

| Nr identyfikacyjny | | | |
|---------------------------|-------------|--|--|
| Kod gminy | Nr badanego | | |
| | | | |

| Wynik pomiaru ciśnienia | |
|--------------------------------|--|
| | |

ANKIETA SKIEROWANA DO OSÓB W WIEKU 25-55 LAT

Szanowna/y Pani/e,

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na pytania ankiety, która ma na celu ocenę Pani/a stylu życia oraz określenie prawdopodobieństwa wystąpienia chorób układu krążenia. **Efekt ankiety będzie zaproszenie osób zagrożonych chorobami krążenia na bezpłatne badania medyczne.** Badanie realizowane jest w ramach projektu „Twoje Serce Twoim Życiem” Program Zmniejszenia Nierówności w Zdrowiu Mieszkańców Powiatu Piotrkowskiego z Ryskiem Wystąpienia Chorób Układu Krążenia. Podanie nr kontaktowego oraz pozostałych danych osobowych jest niezbędne w celu umożliwienia kontaktu z osobami, które należy skierować na badania medyczne.

PYTANIA REKRUTACYJNE

- R1. W jakim jest Pan/i wieku?
- R2. Czy korzysta Pan/i ze świadczeń ośrodka pomocy społecznej z tytułu dochodu?
- Tak
 - Nie – koniec wywiadu

PYTANIA GŁÓWNE

Stan P. zdrowia.

1. Proszę ocenić obecny stan swojego zdrowia? Czy jest on P. zdaniem

(proszę wskazać **tylko jedną**, właściwą odpowiedź)

- dobry
- dość dobry
- ani dobry ani zły
- raczej zły
- zły

2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca wystąpiły u P. któreś z niżej wymienionych objawów? (proszę w stosunku do każdego z wymienionych objawów odpowiedzieć TAK lub NIE)

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1) ból w klatce piersiowej po wysiłku..... | TAK | NIE |
| 2) ból stawów..... | TAK | NIE |
| 3) ból kręgosłupa (pleców, krzyża)..... | TAK | NIE |
| 4) puchnięcie (obrzęki) stóp..... | TAK | NIE |
| 5) żylaki podudzi | TAK | NIE |
| 6) zaparcie..... | TAK | NIE |
| 7) ból głowy..... | TAK | NIE |
| 8) bezsenność..... | TAK | NIE |
| 9) depresja (silne przygnębienie)..... | TAK | NIE |
| 10) bóle zębów | TAK | NIE |

2.1 Czy kiedykolwiek przeżył P. zawał m. sercowego?

- TAK
 - NIE
- w którym roku życia wystąpił?

2.2 Czy choruje P. na nadciśnienie tętnicze?

- TAK
 - NIE
- od którego roku życia?

2.3 Czy choruje P. na cukrzycę?

- 1) TAK 2) NIE
 od którego roku życia?

3. Czy miał/a P. mierzone ciśnienie tętnicze krwi? Kiedy to było ostatni raz?

- 1) nigdy nie było mierzone
- 2) w ciągu ostatniego roku
- 3) w okresie między 1 rok temu a 5 lat temu
- 4) więcej niż 5 lat temu
- 5) nie pamiętam

4. Czy miał/a P. kiedykolwiek mierzony poziom cholesterolu we krwi? Kiedy był mierzony ostatni raz?

- 1) nigdy, nie był mierzony
- 2) w ciągu ostatniego roku
- 3) w okresie między 1 rok temu a 5 lat temu
- 4) ponad 5 lat temu
- 5) nie pamiętam

5. Chciał/abym teraz dowiedzieć się, czy P. rodzice chorują lub chorowali i/lub zmarli na następujące choroby?

| Rodzaj schorzenia: | Ojciec | | Matka | |
|----------------------------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|
| | NIE | TAK w jakim wieku? | NIE | TAK w jakim wieku? |
| 1) Zawał serca | | | | |
| 2) Choroba wieńcowa | | | | |
| 3) Nadciśnienie tętnicze | | | | |
| 4) Udar mózgu | | | | |
| 5) Cukrzyca | | | | |
| 6) Wysokie stężenie cholesterolu | | | | |
| 7) Otyłość | | | | |
| 8) Choroba nowotworowa | | | | |

ZACHOWANIA ZDROWOTNE

SPOŻYCIE ALKOHOLU

6. Proszę wstawić znak „X” przy odpowiedniej częstotliwości picia każdego rodzaju alkoholu oraz wpisać ile razy, a także wstawić znak „X” przy odpowiedniej ilości jednorazowego spożycia każdego rodzaju alkoholu.

| Charakterystyka spożycia: | Rodzaj alkoholu | | | |
|---|---|------|------|------|
| | Alkohol wysokoprocentowy (wódka, bimber) | Wino | Piwo | Inne |
| Częstotliwość picia: | | | | |
| wcale | | | | |
| mniej niż raz w miesiącu (ile razy w roku?) | | | | |
| ile razy w miesiącu | | | | |
| kilka razy w tygodniu (ile razy ?) | | | | |
| codziennie | | | | |
| Ilość wypijana jednorazowo: | | | | |
| ok. 50 ml | | | | |
| ok. 100 ml | | | | |
| ok. 250 ml | | | | |
| ok. 1/3 l | | | | |
| ok. 1/2 l | | | | |
| ok. 3/4 l | | | | |
| ok. 1 l | | | | |
| więcej, ile? | | | | |

7. Ile alkoholu wypił/a P. w ciągu ostatnich 7 dni?

(proszę określić ilość w stosunku do każdego z wymienionych niżej rodzajów alkoholu):

- a) wypilem /am litra wódki (innego alkoholu wysokoprocentowego)
- b) wypilem /am litra wina
- c) wypilem /am litra piwa
- d) wypilem /am litra innego alkoholu rodzaj
- e) wypilem /am litra innego rodzaju alkoholu
- f) nie dotyczy

8. Czy w ciągu ostatnich 7 dni zdarzyło się P. wypić taką ilość alkoholu, że czuł/a się P. pijany/a?

- a) nigdy mi się to nie zdarza
- b) zdarza mi się to sporadycznie (kilka razy w roku)
- c) zdarza mi się to ok. 1 raz w miesiącu
- d) zdarza mi się to ok. 1 raz w tygodniu
- e) zdarza mi się to kilka razy w tygodni

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

9. W jaki sposób zazwyczaj przebywa P. drogę z domu do pracy (szkoły, uczelni) i z powrotem? (proszę wskazać **tylko jedną**, właściwą odpowiedź):

- a) dojeżdżam do pracy (szkoły, uczelni) i wracam samochodem osobowym lub
- b) środkami komunikacji miejskiej (przejdź do pytania 11)
- c) chodzę pieszo lub jeżdżę rowerem;
- d) nie pracuję (nie uczę się) lub pracuję w domu (przejdź do pytania 11)

10. Ile minut dziennie zajmuje P. dojście lub dojechanie rowerem do pracy (szkoły, uczelni) oraz powrót do domu? (proszę wskazać **tylko jedną**, właściwą odpowiedź):

- a) mniej niż 15 minut
- b) od 15 do 30 minut
- c) powyżej 30 do 60 minut
- d) ponad godzinę

11. Czy zdarza się P. wykonywać ćwiczenia fizyczne (np. biegać, jeździć na rowerze, pływać, gimnastykować się itp.) przez co najmniej 30 minut bez przerwy ?

- a) tak
- b) nie (przejdź do pyt. 13)

12. Jak często wykonuje P. ćwiczenia fizyczne (tj. biega, jeździ na rowerze, pływa, gimnastykuje się itp.) trwające co najmniej 30 minut? (proszę wskazać **tylko jedną**, właściwą odpowiedź):

- a) codziennie
- b) prawie każdego dnia (4-6 razy w tygodniu)
- c) co drugi lub co trzeci dzień
- d) raz w tygodniu
- e) dwa, trzy razy w miesiącu
- f) kilka razy w roku lub rzadziej

13. Dlaczego P. nie wykonuje ćwiczeń fizycznych ?

(dotyczy tylko tych pacjentów, którzy w pyt. 11 wskazali wariant odpowiedzi **NIE**)

- a) brak czasu
- b) brak chęci (nie mam takiej potrzeby)
- c) zły stan zdrowia (choroba, inwalidztwo)
- d) duża aktywność fizyczna w ogóle (praca fizyczna, działka, dom itp.)
- e) brak pieniędzy
- f) brak dostępu do właściwej infrastruktury
- g) inna przyczyna (wpisz jaka)

SPOSÓB ŻYWIENIA

14. Ile zasadniczych posiłków spożywa Pan/i dziennie? – zakreśl właściwe

(owoc, ciastko, chleb itp. to posiłek, napoje i cukierki nie są posiłkami)

1 2 3 4 5 6 więcej niż 6

15. Jaki rodzaj chleba spożywa P. najczęściej? Proszę zaznaczyć jedną lub wiele odpowiedzi.

- a) Jasny lub ciemny chleb żytni
- b) Pełnoziarnisty chleb żytni
- c) Biały chleb tradycyjny
- d) Biały chleb, grube ziarno
- e) Biały chleb, włoski
- f) Inne

16. Jaki rodzaj tłuszczu używa P. do smarowania chleba? Proszę zaznaczyć jedną lub wiele odpowiedzi.

- a) Żaden
- b) Margaryna o obniżonej zawartości tłuszczu
- c) Margaryna roślinna
- d) Masło
- e) Mieszanka masła i margaryny
- f) Smalec

17. Jakiego tłuszczu używa Pan/i do przygotowywania posiłków [gotowania/smażenia]? Proszę zaznaczyć jedną lub wiele odpowiedzi.

- a) Żaden
- b) Margaryna
- c) Margaryna roślinna
- d) Masło
- e) Mieszanka tłuszczów
- f) Smalec
- g) Olej rzepakowy
- h) Oliwa z oliwek
- i) Olej kukurydziany/słonecznikowy/z pestek winogron
- j) Inne

18. Jak dużo owoców zwykle spożywa Pan/i w ciągu dnia/tygodnia?

1 porcja = 1 kawałek [np. arbuza] lub 1 owoc [jabłko, pomarańcza, gruszka, 3 śliwki]

- a) Żadnego
- b) 1-2/tydzień
- c) 3-4/tydzień
- d) 5-6/tydzień
- e) 1-2/dzień
- f) 3-4/dzień
- g) 5-6/dzień
- h) Więcej niż 6 razy/dzień

19. Czy lubi P. jadać słono (czy dosala P. potrawy)?

- a) tak
- b) nie

PALENIE TYTONIU

20. Czy kiedykolwiek palił/a P. tytoń (np. papierosy, fajkę, cygara itp.)?

- 1) tak
- 2) nie (przejdź do pyt. 29)

21. W jakim wieku zaczął/ła P. palić? (wiek w latach)

22. Ile lat w sumie P. pali, lub palił/a jeśli rzucił/a palenie? lat

23. A czy obecnie pali P. tytoń? (proszę wskazać tylko jedną, właściwą odpowiedź):

- a) tak, codziennie (przejdź do pyt. 25)
- b) tak, ale okazjonalnie (przejdź do pyt. 25)

c) nie

24. Co zatem skłoniło P. do zaprzestania palenia?

(proszę wskazać **tylko jedną**, najważniejszą przyczynę):

- 1) aktualne dolegliwości
- 2) obawa przed chorobą
- 3) zalecenia lekarza
- 4) życzenia rodziny
- 5) przekonanie o szkodliwym działaniu palenia
- 6) względy finansowe
- 7) zakaz palenia w miejscu pracy
- 8) inna przyczyna, jaka.....

} przejdź do pyt. 29

Pytania dla **aktualnych** palaczy

25. Jaki rodzaj papierosów aktualnie pali Pan/Pani najczęściej?

- a) z filtremsztuk w ciągu doby
- b) bez filtra sztuk w ciągu doby
- c) ręcznie skręcane sztuk w ciągu doby
- d) slim sztuk w ciągu doby
- e) mentolowe sztuk w ciągu doby
- f) inne jakie ?..... sztuk w ciągu doby

26. Czy chciał(a)by P. rzucić palenie? (proszę wskazać tylko jedną, właściwą odpowiedź):

- a) zamierzam rzucić palenie w ciągu najbliższego miesiąca
- b) rozważam rzucenie palenia w ciągu najbliższych 12 miesięcy
- c) rzucę palenie, ale nie w ciągu najbliższych 12 miesięcy.
- d) nie zamierzam rzucać palenia
- e) nie wiem

27. Czy kiedykolwiek podejmował/a P. próbę zaprzestania palenia?

- a) nie (przejdź do pytania 29)
- b) tak (ile razy.....)

28. Kiedy ostatni raz próbował/a P. porzucić palenie, tzn. nie palił/a P. przynajmniej przez 24 godziny?

- a) w ciągu ostatniego miesiąca
- b) pow. 1 miesiąca do pół roku temu
- c) pow. pół roku do 1 roku temu
- d) więcej niż 1 rok temu

29. Czy jest P. zaniepokojony/a/ szkodliwymi skutkami palenia tytoniu dla P. zdrowia? (proszę wskazać tylko jedną, właściwą odpowiedź):

- a) jestem bardzo zaniepokojony/a/
- b) jestem trochę zaniepokojony/a/
- c) jestem niezbyt zaniepokojony/a/
- d) zupełnie nie jestem zaniepokojony/a/

30. Czy uważa Pani/Pan, że palenie tytoniu wywołuje poważne choroby?

- a) TAK
- b) NIE
- c) NIE WIEM

31. Czy uważa Pani/Pan, że palenie tytoniu wywołuje następujące skutki:

| LP | Choroba | TAK | NIE | NIE WIEM |
|----|--|-----|-----|----------|
| 1 | Udar mózgu (wylew), który może prowadzić do paraliżu | | | |
| 2 | Atak (zawał) serca | | | |
| 3 | Raka płuca | | | |

32. Jak P. określił(a)by szkodliwość dla zdrowia wymienionych poniżej rodzajów wyrobów zawierających nikotynę w porównaniu z tradycyjnymi papierosami?

| | Tak samo szkodliwe jak tradycyjne papierosy | Są mniej szkodliwe w porównaniu z tradycyjnymi papierosami | Bardziej szkodliwe w porównaniu z tradycyjnymi papierosami |
|---------------------|---|--|--|
| Papierosy mentolowe | a | b | c |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Inne papierosy aromatyzowane np. waniliowe | a | b | c |
| Papierosy typu slim | a | b | c |
| Cygarетки | | | |
| Fajki wodne tzw. shisha | a | b | c |
| Tytoń bezdymny np. snus czy tytoń do żucia | a | b | c |
| E-papierosy | a | b | c |

WPROWADZENIE: Kilka kolejnych pytań dotyczy biernego narażenia na dym tytoniowy.

33. Czy w Pana/Pani domu obowiązują zasady, które ograniczają palenie w domu?

- a) Tak
- b) Nie (przejdź do pytania 39)
- c) Nie wiem (przejdź do pytania 39)

34. Jeżeli tak, to proszę określić te zasady:

- a) Palenie zabronione w każdym zamkniętym pomieszczeniu
- b) Palenie dozwolone w niektórych pomieszczeniach
- c) Palenie dozwolone wszędzie

35. Które z poniższych stwierdzeń najlepiej opisuje podejście do palenia w pomieszczeniach zamkniętych w Pana/Pani miejscu pracy (DOTYCZY OSÓB PRACUJĄCYCH):

- a) palenie jest dozwolone w każdym miejscu,
- b) palenie jest dozwolone tylko w niektórych pomieszczeniach zamkniętych,
- c) palenie jest zabronione we wszystkich pomieszczeniach zamkniętych
- d) nie wiem

36. Czy jest Pan/i narażona na tzw. bierne palenie, tj. wdychanie dymu papierosowego w domu lub w pracy?

- a) Tak, tylko w domu
- b) Tak, tylko w pracy
- c) Tak, w domu i w pracy
- d) Tak, w innych sytuacjach
- e) Nie

37. Ile godzin dziennie przebywa P. w pomieszczeniach, w których ktoś pali tytoń? (proszę wskazać tylko jedną, właściwą odpowiedź):

- a) w ogóle nie przebywam w takich pomieszczeniach
- b) mniej niż 1 godzinę w ciągu dnia
- c) od 1 godziny do 5 godzin w ciągu dnia
- d) 5 do 8 godzin dziennie
- e) ponad 8 godzin dziennie

38. Czy jest P. zaniepokojony/a/ szkodliwymi skutkami biernego palenia tytoniu dla P. zdrowia? (proszę wskazać tylko jedną, właściwą odpowiedź):

- a) jestem bardzo zaniepokojony/a/
- b) jestem trochę zaniepokojony/a/
- c) jestem niezbyt zaniepokojony/a/
- d) zupełnie nie jestem zaniepokojony/a/

UŻYWANIE PAPIEROSÓW ELEKTRONICZNYCH

39. Czy kiedykolwiek używał/a P. e-papierosów (choćby jeden raz)?

- a) tak
- b) nie (przejdź do pytania 40)

40. Czy obecnie używa P. e-papierosów?

- a) tak, codziennie (przejdź do pytania 41)
- b) tak, okazjonalnie (przejdź do pytania 41)
- c) nie używam w ogóle

41. Jeżeli aktualnie nie używa P. e-papierosów to czy w przyszłości zamierza P. ich używać?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

42. Od ilu lat używa lub używał/a Pan/i papierosy elektroniczne?lat

43. Czy używa P. e-papierosów zawierających nikotynę?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Nie wiem

44. Przez ile dni w ciągu ostatnich 30 dni używał/a P. e-papierosów?

- a) 0
- b) 1-2
- c) 3-6
- d) 7-10
- e) 11-19
- f) 20-29
- g) 30

45. Jak często w ciągu dnia używa P. e- papierosa?

- a) raz dziennie
- b) 2-5 razy dziennie
- c) 6-10 razy dziennie
- d) 11-20 razy dziennie
- e) powyżej 20 razy dziennie

46. Ile miał/a P. kiedy pierwszy raz użył/a e-papierosa?

Proszę wpisać w kratkę.lat

47. Czy jest P. zaniepokojony/a/ szkodliwymi skutkami używania e-papierosów dla P. zdrowia? (proszę wskazać tylko jedną, właściwą odpowiedź):

- a) jestem bardzo zaniepokojony/a/
- b) jestem trochę zaniepokojony/a/
- c) jestem niezbyt zaniepokojony/a/
- d) zupełnie nie jestem zaniepokojony/a/

48. Czy uważa Pani/Pan, że używanie e-papierosów wywołuje poważne choroby?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Nie wiem

49. Czy uważa Pani/Pan, że używanie e-papierosów wywołuje następujące skutki:

| LP | Choroba | TAK | NIE | NIE WIEM |
|----|--|-----|-----|----------|
| 1 | Udar mózgu (wylew), który może prowadzić do paraliżu | | | |
| 2 | Atak (zawał) serca | | | |
| 3 | Raka płuca | | | |

49. Czy popart(a)by, czy też sprzeciwił(a)by się Pani/Pan wprowadzeniu zakazu palenia e-papierosów w miejscach publicznych?

- a) Zdecydowanie TAK
- b) Raczej TAK
- c) Nie wiem
- d) Raczej NIE
- e) Zdecydowanie NIE

WIEDZA ZDROWOTNA

50. Który z niżej wymienionych czynników ma P. zdaniem największy wpływ na to, że wiele dorosłych osób w Polsce choruje na choroby układu krążenia? (proszę wskazać dwa najważniejsze P. zdaniem czynniki):

- a) nieodpowiednie odżywianie
- b) stres, trudne warunki życiowe, męcząca praca



- c) palenie papierosów
- d) niedostatek ćwiczeń fizycznych
- e) niedobór witamin, soli mineralnych itp.
- f) nadwaga, otyłość
- g) czynniki genetyczne (wrodzone)
- h) alkohol
- i) niski poziom opieki zdrowotnej
- j) inne przyczyny, jakie

METRYCZKA

M1. Płeć: 1) MĘŻCZYZNA

2) KOBIETA

M2. Stan cywilny:

- a) kawaler / panna
- b) żonaty / zamężna
- c) rozwiedziony / a
- d) wdowiec / wdowa

M3. Z ilu osób składa się rodzina zamieszkująca razem z P. ? |__|__|

w tym:

| | | |
|---------|------------------------------|-------|
| dzieci: | liczba dzieci do lat 4 | __ __ |
| | liczba dzieci do lat 15 | __ __ |
| | liczba dzieci do lat 18 | __ __ |
| | liczba dzieci powyżej 18 lat | __ __ |

osoby niepełnosprawne: |__|__|

osoby powyżej 75 roku życia: |__|__|

M4. Jakie jest P. wykształcenie?:

- a) podstawowe
- b) zasadnicze zawodowe
- c) średnie ogólne lub zawodowe
- d) pomaturalne
- e) wyższe

M5. Łączna liczba lat nauki:

M6. Która z wymienionych niżej sytuacji jest tą, w której P. znajduje się obecnie:

- 1) jestem bezrobotny/a lecz na zasiłku
- 2) jestem bezrobotny/a bez prawa do zasiłku
- 1) pracuję, lecz w niepełnym wymiarze godzin
- 2) pracuję w pełnym wymiarze godzin, lecz jestem zagrożony/a bezrobociem
- 3) pracuję na pełnym etacie
- 4) jestem na emeryturze (rencie rodzinnej)
- 5) jestem rencistą
- 6) jestem uczniem (studentem)

Dotyczy osób pracujących

M7. Jaki rodzaj pracy Pani/Pan wykonywała/wykonywał i jakie zajmowała/zajmował stanowisko

w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- a) specjalista, samodzielny pracownik o wysokich kwalifikacjach z wyższym wykształceniem
- b) pracownik umysłowy, biurowy, administracji w firmie lub przedsiębiorstwie ..
- c) pracownik handlu i usług
- d) brygadzysta, technik nadzoru pracowników fizycznych
- e) robotnik wykwalifikowany
- f) robotnik niewykwalifikowany lub rolny
- g) nie wiem.....



„Twoje SERCE ♥ Twoim ŻYCIEM”

Program Zmniejszenia Nierówności w Zdrowiu Mieszkańców Powiatu Piotrkowskiego
z Ryzykiem Wystąpienia Chorób Układu Krążenia

M8. Czy P. miesięczny dochód:

- a) wystarcza na dostatnie (bardzo dobre) życie
- b) wystarcza na dobre życie
- c) wystarcza, ale na skromne życie
- d) wystarcza, ale na bardzo skromne życie
- e) nie wystarcza nawet na bardzo skromne życie
- f) inna odpowiedź, jaka?

M9. Proszę mi powiedzieć, czy to gospodarstwo domowe lub jakakolwiek osoba w nim zamieszkała ma dostęp do następujących udogodnień? ODCZYTAJ KAŻDĄ POZYCJĘ: TAK, NIE, NIE WIEM

| ODCZYTAJ KAŻDĄ POZYCJĘ: | TAK | NIE | NIE WIEM |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | ▼ | ▼ | |
| a. Elektryczność?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| b. Bieżąca woda? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| b. Toaleta ze spłuczką? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| b. Centralne ogrzewanie? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| c. Telefon stacjonarny?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| d. Telefon komórkowy? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| e. Telewizor?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| f. Radio? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| g. Lodówka? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| h. Samochód? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| i. Motorower/skuter/motocykl?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| j. Pralka? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| k. Komputer? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| l. Internet? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| m. Telewizja satelitarna lub kablowa?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| n. Zmywarka do naczyń? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| o. Zestaw kina domowego? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| p. Traktor? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |

M10. Jak ocenia P. swe warunki mieszkaniowe?

- a) mam bardzo dobre warunki
- b) mam dobre warunki
- c) moje warunki mieszkaniowe oceniam jako wystarczające (tzn. występują pewne kłopoty wynikające z ciasnoty lub braku wygód)
- d) mam złe warunki

M11. W jakim stopniu jest P. zadowolony/a ze swojego życia?

- a) W bardzo dużym
- b) Raczej w dużym
- c) Przeciętnie
- d) Raczej w małym
- e) W bardzo małym lub wcale

| Dane antropometryczne respondenta | |
|-----------------------------------|--|
| 1. Wysokość ciała (cm) | |
| 2. Ciężar ciała (kg) | |
| 3. Obwód talii (cm) | |
| 4. Obwód bioder (cm) | |

M12. PESEL _ _ _ _ _

M13. Nr telefonu