



IMAS International
Gruberstraße 2-6
4020 Linz
Ansprechpartnerin:
Claudia Peterseil
0732-772255-240

					Lfd. Nr. des Haushalts				Person Nr.	
1	1	0	4	1						

Interviewdatum: / / 0 6

ID des Interviewers:

Vorname der/des Befragten:

50+ in Europa

***Die Umfrage über Gesundheit,
Alterung und Pensionierung in Europa***

2006

Fragebogen zum Selbstauffüllen

Wie soll der Fragebogen ausgefüllt werden?

Bei den meisten Fragen auf den folgenden Seiten genügt es, wenn Sie das entsprechende Kästchen ankreuzen.

Bitte nur EIN Kästchen deutlich ankreuzen:

Richtig ankreuzen oder bei Korrekturen
Falsch

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

Beispiel:

Haben Sie Kinder?

₁ Ja



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

₅ Nein → **Weiter mit Frage ...**

*Wenn Sie hier „Nein“
ankreuzen, machen
Sie mit der an-
gegebenen Frage
weiter!*

Wie wird der Fragebogen zurück gegeben?

Wenn der Interviewer/die Interviewerin, nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, noch bei Ihnen ist, geben Sie den Fragebogen bitte ihm/ihr wieder mit. Wenn nicht, dann senden Sie den Fragebogen bitte so bald wie möglich mit dem voradressierten Umschlag zurück.

BEGINNEN SIE BITTE MIT FRAGE 1 AUF DER NÄCHSTEN SEITE.

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

1. Als erstes zeigen wir Ihnen eine Liste von Aussagen, mit denen Menschen ihr Leben oder ihre Gefühle beschreiben. Wie sehr stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu?

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	stimme voll zu	stimme zu	weder noch	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 einen Weg, wenn andere 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) Auf Grund meiner Lebenserfahrung blicke ich zuversichtlich in die Zukunft.	<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 mögliche Pflichten in der Familie. Wie stark stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu?

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	stimme voll zu	stimme zu	weder noch	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Es ist die Pflicht der Eltern, das Beste für ihre Kinder zu tun, selbst auf Kosten ihres eigenen Wohlergehens.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Es ist die Pflicht der Großeltern, für ihre Enkelkinder da zu sein, wenn sie 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) Es ist die Pflicht der Großeltern, zur finanziellen Absicherung ihrer Enkelkinder und deren Familien beizutragen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Es ist die Pflicht der Großeltern, ihren Kindern bei der Betreuung der Enkelkinder zu helfen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3. Wer sollte Ihrer Meinung nach die Verantwortung in den unten aufgezählten Bereichen tragen – die Familie oder der Staat?

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	Nur die Familie ▼	Vor allem die Familie ▼	Beide 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) Unterstützung 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. Krankenpflege 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 Menschen, die uns nahe stehen, und das kann zu Konflikten führen. Sagen Sie uns bitte, ob und wie häufig es mit jeder der folgenden Personen zu Konflikten kommt.

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	Häufig ▼	Manchmal ▼	Selten ▼	Niemals ▼	Trifft 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) Ehepartner oder Lebensgefährtin/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 oft kommt es mit Ihren Kindern oder Schwiegerkindern zu Konflikten, weil Sie sich in Fragen der Erziehung Ihrer Enkelkinder nicht einig sind?

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

Häufig	Manchmal	Selten	Niemals	Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

6. Haben Sie schon einmal mit einem Ehepartner oder Lebenspartner in einem gemeinsamen Haushalt gelebt?

₁ Ja (derzeit oder früher) → **Weiter bei Frage 7**

₅ Nein, noch nie → **Weiter bei Frage 8**

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

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	Nur ich	Haupt-sächlich ich	Beide zu gleichen Teilen	Haupt-sächlich mein/e Partner/in	Nur mein/e Partner/in	Trifft nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
a) Kinder erziehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
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"/> ₈
c) Kochen, putzen, 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"/> ₈
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"/> ₈

8. Auf den folgenden Seiten möchten wir etwas über Ihre medizinische Betreuung wissen. Wie häufig kommt es vor, dass die Person die gewöhnlich für Ihre medizinische Versorgung zuständig ist (Arzt oder Krankenschwester)...
(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	Bei jedem Besuch ▼	Fallweise ▼	Nie ▼
a) ... fragt, wie viel Bewegung Sie machen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) ... Ihnen sagt, dass Sie sich regelmäßig körperlich 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, weil sie Ihnen ein anderer Arzt verschrieben hat, oder die Sie rezeptfrei gekauft haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

9. Wie sehr werden Sie dazu ermutigt, mit der Person die gewöhnlich für Ihre medizinische Versorgung zuständig ist (Arzt oder Krankenschwester) über folgende Dinge zu sprechen?
(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	Sehr ermutigt ▼	Eher ermutigt ▼	Eher nicht ermutigt ▼	Gar nicht ermutigt ▼
a) Körperliche Gesundheitsprobleme , wie Schmerzen, eingeschränkte Beweglichkeit, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Emotionale, nervliche oder psychische Probleme , wie Stress, Traurigkeit, Angstzustände, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Sensible Gesundheitsprobleme , wie Probleme im Sexualleben, Inkontinenz, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Gesellschaftliche Probleme, die Ihre Gesundheit beeinflussen , wie Probleme mit Familie, Arbeit, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

10. Wie oft kommt es im Allgemeinen vor, dass die Person die gewöhnlich für Ihre medizinische Versorgung zuständig ist (Arzt oder Krankenschwester)...
(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen ankreuzen)

	Immer ▼	Meistens ▼	Selten ▼	Nie ▼
a) ... Ihnen die Ergebnisse medizinischer Untersuchungen erklärt (Labor-, Radiologieergebnisse, etc.)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) ... Ihnen verschiedene Behandlungsmethoden erklärt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) ... sich Ihre Meinung anhört und Ihre Vorlieben bei der Behandlung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

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

	Ja ▼	Nein ▼
a) ... eine Grippeimpfung?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ... eine Blutdruckmessung durch einen Arzt oder eine Krankenschwester?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ... eine Messung Ihres Cholesterinwertes durch einen Arzt oder eine Krankenschwester?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ... eine Blutzuckermessung durch einen Arzt oder eine Krankenschwester (für eine Diabetes Überprüfung)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

12. Hatten Sie in den vergangenen zwei Jahren eine Augenuntersuchung durch einen Spezialisten, wie z.B. einen Augenarzt oder Optiker?

₁ Ja

₅ Nein

13. Nur für Frauen: Haben Sie in den vergangenen zwei Jahren eine Mammographie (Bruströntgen) machen lassen?

₁ Ja

₅ Nein

₈ Trifft nicht zu (für Männer)

14. Haben Sie derzeit eines oder mehrere der folgenden Haustiere in Ihrem Haushalt?

(Bitte in jeder Zeile ein Kästchen 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. Abschließend bitten wir Sie, uns noch einmal Ihr Geschlecht und Geburtsjahr mitzuteilen:

a) **Ich bin...**

₁ Männlich

₂ Weiblich

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

**VIELEN DANK, DASS SIE SICH DIE ZEIT GENOMMEN HABEN,
UNSERE FRAGEN ZU BEANTWORTEN.**

**BITTE GEBEN SIE DEN FRAGEBOGEN DEM INTERVIEWER/ DER
INTERVIEWERIN, ODER SCHICKEN SIE IHN IM BEREITGESTELLTEN
BRIEFUMSCHLAG ZURÜCK.**

HERZLICHEN DANK.