zachęcona/y ▼	Raczej zachęcona/y ▼	Raczej zniechęcona/y ▼	Silnie zniechęcona/y ▼
a) ...problemach ze zdrowiem fizycznym , takich jak ból, ograniczona mobilność, itp.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) ... problemach emocjonalnych, nerwowych lub psychicznych , takich jak stres, smutek, lęki, itp.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) ...szczególnych problemach zdrowotnych , takich jak życie seksualne, problemy z nietrzymaniem moczu, itp.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) ...problemach społecznych, które wpływają na Pani/Pana zdrowie , takich jak rodzina, problemy w pracy, itp.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

10. Ogólnie jak często Pani/Pana lekarz lub pielęgniarka... (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat w każdym wierszu)

	Zawsze ▼	Często ▼	Rzadko ▼	Nigdy ▼
a) ...wyjaśnia Pani/Panu wyniki badań medycznych (laboratoryjnych, radiologicznych, itp.)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) ...wyjaśnia Pani/Panu różne możliwości leczenia?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) ...wysłuchuje Pani/Pana opinii i bierze Pani/Pana zdanie pod uwagę przy wyborze metod leczenia?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

11. Poniższe pytania dotyczą zapobieganiu chorobom. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy... (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat w każdym wierszu)

	Tak ▼	Nie ▼
a) ...zaszczepił/a się Pani/Pan na grypę?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ...lekarz lub pielęgniarka sprawdzał/a Pani/Pana ciśnienie krwi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ... lekarz lub pielęgniarka sprawdzał/a poziom cholesterolu w Pani/Pana krwi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ... lekarz lub pielęgniarka sprawdzał/a poziom cukru (glukozy) w Pani/Pana krwi (w celu przeprowadzenia badania w kierunku cukrzycy)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

12. Czy w ciągu ostatnich dwóch lat miał/a Pani/Pana badanie oczu przeprowadzone przez specjalistę, np. okulistę lub optyka?

<input type="checkbox"/> ₁ Tak
<input type="checkbox"/> ₅ Nie

13. *Dotyczy kobiet:* Czy w ciągu ostatnich dwóch lat miała Pani badanie mammograficzne (zdjęcie rentgenowskie piersi)?

<input type="checkbox"/> ₁ Tak	<input type="checkbox"/> ₈ Nie dotyczy (dla mężczyzn)
<input type="checkbox"/> ₅ Nie	

14. Czy aktualnie posiada Pani/Pan jedno lub więcej spośród poniższych zwierząt domowych w swoim gospodarstwie domowym?

(Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi)

	Tak	Nie
	▼	▼
a) Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ptak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Rybki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Inne zwierzęta domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Na koniec proszę podać swoją płeć i rok urodzenia:

a) Jestem...

Mężczyznę	<input type="checkbox"/>	1
Kobietę	<input type="checkbox"/>	2

b) Urodziłam/em się w

--	--	--	--

roku

Dziękujemy bardzo za poświęcenie czasu na odpowiedzi na nasze pytania. Proszę przekazać kwestionariusz ankieterowi lub odesłać go w załączonej kopercie.