

Imię i Nazwisko

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

METRYCZKA:

1. Rok urodzenia ? (wpisz rok w kratki)

2. Wykształcenie ?

(wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

- 1) Wyższe

2) Wyższe – niepełne

3) Pomaturalne

4) Średnie – pełne

5) Średnie – niepełne

6) Zawodowe

7) Podstawowe

8) Niepełne podstawowe

3. Stan cywilny ? (wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

- 1) Panna

2) Żyję w stałym związku

3) Zameężna

4) Wdowa

5) Rozwiedziona

6) W separacji

--	--

4. Stosunek do religii ? (wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

1) Wierząca, systematycznie praktykująca

☐

2) Wierząca, od czasu do czasu praktykująca

☐

3) Wierząca, ale nie praktykująca

☐

4) Niewierząca

☐

5) Inna sytuacja, jaka?

☐

.....

.....

6) Nie chcę odpowiedzieć na to pytanie

☐

5. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy pracowała Pani ? (wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

1) Tak

☐

2) Nie

☐

(prosze pominąć pyt. 6)

6. Jeśli w ciągu ostatnich 3 miesięcy pracowała Pani, jaka to była praca ? (wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

1) Praca stała

☐

2) Praca dorywcza

☐

Chciałabym teraz zadać Pani pytania na temat konfliktów i przemocy występujących w Pani rodzinie. Bardzo proszę o szczerze i wyczerpujące odpowiedzi.

7. Czy zdarzyło się, że została Pani kiedykolwiek zraniona/pobita przez osobę bliską ?
(wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1) Tak, wiele razy | <input type="checkbox"/> |
| 2) Tak, kilka razy | <input type="checkbox"/> |
| 3) Tak jeden, dwa razy | <input type="checkbox"/> |
| 4) Nie, nigdy to się nie zdarzyło | <input type="checkbox"/> |

8. Czy zdarzyło się, że została Pani kiedykolwiek popychana/szarpana przez osobę bliską ?
(wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1) Tak, wiele razy | <input type="checkbox"/> |
| 2) Tak, kilka razy | <input type="checkbox"/> |
| 3) Tak jeden, dwa razy | <input type="checkbox"/> |
| 4) Nie, nigdy to się nie zdarzyło | <input type="checkbox"/> |

9. Czy zdarzyło się, że ktoś bliski kiedykolwiek Panią wyzywał/obrażał ?
(wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1) Tak, wiele razy | <input type="checkbox"/> |
| 2) Tak, kilka razy | <input type="checkbox"/> |
| 3) Tak jeden, dwa razy | <input type="checkbox"/> |
| 4) Nie, nigdy to się nie zdarzyło | <input type="checkbox"/> |

10. Czy zdarzyło się, że ktoś bliski poniżał Panią lub zmuszał do czynności upokarzających, niezgodnych z Pani przekonaniem ?

(wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1) Tak, wiele razy | <input type="checkbox"/> |
| 2) Tak, kilka razy | <input type="checkbox"/> |
| 3) Tak jeden, dwa razy | <input type="checkbox"/> |
| 4) Nie, nigdy to się nie zdarzyło | <input type="checkbox"/> |

11. Czy zdarzyło się, że ktoś bliski ograniczał Pani kontakty z rodziną, kolegami, koleżankami, przyjaciółmi oraz innymi osobami ?

(wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1) Tak, wiele razy | <input type="checkbox"/> |
| 2) Tak, kilka razy | <input type="checkbox"/> |
| 3) Tak jeden, dwa razy | <input type="checkbox"/> |
| 4) Nie, nigdy to się nie zdarzyło | <input type="checkbox"/> |

12. Czy zdarzyło się, że ktoś bliski groził Pani lub szantażował Panią ?

(wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1) Tak, wiele razy | <input type="checkbox"/> |
| 2) Tak, kilka razy | <input type="checkbox"/> |
| 3) Tak jeden, dwa razy | <input type="checkbox"/> |
| 4) Nie, nigdy to się nie zdarzyło | <input type="checkbox"/> |

13. Czy zdarzyło się, że ktoś bliski pozbawiał Panią środków pieniężnych na utrzymanie lub wyliczał Panią z wydania każdej sumy ?

(wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

1) Tak, wiele razy

☐

2) Tak, kilka razy

☐

3) Tak jeden, dwa razy

☐

4) Nie, nigdy to się nie zdarzyło

☐

14. Czy zdarzyło się, że kiedykolwiek ktoś bliski zmuszał Panią do niechcianych czynności seksualnych ?

(wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

1) Tak, wiele razy

☐

2) Tak, kilka razy

☐

3) Tak jeden, dwa razy

☐

4) Nie, nigdy to się nie zdarzyło

☐

15. Kto z bliskich Pani osób **jest/był** sprawcą przemocy wobec Pani ?

(zakreśl dowolną liczbę odpowiedzi)

1) Mąż/Partner

☐

2) Rodzic/Rodzice

☐

3) Dziecko/Dzieci

☐

4) Inna osoba (kto?)

☐

.....
.....

16. Kto poza Panią jest osobą doznającą przemocy ze strony sprawcy ?
(zakreśl dowolną liczbę odpowiedzi)

1) Dzieci ☐

2) Rodzic/Rodzice ☐

3) Inna osoba (kto?) ☐

.....

.....

17. Jak długo trwa sytuacja przemocy w Pani rodzinie ?

.....

18. Czy w związku z sytuacją przemocy w rodzinie poszukiwała Pani wcześniej dla siebie pomocy ?

(wstaw znak X we właściwą kratkę, możliwa jest tylko jedna odpowiedź)

1) Tak ☐

2) Nie ☐

19. W **jakich** instytucjach/placówkach i **kiedy** poszukiwała Pani wcześniej pomocy w związku z sytuacją przemocy domowej ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

20. Ile razy **wcześniej (tj. przed uczestnictwem w projekcie)** w związku z sytuacją przemocy domowej korzystała Pani z następujących form pomocy?
(przy każdej odpowiedzi wstaw znak X we właściwą kratkę, uwzględniając ilość spotkań/pobyków w placówce)

	nigdy	1 – 3 razy	4 - 10 razy	11 - 20 razy	21 i więcej razy
1) Pobyt w hostelu dla osób doznających przemocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Terapia indywidualna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Terapia grupowa/Grupa wsparcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Treningi grupowe np. asertywności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Konsultacje z psychologiem/terapeutą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Korzystanie z telefonu zaufania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Konsultacje z prawnikiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Konsultacje z pracownikiem socjalnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Interwencja kryzysowa (wezwanie policji i/lub innych służb społecznych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Inne (jakie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

.....

21. Czy w ramach pomocy świadczonej w **Centrum Praw Kobiet** korzysta/ła Pani z następujących form pomocy ?
(zakreśl dowolną liczbę odpowiedzi)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1) Terapia indywidualna | <input type="checkbox"/> |
| 2) Terapia grupowa/Grupa wsparcia | <input type="checkbox"/> |
| 3) Konsultacje z psychologiem/terapeutą | <input type="checkbox"/> |
| 4) Konsultacje z prawnikiem | <input type="checkbox"/> |
| 5) Konsultacje z doradcą zawodowym | <input type="checkbox"/> |
| 6) Kursy zawodowe/Szkolenia | <input type="checkbox"/> |
| 7) Inne (jakie?) | <input type="checkbox"/> |
| | |
| | |

22. Na czyją pomoc może Pani liczyć w trudnych sytuacjach ?
(zakreśl dowolną liczbę odpowiedzi)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) Jestem zdana na siebie, na nikogo nie mogę liczyć | <input type="checkbox"/> |
| 2) Rodzic/Rodzice | <input type="checkbox"/> |
| 3) Dziecko/Dzieci | <input type="checkbox"/> |
| 4) Dalsza rodzina | <input type="checkbox"/> |
| 5) Przyjaciółka/Przyjaciel | <input type="checkbox"/> |
| 6) Sąsiad/Sąsiedzi | <input type="checkbox"/> |
| 7) Znajomi | <input type="checkbox"/> |
| 8) Inna osoba (kto?) | <input type="checkbox"/> |
| | |
| | |