

KWESTIONARIUSZ:

YOURLIFE (C17)



Po pierwsze chcemy podziękować Ci za pomoc przy tym badaniu. Jest to anonimowa ankieta online o afektywności, seksualności i stylu życia. Dane z tego badania pomogą lepiej zrozumieć opinie, wiedzę i potrzeby młodzieży.

Ankieta jest ANONIMOWA. Nie zostaniesz poproszony/a o podanie swojego imienia i nazwiska i nikt nie będzie wiedział, jakich udzieliłeś/aś odpowiedzi. Ponadto, tylko naukowcy będą widzieć te anonimowe odpowiedzi. Twój rodzice, nauczyciele i koledzy nigdy nie będą mieli do nich dostępu.

Badanie jest DOBROWOLNE. Jeśli nie chcesz wypełnić ankiety, masz do tego pełne prawo. Twoja decyzja nie będzie miała dla Ciebie żadnych negatywnych skutków. Możesz wyjść z sali wtedy, gdy inni uczniowie zakończą wypełnianie ankiety, lub wtedy kiedy Tobie odpowiada. Dodatkowo, jeśli nie chcesz odpowiedzieć na jakieś pytanie możesz wybrać opcję „Wolę nie odpowiadać”, która jest dostępna dla każdego pytania. Pamiętaj jednak proszę, że istotnym jest udzielenie kompletnej informacji.

Wypełnienie ankiety zajmie Ci około 30 minut.

Zachęcamy Cię do udziału i doceniamy Twój wysiłek włożony w wypełnienie ankiety. Dzięki wypełnieniu ankiety wraz z tysiącami innych młodych ludzi z całego świata weźmiesz udział w międzynarodowym projekcie badawczym.

Klikając „START” wyrażasz swoją zgodę na uczestnictwo w ankiecie.

Dziękujemy za współpracę!

W niektórych przypadkach numery nie są po kolei. To nie jest pomyłka: to dlatego, że są to pytania zadawane tylko w niektórych kwestionariuszach, a w innych nie, w zależności od wieku uczestników i potrzeb badania.

© ICS

Jak cytować: Carlos S, Osorio A, Calatrava M, López-Del Burgo C, Ruiz-Canela M, de Irala J. [Project YOURLIFE \(What Young People Think and Feel about Relationships, Love, Sexuality and Related Risk Behavior\): Cross-sectional and Longitudinal Protocol](#). *Front Public Health*.

2018;12:05

1. Udzielanie odpowiedzi na pytania:

- To badanie **nie jest sprawdzianem**. Odpowiedzi nie są oceniane, więc zachęcamy do szczerego udzielania odpowiedzi na pytania. Te same pytania są również zadawane w innych krajach, o różnych kulturach, więc niektóre pytania mogą Ci się wydawać nieco dziwne lub nie odnosić się do Twojego codziennego życia. Mimo że niektóre pytania o zachowania młodzieży oferują rozmaite odpowiedzi, nie oznacza to jednak, że wszystkie te zachowania są zdrowe i wskazane. Używamy tych odpowiedzi, ponieważ w niektórych krajach i w niektórych klasach, mogą być osoby, które znajdują się w okolicznościach opisanych w odpowiedziach. Spróbuj jednak udzielić odpowiedzi również na te pytania.
- W każdym pytaniu zaoferowano kilka opcji odpowiedzi. Zaznacz jedno pole dla każdego pytania. Jeśli okaże się, że trudno jest Ci wybrać spośród kilku odpowiedzi, zaznacz tę, która najlepiej oddaje to, co uważasz.
- Niektóre pytania odnoszą się do Twoich rodziców. Odnoszą się one do rodziców biologicznych, adopcyjnych, opiekunów lub ludzi odpowiedzialnych za Ciebie.

2. Ile masz lat?

- 10 lub mniej
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25 lub więcej
- Wolę nie odpowiadać

3. Jesteś płci męskiej czy żeńskiej?

- męskiej
- żeńskiej
- Wolę nie odpowiadać

4. W poprzednim roku szkolnym:

- Nie zdałem/łam jednego przedmiotu
- Zdałem/łam wszystkie przedmioty i mam średnie oceny
- Zdałem/łam wszystkie przedmioty i mam dobre oceny
- Wolę nie odpowiadać

9. Normalnie od PONIEDZIAŁKU DO CZWARTKU ile czasu w sumie (dodając czas z tych 4 dni) spędzasz zazwyczaj przy następujących czynnościach?

	Zero	Mniej niż 1 godzina	Między 1 a 2 godziny	Między 2 a 3 godziny	Między 3 a 4 godziny	Między 4 a 10 godzin	Więcej niż 10 godzin	Wolę nie odpowiadać
Nauka i odrabianie zadań domowych (po zajęciach w szkole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czytanie książek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czytanie magazynów dla młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oglądanie telewizji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Granie w gry komputerowe, video, konsole...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca zarobkowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. To poniższe pytanie jest podobne do poprzedniego, lecz dotyczy weekendu. Normalnie od PIĄTKU DO NIEDZIELI ile czasu w sumie (dodając czas z tych 3 dni) spędzasz zazwyczaj przy następujących czynnościach?

	Zero	Mniej niż 1 godzina	Między 1 a 2 godziny	Między 2 a 3 godziny	Między 3 a 4 godziny	Między 4 a 10 godzin	Więcej niż 10 godzin	Wolę nie odpowiadać
Nauka i odrabianie zadań domowych (po zajęciach w szkole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czytanie książek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czytanie magazynów dla młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oglądanie telewizji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Granie w gry komputerowe, video, konsole...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca zarobkowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Które z następujących rodzajów programów telewizyjnych zazwyczaj oglądasz (co najmniej raz w tygodniu)?

	Nie	Tak	Wolę nie odpowiadać
Wiadomości, sport, programy o kulturze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telenowele, programy dla młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reality shows	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne programy, konkursy, kabarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wskaż proszę do jakiego stopnia zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami.

	Całkowicie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Mam stanowisko neutralne	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam	Wolę nie odpowiadać
Spędzam czas bez celu, bawiąc się moim smartfonem, tabletem lub komputerem, nawet jeśli mógłbym/mogłabym robić rzeczy bardziej wydajne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spędzam więcej czasu na interakcjach z moimi "wirtualnymi przyjaciółmi" niż z osobami, którzy są fizycznie blisko mnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Powinienem/powinnam być mniej "uzależniony/a" lub "podłączony/a" do niektórych urządzeń elektronicznych, takich jak mój telefon komórkowy, tablet i / lub komputer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przez cały czas, otwieram i odpowiadam na e-maile, czaty i tweety, nawet, jeżeli robiąc to przerywam inne zajęcia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zazwyczaj czuję się nieswojo, kiedy zapomnę i zostawię mój telefon komórkowy lub inne urządzenie w domu, w samochodzie, czy w innym miejscu, bo czuję potrzebę żeby być podłączony/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwykle jak jem oglądam rzeczy na mojej komórce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. POWIEDZ PROSZĘ JAK SPĘDZASZ WOLNY CZAS**14. Czy masz przyjaciół na których możesz liczyć w trudnych chwilach?**

- Nie
 Tak
 Nie wiem
 Wolę nie odpowiadać

15. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, jak często brałeś/łaś udział w następujących czynnościach?

	Nigdy	Mniej niż jeden dzień w miesiącu	1-3 dni w miesiącu	1-2 dni w tygodniu	3 dni w tygodniu lub więcej	Wolę nie odpowiadać
Spędzanie czasu na ulicy, w parku, na plaży lub w innym miejscu publicznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uprawianie sportu, chodzenie po górach itd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca jako wolontariusz (w organizacjach pozarządowych, charytatywnych itd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczestnictwo w zajęciach artystycznych lub edukacyjnych (muzyka, malarstwo, teatr, kursy, kursy, spotkania o charakterze religijnym itd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczestnictwo w dyskotekach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjścia do centrów handlowych, sal gier, na bilard, boisko do piłki nożnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spędzanie czasu z przyjaciółmi w czyimś domu bez obecności osób dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spędzanie czasu z rodzicami (uprawianie sportu, wyjazdy terenowe, gry planszowe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palenie papierosów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picie alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picie 5 lub więcej napojów alkoholowych w przeciągu dwóch godzin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palenie marihuany/haszyszu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Używanie innych narkotyków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oglądanie materiałów erotycznych lub pornograficznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oglądanie materiałów erotycznych lub pornograficznych w telefonie komórkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Czy kiedykolwiek...?

	Nie	Tak	Nie wiem	Wolę nie odpowiadać
wysłałeś/aś jakieś zdjęcia o treści erotycznej na których widzisz Ty lub jakąś osobą, którą znasz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prosiłeś/aś kogoś, żeby Ci wysłał/a swoje erotyczne zdjęcie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otrzymałeś/aś jakieś zdjęcia o treści erotycznej na których widnieje jakaś osoba, którą znasz osobiście?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Ile pieniędzy zazwyczaj wydajesz w ciągu tygodnia? Odpowiedz na pytanie podając konkretną liczbę bez podawania waluty. Przykładowo, jeżeli w ciągu tygodnia wydajesz 50 zł, wpisz: 50.

19. Jak istotne jest DLA CIEBIE co TWOI RODZICE uważają na temat...

	Nieistotne	Trochę istotne	Średnio istotne	Istotne	Bardzo istotne	Wolę nie odpowiadać
...palenia papierosów, picia alkoholu i używania narkotyków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tego, co robisz w wolnym czasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zagadnień związanych z miłością i seksualnością	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Zauważ proszę, że to pytanie jest podobne do poprzedniego, ale teraz pytamy o TWOICH PRZYJACIÓŁ.

Jak istotne jest DLA CIEBIE co TWOI PRZYJACIELE uważają na temat...

	Nieistotne	Trochę istotne	Średnio istotne	Istotne	Bardzo istotne	Wolę nie odpowiadać
...palenia papierosów, picia alkoholu i używania narkotyków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tego, co robisz w wolnym czasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zagadnień związanych z miłością i seksualnością	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. POWIEDZ PROSZĘ SKĄD CZERPIESZ INFORMACJE**24. Jak często pytasz o zdanie rodziców (tatę, mamę lub oboje) na następujące tematy?**

	Nigdy	Prawie nigdy	Czasami	Prawie zawsze	Zawsze	Wolę nie odpowiadać
Kiedy będę przygotowany/a do odbycia stosunków seksualnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak odmówić seksu chłopakowi/dziewczynie, kiedy nie mam na to ochoty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak poznać, czy mój chłopak / dziewczyna jest odpowiednią osobą, z którą mogę budować wspólną przyszłość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak najlepiej radzić sobie z moimi uczuciami i namiętnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak najlepiej radzić sobie z moim popędem seksualnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak rozróżnić zainteresowanie seksualne kimś, zauroczenie i miłość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Czy chcesz rozmawiać z rodzicami więcej na temat tych zagadnień:

	Nie	Tak	Wolę nie odpowiadać
Kiedy będę przygotowany/a do odbycia stosunków seksualnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak odmówić seksu chłopakowi/dziewczynie, kiedy nie mam na to ochoty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak poznać, czy mój chłopak / dziewczyna jest odpowiednią osobą, z którą mogę budować wspólną przyszłość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak najlepiej radzić sobie z moimi uczuciami i namiętnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak najlepiej radzić sobie z moim popędem seksualnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak rozróżnić zainteresowanie seksualne kimś, zauroczenie i miłość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. W jakim stopniu w szkole omawia się następujące tematy:

	Nigdy	Prawie nigdy	Czasami	Prawie zawsze	Zawsze	Wolę nie odpowiadać
Biologiczne aspekty seksualności (zmiany w organizmie, funkcjonowaniu układu rozrodczego, ciąża, AIDS ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afektywne aspekty seksualności (rozdzielenie między zainteresowaniem seksualnym kimś, zauroczeniem i miłością; radzenie sobie z uczuciami ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Wskaż, czy w szkole powinno się mówić więcej lub mniej na następujące tematy:

	Powinno się mówić dużo mniej	Powinno się mówić mniej	Mówi się wystarczająco	Powinno się mówić więcej	Powinno się mówić dużo więcej	Wolę nie odpowiadać
Biologiczne aspekty seksualności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afektywne aspekty seksualności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Czy uważasz, że TWOI RODZICE starają Ci się przekazać, że ...?

	Nie	Tak	Wolę nie odpowiadać
... jeśli weźmiesz ślub, małżeństwo powinno trwać całe życie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... z seksem powinno się czekać do ślubu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... seks jest OK, wolny od ryzyka i nie powinienes/powinnaś z tym zwlekać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... seks uprawia się dla zabawy, bez zaangażowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jeśli zdecydujesz się na seks, powinienes/powinnaś używać prezerwatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Czy uważasz, że TWOJA SZKOŁA stara Ci się przekazać, że ...?

	Nie	Tak	Wolę nie odpowiadać
... jeśli weźmiesz ślub, małżeństwo powinno trwać całe życie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... z seksem powinno się czekać do ślubu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... seks jest OK, wolny od ryzyka i nie powinienes/powinnaś z tym zwlekać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... seks uprawia się dla zabawy, bez zaangażowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Czy uważasz, że TWOI PRZYJACIELE starają Ci się przekazać, że ...?

	Nie	Tak	Wolę nie odpowiadać
... jeśli weźmiesz ślub, małżeństwo powinno trwać całe życie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... z seksem powinno się czekać do ślubu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... seks jest OK, wolny od ryzyka i nie powinienes/powinnaś z tym zwlekać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... seks uprawia się dla zabawy, bez zaangażowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Czy uważasz, że MEDIA starają Ci się przekazać, że ...?

	Nie	Tak	Wolę nie odpowiadać
... jeśli weźmiesz ślub, małżeństwo powinno trwać całe życie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... z seksem powinno się czekać do ślubu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... seks jest OK, wolny od ryzyka i nie powinienes/powinnaś z tym zwlekać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... seks uprawia się dla zabawy, bez zaangażowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. POWIEDZ PROSZĘ CO MYŚLISZ NA TEMAT MIŁOŚCI I SEKSUALOŚCI

Wszędzie tam gdzie mowa o „relacjach seksualnych” chodzi o pełen stosunek seksualny.

34. Według Ciebie, ile osób w Twoim wieku odbyło stosunek seksualny?

	Nikt albo prawie nikt	Mniej niż połowa	Połowa	Więcej niż połowa	Wszyscy albo prawie wszyscy	Wolę nie odpowiadać
Młodzież w Twoim wieku w Twojej szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Młodzież w Twoim wieku ogólnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Jak oceniasz ryzyko wystąpienia następujących rzeczy w przypadku seksu z użyciem prezerwatywy?

	Brak ryzyka	Niskie lub średnie	Wysokie lub bardzo wysokie	Nie wiem	Wolę nie odpowiadać
Zajście w ciążę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zakażenie HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Załóżmy, że ktoś zawsze używa prezerwatywy podczas seksu. Oszacuj proszę ryzyko zakażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową w następujących sytuacjach:

	Brak ryzyka	Niskie	średnie	Wysokie	Bardzo wysokie	Wolę nie odpowiadać
Jeżeli ktoś przez całe życie ma tego samego partnera/kę seksualnego/ą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli ktoś przez całe życie ma 2 lub więcej partnerów/rek seksualnych (nie jednocześnie, to znaczy że dana osoba w danym okresie jest wierna jednemu partnerowi/rce)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli ktoś przez całe życie ma 2 lub więcej następujących po sobie partnerów/rek seksualnych w tym samym okresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Czy istotne są dla Ciebie następujące rzeczy przy wyborze partnera/rki?

	Nieistotne	Trochę istotne	Średnio istotne	Istotne	Bardzo istotne	Wolę nie odpowiadać
Żeby podobał/a mi się fizycznie (był przystojny, była ładna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby miał/a dużo pieniędzy, fajny samochód, motocykl itd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby był/a dobrą osobą, lojalną, wierną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby był/a inteligentną osobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby był/a wrażliwą osobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby miał/a poczucie humoru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby był/a osobą pracowitą, pilną w nauce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby chciał/a czekać z seksem do ślubu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żebyśmy mieli podobne hobby, zainteresowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żebyśmy mieli podobne wartości/religię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby był/a osobą na którą mogę liczyć w trudnych momentach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Zauważ proszę, że to pytanie jest podobne do poprzedniego, ale teraz chodzi o to, co jest istotne według Ciebie DLA PŁCI PRZECIWNEJ przy wyborze partnera/rki?

	Nieistotne	Trochę istotne	Średnio istotne	Istotne	Bardzo istotne	Wolę nie odpowiadać
Żeby podobał/a się fizycznie (był przystojny, była ładna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby miał/a dużo pieniędzy, fajny samochód, motocykl itd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby był/a dobrą osobą, lojalną, wierną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby był/a inteligentną osobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby był/a wrażliwą osobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby miał/a poczucie humoru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby był/a osobą odpowiedzialną, pilną w nauce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby chciał/a czekać z seksem do ślubu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żebyśmy mieli podobne hobby, zainteresowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żebyśmy mieli podobne wartości/religię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby był/a osobą na którą można liczyć w trudnych momentach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Czy zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami?

	Całkowicie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Mam stanowisko neutralne	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam	Wolę nie odpowiadać
Ojcostwo / macierzyństwo to ważne aspekty w życiu małżeńskim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W przyszłości chciałbym/chciałabym mieć dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Petting” (dotykanie wzajemne narządów płciowych) między nastoletnimi parami jest pożądanym zachowaniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trwała miłość jest możliwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałbym/chciałabym znaleźć taką miłość, która będzie trwała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seks przed ślubem zwiększa prawdopodobieństwo, że małżeństwo będzie udane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby miłość była trwała konieczne jest, aby obie osoby były gotowe do poświęcenia dla partnera/partnerki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dobrze jest dla mężczyzny zaczekać z rozpoczęciem współżycia seksualnego do czasu, gdy będzie gotowy wziąć odpowiedzialność za rodzinę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dobrze jest dla kobiety zaczekać z rozpoczęciem współżycia seksualnego do czasu, gdy będzie gotowa wziąć odpowiedzialność za rodzinę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Czy zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami?

	Całkowicie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Mam stanowisko neutralne	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam	Wolę nie odpowiadać
W moim środowisku czuję presję, aby mieć chłopaka/dziewczynę (chodzić z kimś)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W moim środowisku czuję presję, aby uprawiać seks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gdybym zdecydował/a się nie uprawiać na razie seksu, uważam, że jestem przygotowany/a, żeby jasno powiedzieć to mojemu chłopakowi/dziewczynie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uprawianie seksu to potrzeba, która musi być spełniona (tak jak jedzenie i spanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lepiej jest poczekać z seksem do ślubu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
To jest normalne, żeby młodzież w moim wieku uprawiała seks tylko dla zabawy, bez zaangażowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mężczyźni pod prawie każdym względem górują nad kobietami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kobiety pod prawie każdym względem górują nad mężczyznami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W związku, jeżeli mężczyzna coś powie to znaczy, że tak ma być	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W związku, jeżeli kobieta coś powie to znaczy, że tak ma być	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zarówno kobiety jak i mężczyźni powinni mieć możliwość realizować się zawodowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czasami jest to w porządku, jeśli chłopak bije swoją dziewczynę (na przykład, jeśli była niewierna, naśmiewa się z niego w obecności innych osób, lub nie robi tego, co chłopak chce)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czasami jest to w porządku, jeśli dziewczyna bije swojego chłopaka (na przykład, jeśli był niewierny, naśmiewa się z niej w obecności innych osób, lub nie robi tego, co dziewczyna chce)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czasami jest w porządku uprawianie seksu, nawet jeśli druga osoba nie wyraziła zgody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czasami jest w porządku uprawianie seksu, nawet jeśli ta druga osoba jest pijana lub pod wpływem narkotyków i nie może wyrazić zgody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Czy miałeś/aś kiedyś chłopaka/dziewczynę?

- Nie → *Przejdź do pytania 44*
- Tak
- Wolę nie odpowiadać → *Przejdź do pytania 44*

42. W jakim wieku byłeś/aś, kiedy miałeś/aś pierwszego/pierwszą chłopaka/dziewczynę?

- 10 lub mniej
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 Wolę nie odpowiadać

43. W odniesieniu do Twoich relacji romantycznych w przeszłości lub obecnie jak często miałeś/miałaś następujące doświadczenia?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Prawie zawsze	Zawsze	Wolę nie odpowiadać
Mój partner/partnerka podejmował/ła za mnie dużo decyzji, nie mogłem/am decydować o sobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie byłem/am w stanie wytrzymać bez mojego partnera/mojej partnerki jednego dnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułem/am, że mógłbym/mogłabym zrobić coś desperackiego aby mój partner/moja partnerka nie zerwał/a ze mną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mój partner/moja partnerka kontrolował/a mnie. Czułem/am się jak w niewoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bałem/bałam się partnera/partnerki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułem/am się w pułapce, nie byłem/am w stanie uwolnić się od partnera/partnerki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byłem/łam obrażana/ny i upokorzana/ny przez niego / nią w obecności innych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mój partner/ka ignorował/a mnie (nie rozmawiał/a ze mną) karząc mnie za coś, co mu/jej się nie podobało	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mój partner/moja partnerka groził/a ze mną zerwie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Często musiałem/am mówić mojej partnerce/owi, gdzie jestem i co robię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mój partner/ka nie pozwalał/a mi rozmawiać z osobami przeciwnej płci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Czy odbyłeś/łaś kiedyś stosunek seksualny? Jako „stosunek seksualny” rozumie się seks z penetracją.

- Nie
 Tak → *Przejdź do pytania 47*
 Wolę nie odpowiadać → *Przejdź do pytania 58*

45. Jeśli nie odbyłeś/aś stosunku seksualnego, jak ważne były dla Ciebie następujące kwestie?

Nie odbyłem/am stosunków seksualnych ponieważ....

	Nieistotne	Trochę istotne	Średnio istotne	Istotne	Bardzo istotne	Wolę nie odpowiadać
Wolę poczekać aż spotkam tę właściwą osobę, z którą będę mógł/mogła dzielić życie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie chcę zajść w ciążę lub zapłodnić kogoś	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie chcę zakazić się HIV lub jakąkolwiek inną chorobą przenoszoną drogą płciową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie znalazłem/łam odpowiedniej osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mój partner/ka nie chce uprawiać seksu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moi rodzice byliby przeciwni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myślę, że to nie jest w porządku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie jestem niezależny/a finansowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie jestem żonaty/zamężna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem za młody/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie czuję się gotowy/a na seks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Które z poniższych stwierdzeń najlepiej opisują Twoje plany na przyszłość w odniesieniu do czasu kiedy zamierzasz odbyć stosunki seksualne?

- Mam zamiar poczekać do ślubu → *Przejdź do pytania 58*
- Zamierzam poczekać aż poznam kogoś, z kim chciałbym/chciałabym się związać i później ożenić → *Przejdź do pytania 58*
- Mam zamiar poczekać, aż znajdę kogoś, kogo pokocham → *Przejdź do pytania 58*
- Mam zamiar uprawiać seks, jak tylko będzie taka okazja → *Przejdź do pytania 58*
- Nie myślałem/am o tym jeszcze → *Przejdź do pytania 58*
- Wolę nie odpowiadać → *Przejdź do pytania 58*

47. Ile miałeś/aś lat Ty i Twój/a partner/ka podczas pierwszego stosunku seksualnego?

	10 lub mniej	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20 lub więcej	Wolę nie odpowiadać
Ile masz lat?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ile lat miał/a Twój/Twoja partner/ka?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Czy podczas tego pierwszego stosunku płciowego użyliście męskiej lub żeńskiej prezerwatywy?

- Nie
- Tak → *Przejdź do pytania 50*
- Nie pamiętam → *Przejdź do pytania 50*
- Wolę nie odpowiadać → *Przejdź do pytania 50*

49. Jeżeli nie użyliście prezerwatywy, co było głównym powodem?

- Brak informacji (na przykład: nie wiedziałem/am, jak użyć)
- Nie mieliśmy, ponieważ zwykle trudno je dostać
- Nie mieliśmy w tamtym momencie, bo seks był nieplanowany
- Nie chcieliśmy użyć prezerwatywy (ja, mój partner/ka lub oboje)
- Inny powód
- Wolę nie odpowiadać

50. W ciągu ostatnich 12 miesięcy jak często używałeś/aś prezerwatyw podczas stosunków seksualnych?

- Nigdy
- Czasami
- Mniej więcej
- Prawie zawsze
- Zawsze
- Nie pamiętam
- Nie odbyłem/am stosunków seksualnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy
- Wolę nie odpowiadać

51. Z iloma różnymi osobami odbyłeś stosunki płciowe w życiu?

- Z 1 osobą
- Z 2 lub 3 osobami
- Z 4 lub więcej
- Wolę nie odpowiadać

52. Jeśli miałeś/aś już stosunek seksualny, chcielibyśmy wiedzieć, jak ważne były dla Ciebie następujące powody.

Miałem/am swój pierwszy stosunek seksualny, bo...

	Nieistotne	Trochę istotne	Średnio istotne	Istotne	Bardzo istotne	Wolę nie odpowiadać
poczułem/am fizyczną potrzebę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chciałem/am się zabawić, spędzić miło czas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
większość moich znajomych już uprawiała seks, nie chciałem/am być "inny/a"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uważam, że to normalne w przypadku kogoś w moim wieku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chciałem/am zobaczyć, jak to będzie, z ciekawości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chciałem/am udowodnić jemu/jej miłość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chciałem/am poczuć się akceptowany/a, doceniany/a przez tę osobę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chciałem/am jego / ją uszczęśliwić	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chciałem/am „posiąść” tę osobę (jak trofeum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie chciałem/am żeby moja dziewczyna/mój chłopak ze mną zerwał/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moja dziewczyna/mój chłopak powiedział/a mi, że ze mną zerwie, jeżeli się nie zgodzę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
za dużo wypilem/am alkohol, byłem/am pod wpływem narkotyków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie wiedziałem/am jak odmówić, a ta osoba nalegała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
całowaliśmy się i się stało, chociaż nie planowaliśmy seksu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poczułem/am chęć od wpływem oglądania erotyki (zdjęć, video)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Jak doszło do pierwszego stosunku seksualnego?

- Ja namawiałem/am drugą osobę bardzo
- Ja namawiałem/am drugą osobę trochę
- Nikt nikogo nie namawiał
- Ta druga osoba namawiała mnie trochę
- Ta druga osoba namawiała mnie bardzo
- Nie wiem/nie pamiętam
- Wolę nie odpowiadać

54. Które z poniższych stwierdzeń najlepiej opisuje, jak doszło do Twojego pierwszego stosunku seksualnego?

- Zupełnie się tego nie spodziewałem/am
- Spodziewałem/am się, że to się wkrótce stanie, ale nie byłem/am pewien/pewna kiedy
- To było zaplanowane przed jedną osobą (nie planowaliśmy tego wspólnie)
- Zaplanowaliśmy to wspólnie
- Nie wiem/nie pamiętam
- Wolę nie odpowiadać

55. Jeśli chodzi o Twój pierwszy stosunek seksualny co czujesz jeżeli chodzi o czas w swoim życiu, kiedy to nastąpiło:

- Czekałem/am zbyt długo: wolałbym/wolałabym czekać KRÓCEJ
- Myślę, że stało się to w odpowiednim momencie
- Stało się to zbyt szybko: wolałbym/wolałabym czekać DŁUŻEJ
- Nie wiem
- Wolę nie odpowiadać

56. W odniesieniu do Twoich relacji seksualnych czy kiedykolwiek czuleś/aś się w ten sposób?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Prawie zawsze	Zawsze	Wolę nie odpowiadać
Uczucie pustki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wykorzystany/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawiedziony/a (miałem/am nadzieję, że będzie lepiej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zależny/a od drugiej osoby, miałem/am na jej punkcie „obsesję”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Uzależniony/a” od seksu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Jak myślisz, jakie jest ryzyko zakażenia HIV lub inną chorobą przenoszoną drogą płciową w Twoim przypadku?

- Żadne
- Niskie ryzyko
- Wysokie ryzyko
- Nie wiem
- Wolę nie odpowiadać

58. Jak uważasz, kiedy się rozpoczyna życie ludzkie?

- Przy zapłodnieniu (kiedy plemnik wnika do komórki jajowej)
- Około 15 dni po zapłodnieniu, kiedy zarodek zagnieżdża się w macicy
- Gdzieś pomiędzy czasem od zagnieżdżenia się zarodka w macicy a porodem
- Podczas porodu
- Nie wiem/nie jestem pewny/a.
- Wolę nie odpowiadać

59. Czy uważasz, że kobieta ma prawo do aborcji?

- Nie
- Tak, ale tylko w niektórych sytuacjach
- Tak, kiedy tylko chce
- Nie wiem
- Wolę nie odpowiadać

60. TE PYTANIA ODNOSZĄ SIĘ DO CIEBIE

61. Ile masz rodzeństwa? (Nie licząc Ciebie).

- 0
 1
 2 lub więcej
 Wolę nie odpowiadać

63. Jak jest stan cywilny Twoich rodziców? Jeżeli któreś z rodziców zmarło, odpowiedz proszę jaki był ich stan cywilny, kiedy oboje żyli.

- Nigdy nie byli małżeństwem (ze sobą nawzajem)
 Małżonkowie
 W separacji/rozwódzeni; żadne z nich nie jest w konkubinacie lub kolejnym małżeństwie
 W separacji/rozwódzeni; przynajmniej jedno z nich jest w konkubinacie lub kolejnym małżeństwie
 Inny
 Wolę nie odpowiadać

66. Jak często następujące sytuacje występują w Twoim życiu?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Prawie zawsze	Zawsze	Wolę nie odpowiadać
Jem kolację z rodzicami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomagam w pracach domowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lubię planować rzeczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robię rzeczy bezmyślnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Najpierw mówię potem myślę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zazwyczaj kończę rzeczy/projekty które zacząłem/am	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oszczędzam pieniądze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Co myślisz o następujących relacjach?

	Nigdy	Prawie nigdy	Czasami	Prawie zawsze	Zawsze	Nie dotyczy (Zmarli/zmarł/a)	Wolę nie odpowiadać
Uważam relację moich rodziców za satysfakcjonującą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uważam moją relację z matką za satysfakcjonującą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uważam moją relację z ojcem za satysfakcjonującą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Ogólnie, Twoi rodzice:

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Prawie zawsze	Zawsze	Wolę nie odpowiadać
Pozwalają Ci oglądać każdy program w telewizji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocieszają Cię i wspierają kiedy z nimi jesteś	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Proszę wskazać, jak często następujące sytuacje występują w Twoim życiu.

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Prawie zawsze	Zawsze	Wolę nie odpowiadać
Co jakiś czas lubię podziwiać krajobraz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lubię pytać się o różne rzeczy w życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Co jakiś czas, lubię być w ciszy, bez hałasu i urządzeń elektronicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogólnie, w życiu czuję się wolny/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czuję, że inni (przyjaciele, koledzy ...) troszczą się o mnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem ogólnie zadowolony/a z życia jakie prowadzę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie boję się wyrażać własnego zdania w gronie moich przyjaciół	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W szkole czuję się akceptowany/a przez rówieśników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doznałem/am szkody fizycznej lub psychologicznej albo zostałem/am zaatakowany przez kogoś z uczniów w mojej szkole lub dzieje się to aktualnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doznałem/am szkody fizycznej lub psychologicznej albo zostałem/am zaatakowany przez kogoś spoza mojej szkoły lub dzieje się to aktualnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Jakiego jesteś wyznania?

- Nie wierzę w Boga/Nie wiem czy Bóg istnieje → *Przejdź do pytania 84*
- Wierzę w Boga, ale nie wyznaję żadnej religii
- Katolicyzm
- Protestantyzm
- Prawosławie
- Inne wyznanie chrześcijańskie
- Islam
- Hinduizm
- Buddyzm
- Religia etniczna
- Chińska religia ludowa (taoizm, konfucjanizm)
- Shintoizm
- Sikhizm
- Judaizm
- Inne
- Wolę nie odpowiadać

71. Jak często...?

	Nigdy	Rzadko	Kilka razy w roku	Kilka razy w miesiącu	Raz w tygodniu	Więcej niż raz w tygodniu	Wolę nie odpowiadać
Odwiedzasz kościół/ świątynię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modlisz się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Czy zgadzasz się z następującym stwierdzeniem? "Moja wiara wywiera ważny wpływ na moje życie i jestem gotów wziąć to pod uwagę podejmując moje decyzje".

	Całkowicie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Mam stanowisko neutralne	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam	Wolę nie odpowiadać
Zgadzasz się?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Przed Tobą ostatnie 6 pytań.

Wykorzystamy je, by powiązać Twoje odpowiedzi w tym kwestionariuszu z Twoimi odpowiedziami w przyszłości (jeśli za kilka lat Twoja szkoła ponownie weźmie udział w badaniu i Ty będziesz w nim również uczestniczył). Jeśli za kilka lat Twoje odpowiedzi na te pytania będą takie same, będziemy wiedzieć, że mamy do czynienia z tą samą osobą, nie wiedząc kim konkretnie jesteś.

Zależy nam na tym, by móc to zrobić bez poznawania Twojej tożsamości. Dlatego nie pytamy o Twoje imię i nie zadajemy żadnych pytań, które mogłyby ujawnić Twoją tożsamość. Twoja pełna anonimowość jest dla nas bardzo ważna.

85. Jakie miałeś/aś największe zwierzątko domowe w okresie kiedy chodziłeś do podstawówki?

- Żadne
- Pająk lub inny insekt
- Królik
- Kot
- Chomik lub świnka morska
- Ptak
- Pies
- Ryba, mały żółw
- Jaszczurka, iguana lub inny gad
- Inne
- Wolę nie odpowiadać

86. Przypomnij sobie miejsca, w których spędzałeś/aś wakacje w czasach podstawówki. Podaj nazwę miejsca, z którym wiążą się Twoje najlepsze wakacyjne wspomnienia

- Nigdzie
- Wyjazd na wieś, w góry
- Kamping
- Plaża
- Park rozrywki/park wodny
- Inne
- Wolę nie odpowiadać

87. Jakiej potrawy najbardziej nie znosiłeś, kiedy chodziłeś do podstawówki?

- Żadne
- Kalafior, brokuły, brukselka
- Warzywa lub owoce
- Cebula
- Mózdzek, wątróbka, nerka
- Ryba
- Ser
- Grzyby
- Pomidory lub zielona fasolka
- Inne
- Wolę nie odpowiadać

88. Jaki był Twój ulubiony sport, kiedy chodziłeś do podstawówki?

Jeżeli żaden z poniższych, wybierz proszę kolejny ulubiony, który znajduje się na liście (celowo pominęliśmy na liście piłkę nożną, ponieważ wybierałoby ją zbyt wiele osób).

- Koszykówka
- Piłka ręczna
- Jazda konna
- Jazda na nartach lub snowboarding
- Gimnastyka, taniec lub lekkoatletyka
- Golf
- Jazda na rowerze
- Pływanie lub waterpolo
- Tenis, squash itd
- Siatkówka, baseball
- Łyżwiarstwo
- Nie lubię żadnego z tych sportów
- Wolę nie odpowiadać

89. Jaki był Twój ulubiony kolor, kiedy chodziłeś do podstawówki?

- Żaden
- Biały
- Szary
- Czarny
- Brazowy
- Czerwony
- Różowy
- Pomarańczowy
- Żółty
- Zielony
- Niebieski
- Fioletowy
- Inne
- Wolę nie odpowiadać

90. Jaka była Twoja ulubiona liczba, kiedy chodziłeś do podstawówki?

- Żaden
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- Inne
- Wolę nie odpowiadać

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

Chociaż zostałeś/aś poproszony/a o udzielenie informacji na tematy związane z Twoimi zachowaniami seksualnymi i innymi, pytania te były zadawane wyłącznie w celach naukowych. Zadanie pytań o te zachowania nie oznacza, że oczekuje się od Ciebie podejmowania takich zachowań.

Dziękujemy za współpracę!

© ICS

Jak cytować: Carlos S, Osorio A, Calatrava M, López-Del Burgo C, Ruiz-Canela M, de Irala J. [Project YOURLIFE \(What Young People Think and Feel about Relationships, Love, Sexuality and Related Risk Behavior\): Cross-sectional and Longitudinal Protocol](#). *Front Public Health*. 2018;12:05