

			Lfd. Nr. des Haushalts							Pers.-Nr.	
2	0	0						0		0	

Fragebogennummer: 999

Interviewdatum: / /

Interviewer-Nr.: _____

Vorname des Befragten: _____

„50+ in Europa“

Die Umfrage über Gesundheit, Alter und Ruhestand in Europa

2006

Fragebogen zum Selbstausfüllen

A

Wie soll der Fragebogen AUSGEFÜLLT werden?

Die meisten Fragen auf den folgenden Seiten können Sie ganz einfach beantworten, indem Sie ein Kreuz in das Kästchen neben oder unter der für Sie zutreffenden Antwort machen.

Bitte nur EIN (1) Kästchen ankreuzen:

Richtig



oder bei Korrekturen



Falsch



Bitte beantworten Sie eine Frage nach der anderen. Überspringen Sie Fragen nur, wenn es einen ausdrücklichen Hinweis hierfür gibt.

Beispiel:

Haben Sie Kinder?

₁ Ja

₅ Nein



Weiter mit Frage ...



*Wenn Sie hier „Ja“
ankreuzen, machen
Sie mit der nächsten
Frage weiter!*

*Wenn Sie hier „Nein“
ankreuzen, machen
Sie mit der im Kasten
angegebenen Frage
weiter!*

Wie wird der Fragebogen ZURÜCKGEGEBEN?

Falls der Interviewer noch bei Ihnen sein sollte, wenn Sie mit dem Ausfüllen fertig sind, geben Sie ihm bitte den Fragebogen zurück. Sollte dies nicht der Fall sein, senden Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen möglichst bald im beiliegenden Couvert an uns zurück. Wenn Sie ein Ersatz-Couvert benötigen, melden Sie sich bitte bei LINK unter 041 367 71 68.

BEGINNEN SIE BITTE MIT FRAGE 1 AUF DER NÄCHSTEN SEITE

ALLE IHRE ANTWORTEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT. NOCH EINMAL VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

1. Zuerst eine Liste von Aussagen, mit denen Menschen ihr Leben oder ihre Gefühle beschreiben. Geben Sie bitte an, wie sehr Sie jeder dieser Aussagen für sich persönlich zustimmen oder nicht zustimmen.

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	stimme voll zu	stimme zu	stimme weder zu noch nicht zu	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Ich verfolge meine Ziele mit sehr viel Energie.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) In unsicheren Zeiten erwarte ich gewöhnlich das Beste.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Ich blicke stets optimistisch in die Zukunft.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Ich erwarte fast nie, dass die Dinge in meinem Sinne verlaufen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Ich finde immer noch eine Möglichkeit, ein Problem zu lösen, wenn die anderen schon aufgegeben haben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Ich rechne selten damit, dass mir etwas Gutes widerfährt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Nach all meinen früheren Erfahrungen fühle ich mich für die Zukunft gut gewappnet.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Pflichten, die Menschen möglicherweise in ihrer Familie haben. Geben Sie bitte an, wie sehr Sie jeder dieser Aussagen für sich persönlich zustimmen oder nicht zustimmen.

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	stimme voll zu	stimme zu	stimme weder zu noch nicht zu	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Eltern sollten alles für ihre Kinder tun, selbst auf Kosten des eigenen Wohlergehens.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Grosseltern sollten für ihre Enkel da sein, falls diese Schwierigkeiten haben (zum Beispiel bei Scheidung der Eltern oder Krankheit).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Grosseltern sollten zur wirtschaftlichen Absicherung ihrer Enkel und deren Familien beitragen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Grosseltern sollten Eltern bei der Betreuung der Kinder helfen, wenn diese noch klein sind.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3. Wer – die Familie oder der Staat – sollte Ihrer Meinung nach die Verantwortung für die folgende Aufgaben übernehmen?

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Nur die Familie	Vor allem die Familie	Familie und Staat zu gleichen Teilen	Vor allem der Staat	Nur der Staat
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Finanzielle Unterstützung von bedürftigen älteren Menschen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Hilfe für ältere Menschen bei der Hausarbeit, falls diese z.B. beim Putzen oder Waschen Hilfe brauchen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Persönliche Betreuung von hilfsbedürftigen älteren Menschen, z.B. Pflege oder Hilfe beim Baden oder Anziehen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

4. Manchmal gibt es wichtige Fragen, bei denen wir eine andere Meinung haben als uns nahe stehende Menschen, was zu Konflikten führen kann. Geben Sie bitte an, ob und wie häufig – falls überhaupt – es mit jeder der folgenden Personen zu Konflikten kommt. (Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

→ Falls Ihre Eltern nicht mehr leben oder Sie keine Schwiegereltern, Partner oder Kinder, usw, haben, kreuzen Sie "Trifft auf meine Situation nicht zu" an.

	Häufig ▼	Manch- mal ▼	Selten ▼	Niemals ▼	Trifft auf meine Situation nicht zu ▼
a) Eltern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
b) Schwiegereltern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
c) Ehe- oder Lebenspartner(in)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
d) Kinder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
e) Andere Angehörige	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
f) Freunde, Arbeitskollegen, Bekannte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

5. Wie häufig kommt es mit Ihren Kindern oder Ihrer Schwiegertochter / Ihrem Schwiegersohn zu Konflikten, weil Sie sich in Fragen der Erziehung Ihrer Enkel nicht einig sind? (Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.)

→ Falls Sie keine Kinder oder Enkel haben, kreuzen Sie "Trifft auf meine Situation nicht zu" an.

Häufig	Manch- mal	Selten	Nie	Trifft auf meine Situation nicht zu
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

6. Haben oder hatten Sie jemals einen gemeinsamen Haushalt mit einem Ehe- oder Lebenspartner bzw. einer Ehe- oder Lebenspartnerin?

₁ Ja

₅ Nein

➔ Weiter mit Frage 8.



7. Wer von Ihnen beiden übernimmt oder übernahm die Hauptverantwortung für die folgenden Aufgaben?

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Nur ich ▼	Hauptsächlich ich ▼	Beide gemein- sam ▼	Hauptsäch- lich mein(e) Partner(in) ▼	Nur mein(e) Partner(in) ▼	Trifft auf meine Situation nicht zu ▼
a) Kindererziehung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅
b) Geld verdienen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅
c) Kochen, Wohnung sauber halten, waschen, bügeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅
d) Pflege von Älteren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅

8. Nun interessieren wir uns für Fragen der medizinischen Beratung. Wie häufig kommt es vor, dass der Arzt oder die Pflegeperson, der/die Sie normalerweise behandelt ...

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Bei jedem Besuch ▼	Manch- mal ▼	Nie ▼
a) ... fragt, wie viel Sie sich körperlich betätigen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) ... Ihnen sagt, dass Sie sich regelmässig sportlich betätigen sollten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) ... fragt, ob Sie leicht das Gleichgewicht verlieren und hinfallen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) ... kontrolliert, ob Sie Probleme beim Gehen oder mit dem Gleichgewicht haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) ... Sie nach Medikamenten fragt, die Sie einnehmen und die Sie entweder rezeptfrei gekauft haben oder die Ihnen ein anderer Arzt verschrieben hat?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

9. Wie sehr fühlen Sie sich dazu ermutigt, mit dem Arzt oder der Pflegeperson, der/die Sie normalerweise behandelt, über folgende Angelegenheiten zu sprechen... (Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen.)

	Sehr ermutigt ▼	Etwas ermutigt ▼	Etwas entmutigt ▼	Sehr entmutigt ▼
a) ... körperliche Probleme , z.B. Schmerzen, Einschränkung der Mobilität	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) ... emotionale oder psychische Probleme , z.B. Stress, Traurigkeit oder Angst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) ... sensible Gesundheitsprobleme , z.B. sexuelle Probleme oder Inkontinenz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) ... soziale Probleme, die sich auf Ihre Gesundheit auswirken , z.B. in der Familie oder bei der Arbeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

10. Im Allgemeinen – wie oft tut der Arzt oder die Pflegeperson, der/die Sie normalerweise behandelt, folgendes: ... (Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen.)

	Immer ▼	Meistens ▼	Selten ▼	Nie ▼
a) ... erklärt Ihnen die Ergebnisse medizinischer Untersuchungen (aus dem Labor, der Radiologie, usw.)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) ... erklärt Ihnen unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) ... hört sich Ihre Meinung an und berücksichtigt Ihre Wünsche bei der Entscheidung über eine Behandlung?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

11. Bei den folgenden Fragen geht es um Gesundheitsvorsorge. In den letzten 12 Monaten ... (Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Ja ▼	Nein ▼
a) ... haben Sie sich gegen Grippe impfen lassen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ... hat ein Arzt oder eine Krankenschwester Ihren Blutdruck gemessen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ... hat ein Arzt Ihre Cholesterinwerte überprüft?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ... hat ein Arzt Ihre Blutzuckerwerte (zur Diabetesvorsorge) gemessen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

12. Haben Sie sich in den letzten zwei Jahren von einem Augenarzt oder Optiker untersuchen lassen?

₁ Ja

₅ Nein

13. Wenn Sie eine Frau sind: Haben Sie in den letzten zwei Jahren eine Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) durchführen lassen?

₁ Ja

₈ Trifft nicht zu (für Männer)

₅ Nein

14. Gibt es zurzeit eines oder mehrere der folgenden Haustiere in Ihrem Haushalt? (Bitte alle zutreffenden ankreuzen)

	Ja	Nein
	▼	▼
a) Hund	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) Katze	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) Vogel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) Fisch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
e) Andere Haustiere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

15. Und schliesslich möchten wir Sie bitten, noch einmal Ihr Geschlecht und Geburtsjahr anzugeben:

a) Ich bin...

Männlich ₁

Weiblich ₂

b) Ich wurde **geboren (Jahr).**

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten. Bitte geben Sie den Fragebogen dem Interviewer oder senden Sie ihn im beiliegenden frankierten Couvert per Post.