

G	E	R	2	2					
KRAJ		ROK		KOD SZKOŁY			NR KLASY	KOD DZIECKA	



ANKIETA DLA RODZICÓW

Deutschland/Bremen



Leibniz-Institut
für Präventionsforschung und
Epidemiologie - BIPS

Drogi Rodzicu/Opiekunie,

Ten kwestionariusz został Pani/Panu przekazany przez Leibniz Instytutu Präventionsforschung oraz Epidemiologie - BIPS w Bremen, który współpracuje z Europejskim Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przy realizacji „Europejskiej Inicjatywy Monitorowania Stanu Zdrowia Dzieci” (COSI/WHO).

Jego celem jest ocena wybranych wskaźników zdrowia uczniów szkół podstawowych w Niemcy oraz wdrożenie działań profilaktycznych dla uczniów i ich rodziców.

Zwracamy się z prośbą do Pana/Pani jako Rodzica/Opiekuna dziecka, o wypełnienie poniższej ankiety. Uzyskane informacje będą wykorzystane do rozwijania programów zdrowotnych kierowanych do dzieci w wieku wczesnoszkolnym.

Poniższy kwestionariusz porusza tematy dotyczące m.in. zdrowia oraz zachowań, które mogą mieć wpływ na zdrowie (np. aktywność fizyczna, sposób odżywiania). Informacje, które Pan(i) przekazuje są poufne i nie zostaną ujawnione nikomu w szkole. Zostaną one zanonimizowane i będą wykorzystane tylko do badań naukowych.

Pani/ Pana udział jest dobrowolny i ma Pani/ Pan prawo nie udzielić odpowiedzi na któreś z pytań ankiety. Wypełnienie kwestionariusza zajmie Pani/ Panu około 10 minut.

Prosimy o zwrócenie wypełnionego kwestionariusza (w ciągu tygodnia) do wychowawców klas, lub za pośrednictwem dziecka. Do każdego kwestionariusza załączona jest koperta, do której prosimy włożyć wypełniony kwestionariusz, a następnie ją zakleić, dla zapewnienia poufności. Koperty z wypełnionymi kwestionariuszami zostaną odebrane ze szkoły przez koordynatorów wojewódzkich badania i przekazane zespołowi badawczemu z Leibniz Instytutu Präventionsforschung oraz Epidemiologie - BIPS.

Jeśli ma Pani/ Pan jakieś pytania, prosimy o kontakt na adres mailowy: who-cosi@leibniz-bips.de

Z góry dziękujemy za współpracę!

METRYCZKA

(0) Kto wypełnia ankietę?

Matka dziecka

Ojciec dziecka

Inny opiekun (proszę podać, kto)

(1) (pominięty)

(2) Prosimy o podanie daty urodzenia dziecka?

Dzień / Miesiąc / Rok

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(3) Jaka jest płeć dziecka?

<input type="checkbox"/> Chłopiec	<input type="checkbox"/> Dziewczynka
-----------------------------------	--------------------------------------

(4) Jaka była masa urodzeniowa dziecka?

<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	gramy
----------------------	----	----------------------	----------------------	----------------------	-------

(5.a) Czy dziecko urodziło się po terminie, o czasie, czy przedwcześnie?

- Po terminie (w 42 tygodniu lub później)
- O czasie (37-41 tydzień)
- Trochę przedwcześnie (33-36 tydzień)
- Znacznie przedwcześnie (w 32 tygodniu lub wcześniej)
- Nie wiem

(5.b) Czy dziecko było kiedykolwiek karmione piersią?

- Nie (*proszę przejść do pytania 8*)
- Tak, ale przez mniej niż jeden miesiąc
- Tak, przez miesięcy
- Nie wiem

(6) Czy dziecko kiedykolwiek było karmione wyłącznie piersią? (Wyłączne karmienie piersią oznacza, że niemowlę otrzymuje tylko mleko matki, nie dostaje żadnych innych płynów ani pokarmów stałych - nawet wody - z wyjątkiem elektrolitów lub kropli/syropów z witaminami, minerałami lub lekami)

- Nie
- Tak, krócej niż przez 1 miesiąc
- Tak, przez miesięcy
- Nie wiem
- Nie pamiętam

(7.a) Czy dziecko kiedykolwiek otrzymało mleko w proszku lub mieszankę dla niemowląt?

Tak

Nie

(7.b) Jeśli tak, w którym miesiącu dziecko otrzymało mleko w proszku lub mieszankę dla niemowląt?

Od urodzenia

1 miesiąc

2 miesiąc

3 miesiąc

4 miesiąc

5 miesiąc

6 miesiąc

(8) W którym miesiącu życia dziecka wprowadzone zostały do diety dziecka pokarmy uzupełniające?

Przed 3 miesiącem

3 miesiąc

4 miesiąc

5 miesiąc

6 miesiąc

Po 6 miesiącu

O MOIM DZIECKU

Kolejne pytania dotyczą różnych zachowań dziecka:

(9.a) W jakiej odległości od domu znajduje się szkoła, do której uczęszcza dziecko?

Mniej niż 1 kilometr

1-2 kilometry

3-4 kilometry

5-6 kilometrów

Więcej niż 6 kilometrów

(9.b) W jaki sposób dziecko zazwyczaj dociera do szkoły? Proszę zaznaczyć jedną opcję, z której korzysta najczęściej.

Do szkoły:	Ze szkoły:
<input type="checkbox"/> Na piechotę	<input type="checkbox"/> Na piechotę
<input type="checkbox"/> Na rowerze, deskorolce albo hulajnodze bez silnika	<input type="checkbox"/> Na rowerze, deskorolce albo hulajnodze bez silnika
<input type="checkbox"/> Autobusem szkolnym lub komunikacją miejską/podmiejską	<input type="checkbox"/> Autobusem szkolnym lub komunikacją miejską/podmiejską
<input type="checkbox"/> Samochodem lub innym pojazdem silnikowym	<input type="checkbox"/> Samochodem lub innym pojazdem silnikowym

(10) Jeśli wybrali Państwo odpowiedź "Na piechotę" lub "Na rowerze, deskorolce albo hulajnodze bez silnika", prosimy określić, ile czasu zwykle zajmuje podróż?

Do szkoły: Minuty

Ze szkoły: Minuty

(11) Jeśli dziecko z domu do szkoły lub odwrotnie nie chodzi na piechotę, nie jeździ na rowerze, deskorolce lub hulajnodze bez silnika, proszę podać przyczyny:

- Trasa nie jest bezpieczna
- Szkoła jest zbyt daleko od domu
- Dziecko jest wystarczająco aktywne fizycznie w ciągu dnia
- Brak czasu
- Inne (proszę wpisać: _____)

(12) Według Pana(i) opinii, na ile bezpieczne są trasy do i ze szkoły do chodzenia na piechotę lub jeżdżenia na rowerze, deskorolce lub hulajnodze bez silnika? (Proszę zaznaczyć liczbę, która najlepiej reprezentuje Pana(i) opinię)

Wyjątkowo bezpieczne (np. Ścieżki spacerowe i / lub ścieżki rowerowe i bezpieczne sąsiedztwo)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Niezwykle niebezpieczne (np. Brak ścieżek spacerowych i / lub ścieżek rowerowych i niebezpiecznej okolicy)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

(13) Biorąc pod uwagę typowy tydzień (włączając weekend), ile czasu przeciętnie dziecko spędza na uprawianiu sportu/ćwiczeniach/zajęciach tanecznych w klubie sportowym/klubie zdrowia/centrum fitness/akademii tańca?

Przez sport i ćwiczenia fizyczne rozumiemy piłkę nożną, grę na boisku, hokej, pływanie, tenis, koszykówkę, gimnastykę, balet, zajęcia fitness, zajęcia taneczne itp. Jeśli dziecko nie uczestniczy w takich zajęciach w klubie sportowym, ośrodku lub akademii tańca, proszę wpisać 0 godzin i 0 minut.

Godziny Minuty tygodniowo

Poniższe dwa pytania (Pytanie 14 oraz 15) dotyczą tylko dni szkolnych.

(14) O której godzinie zwykle Pana(i) dziecko zasypia w dni szkolne (poniedziałek-piątek)?

Proszę podać czas, np. jeśli dziecko zasypia zwykle o godzinie dziewiętnastej trzydzieści, proszę podać

:

Moje dziecko zwykle zasypia o :
godzina : minuty

(15) O której godzinie zwykle Pana(i) dziecko budzi się w dni szkolne (poniedziałek-piątek)?

Proszę podać czas, np. jeśli dziecko zwykle budzi się o godzinie szóstej rano, proszę podać

:

Moje dziecko zwykle budzi się o :
godzina : minuty

Poniższe pytania (pytania 19 - 22) dotyczą tylko dni szkolnych.

(16.a) Ile czasu dziennie, poza godzinami lekcyjnymi przeciętnie, dziecko spędza aktywnie, z umiarkowaną intensywnością (np. biegając, skacząc, uprawiając sport/tańcząc bez nadzoru lub uczestnicząc w grach i zabawach ruchowych)?

Godziny Minuty dzień szkolny

Godziny Minuty dzień weekendu

(16.b) Poza godzinami lekcyjnymi, ile czasu dziennie przeciętnie dziecko odrabia lekcje lub czyta książkę, w domu lub w innym miejscu?

Godziny Minuty dzień szkolny

Godziny Minuty dzień weekendu

		raz w tygodniu	(1-3 dni)	(4-6 dni)		dziennie
Płatki śniadaniowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mięso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dania z jajek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Półtłuste lub chude mleko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pełnotłuste mleko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mleko smakowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogurt, pudding mleczny, serek kremowy, wiejski lub inny nabiał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100% Sok owocowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Napoje gazowane dietetyczne lub typu "light"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słone przekąski (np. chipsy ziemniaczane, chipsy kukurydziane, popcorn, orzeszki ziemne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słodkie przekąski (np. ciasta, ciastka/herbatniki, słodkie desery)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warzywa strączkowe (np. fasola, soczewica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kolejne pytania dotyczą doświadczenia dziecka związanego z przygotowywaniem posiłków w domu

(20) Czy dziecko pomaga w domu w przygotowywaniu posiłków dla rodziny?

Tak (proszę przejść do pytania nr 22)

Nie (proszę przejść do pytania nr 21)

(21) Jeśli tak, proszę podać, przy wykonywaniu jakich czynności związanych z przygotowaniem posiłków dziecko pomaga w domu (proszę zaznaczyć wszystkie odpowiedzi, które dotyczą dziecka)

- Ważenie
- Ucieranie
- Mielenie
- Mycie
- Krojenie
- Obieranie
- Odmierzanie

(22.b) Jak często w rodzinie zamawiacie Państwo posiłki przez Internet, korzystając z aplikacji do dostarczania posiłków lub strony internetowej?

- Nigdy
- Rzadziej niż 1 raz w miesiącu
- 1 raz w miesiącu
- 2-3 razy w miesiącu
- 1 raz w tygodniu
- Częściej niż 1 raz w tygodniu

(22.b) Jak określi Pan(i) masę ciała swojego dziecka:

- Niedobór masy ciała
- Masa ciała w normie
- Lekka nadwaga
- Wyrażna nadwaga

CHARAKTERYSTYKA STANU ZDROWIA I STYLU ŻYCIA

Kolejne pytania dotyczą pewnych aspektów stanu zdrowia i stylu życia Pana(i) i domowników :

(23) Czy Pan(i) lub ktoś z domowników miał kiedykolwiek zdiagnozowane wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienie) przez lekarza lub innego pracownika służby zdrowia lub był z jego powodu leczony?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

(24) Czy Pan(i) lub ktoś z domowników miał kiedykolwiek zdiagnozowaną cukrzycę przez lekarza lub innego pracownika służby zdrowia lub był z jej powodu leczony?

- Tak
 Nie
 Nie wiem

(25) Czy Pan(i) lub ktoś z domowników miał kiedykolwiek zdiagnozowany podwyższony poziom cholesterolu przez lekarza lub innego pracownika służby zdrowia lub był z jego powodu leczony?

- Tak
 Nie
 Nie wiem

(26.a) Chcielibyśmy również zapytać o masę ciała, wzrost i wiek Pana(i) lub Pana(i) współmałżonka/partnera:

	Dane dotyczące Pana(i)	Dane dotyczące współmałżonka/partnera
Masa ciała (kg)		
Wysokość (cm)		
Wiek		

(26.b) Dla domu, w którym mieszka dziecko przez cały lub większość czasu (> 50%), proszę podać liczbę osób, które z nim mieszkają:

Osoby dorosłe	Dzieci
<input type="checkbox"/> Matka	Proszę podać, ilu braci i ile siostr mieszka w domu (włączając rodzeństwo przyrodnie i przybrane). Proszę wpisać 0 (zero), jeśli nie ma żadnego. Proszę nie liczyć dziecka, dla którego wypełnia Pan/i tę ankietę. Ilu braci? _____ Ile jest siostr? _____
<input type="checkbox"/> Ojciec	
<input type="checkbox"/> Macocha lub partnerka ojca	
<input type="checkbox"/> Ojczym lub partner matki	
<input type="checkbox"/> Dziadek	
<input type="checkbox"/> Babcia	
<input type="checkbox"/> Ktoś inny (proszę wpisać kto) _____	
<input type="checkbox"/> Dziecko mieszka w rodzinie zastępczej lub domu dziecka	

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO

Ostatnia część pytań dotyczy ogólnych informacji o Panu/Pani i Pana/i gospodarstwie domowym :

(27.a) Czy Pana(i) dziecko urodziło się w Niemczech?

Tak (proszę przejść do pytania nr 28.a)

Nie, urodziło się w: _____ proszę przejść do pyt. Nr 27.b)

(27.b) Jeśli dziecko nie urodziło się w Niemczech, proszę podać, od kiedy dziecko tu mieszka.

Miesiąc Rok
 /

(28.a) Czy matka dziecka urodziła się w Niemczech?

Tak (proszę przejść do pytania nr 29.a)

Nie, urodziła się w: _____ proszę przejść do pyt. Nr 28.b)

(28.b) Jeśli matka dziecka nie urodziła się w Niemczech, proszę podać, od kiedy tu mieszka.

Miesiąc Rok
 /

(29.a) Czy ojciec dziecka urodził się w Polsce?

Tak (proszę przejść do pytania nr 30)

Nie, urodził się w: _____ proszę przejść do pyt. Nr 29.b)

(29.b) Jeśli ojciec dziecka nie urodził się w Niemczech, proszę podać, od kiedy tu mieszka.

Miesiąc Rok
 /

(30) W jakim języku/językach zwykle rozmawia Pan(i) z dzieckiem w domu?

Po niemiecku

W innym języku, proszę wpisać: _____

(31.a) Jaki jest najwyższy uzyskany przez Pana/Panią oraz małżonka/partnera poziom wykształcenia? Proszę wybrać jedną odpowiedź dla każdej osoby.

Pan(i)

- Podstawowe
- Gimnazjalne
- Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa) lub policealne
- Wyższe licencjackie lub równorzędne
- Wyższe magisterskie lub doktorat

Małżonek/partner

- Podstawowe
- Gimnazjalne
- Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa) lub policealne
- Wyższe licencjackie lub równorzędne
- Wyższe magisterskie lub doktorat
- Nie mam współmałżonka/partnera(ki)

(31.b) Które z podanych poniżej stwierdzeń najlepiej oddaje sytuację materialną Pana(i) rodziny? Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

- Bez **żadnych** problemów wystarcza nam na wszystkie wydatki
- Bez **większych** problemów wystarcza nam na wszystkie wydatki
- Mamy problemy finansowe pod koniec miesiąca
- Mamy problemy finansowe jeszcze przed końcem miesiąca

(32) Jakie jest główne zajęcie dla Ciebie i Twojego współmałżonka/partnera w ciągu ostatnich 6 miesięcy? Proszę wybrać jedną odpowiedź dla każdej osoby.

Pan(i)

- Pełnoetatowa praca w domu
/prowadzenie domu
- Praca w pełnym wymiarze godzin
- Praca w niepełnym wymiarze godzin
- Bezrobotny
- Student (studia dzienne)
- Chory lub z niepełnosprawnością
- Inne: _____

Małżonek/partner

- Pełnoetatowa praca w domu
/prowadzenie domu
- Praca w pełnym wymiarze godzin
- Praca w niepełnym wymiarze godzin
- Bezrobotny
- Student (studia dzienne)
- Chory lub z niepełnosprawnością
- Inne: _____
- nie mam współmałżonka/partnera(ki)

Data wypełnienia ankiety

Dzień / Miesiąc / Rok

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Uwagi

Jeśli mają Państwo jakieś uwagi, prosimy o zapisanie ich poniżej:

*******KONIEC KWESTIONARIUSZA*******

**BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY. BEZ PAŃSTWA POMOCY
I ZAANGAŻOWANIA TEN PROJEKT NIE MÓGŁBY SIĘ ODBYĆ.**

**PROSIMY O WŁOŻENIE WYPEŁNIONEGO KWESTIONARIUSZA DO KOPERTY I ZAKLEJENIE JEJ,
A NASTĘPNIE PRZEKAZANIE DO SZKOŁY**

DZIĘKUJEMY!!!