



**Universität
Zürich**^{UZH}



**Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz**

Die Hochschule für Berufstätige.

Arbeit und Gesundheit im Spital

**Betriebsumfrage
zu den Arbeitsbedingungen
und zur Gesundheit und Befindlichkeit
von Beschäftigten im Gesundheitswesen**

Ein Forschungsprojekt
der **Universität Zürich**
in Kooperation mit **Careum Forschung**
und
mit finanzieller Unterstützung der **Suva**

Universität Zürich
**Institut für Epidemiologie, Biostatistik und
Prävention**
Hirschengraben 84
CH-8001 Zürich

Careum Forschung
**Forschungsinstitut der
Kalaidos Fachhochschule**
Departement Gesundheit
Pestalozzistr. 3
CH-8032 Zürich

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer!

Zunächst einmal vielen Dank dafür, dass Sie bereit sind und sich die Zeit nehmen, an unserer Befragung teilzunehmen!

Mit dem vorliegenden Fragebogen möchten wir verlässliche und umfassende Informationen rund um das Thema **Arbeit und Gesundheit** von Beschäftigten im Gesundheitswesen erhalten. Daher ist es wichtig, dass möglichst viele von Ihnen und also auch Sie – sozusagen stellvertretend für alle Spitalangestellten in der Deutschschweiz – bei der Befragung mitmachen. Die Befragung soll:

- Arbeitsbedingungen und insbesondere Arbeitsbelastungen und Stressoren erfassen sowie mögliche damit zusammenhängende Auswirkungen auf die Gesundheit und Zufriedenheit untersuchen,
- Unterschiede in den Arbeitsbelastungen und im Gesundheitszustand zwischen den verschiedenen Gesundheits- und Pflegeberufen aufzeigen,
- Ihre persönlichen Wünsche, Bedürfnisse und Einschätzungen abholen sowie betriebliche Möglichkeiten und Ansatzpunkte identifizieren, wie und was sich in Ihrem Spital in dieser Hinsicht verändern bzw. verbessern lässt.

Die Befragung ist grundsätzlich **freiwillig** und erfolgt **anonym**, d.h. ohne Namensangabe oder genaue Altersangabe. Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich und auch nicht Ziel der Befragung.

Absolute Vertraulichkeit in Bezug auf Ihre Angaben und Antworten ist garantiert. Die Daten werden einzig und allein durch uns, das Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) der Universität Zürich, und durch unsere Kooperationspartnerin Careum Forschung, das Forschungsinstitut des Departements Gesundheit der Kalaidos Fachhochschule, ausgewertet. Ihr Betrieb erhält nur die statistisch zusammengefassten Befragungsergebnisse in Form von Durchschnittswerten oder Prozentangaben zurückgemeldet. Die Befragungsdaten werden dem Betrieb nach Beendigung der Studie wenn überhaupt dann nur in elektronischer und vollständig anonymisierter Form ausgehändigt.

An der Befragung nimmt die **gesamte Belegschaft** des Spitals teil, d.h. Mitarbeitende aller Berufe und Hierarchiestufen und aus allen Unternehmensbereichen. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert normalerweise und durchschnittlich rund **30 Minuten**, kann aber im Einzelfall auch länger dauern und bis zu 45 Minuten erfordern. Sie dürfen den Fragebogen **am Arbeitsplatz** und **während der Arbeitszeit** ausfüllen, können ihn aber auf eigenen Wunsch auch mitnehmen und **zu Hause** beantworten. Mit dem beiliegenden vorfrankierten und an uns adressierten Antwortcouvert verschicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte direkt an uns.

Nun wünsche ich Ihnen viel Spass und kurze Weile beim Ausfüllen des Fragebogens!

Dr. Oliver Hämmig
Studienleiter

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens

- **Bitte benutzen Sie zum Ausfüllen ein Schreibzeug mit schwarzer oder blauer Farbe.** Bitte verwenden Sie keine Bleistifte oder Stifte mit anderen Farben.
- **Kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die Ihre Meinung am besten wiedergibt.** Dabei gibt es keine "richtigen" oder "falschen" Antworten.
- **Bitte exakt im Kästchen ankreuzen**, da die Antworten elektronisch erfasst werden.
Richtig: Falsch:
- Um eine irrtümlich angekreuzte Antwort zu korrigieren, streichen Sie Ihre Antwort einfach durch und kreuzen Sie das gewünschte Feld an:
- Bei **Verständnisproblemen** dürfen Sie sich auch an Ihre Arbeitskollegen/-innen, Ihre(n) Vorgesetzte(n) oder sonstwen wenden. Beantworten Sie die Fragen bitte trotzdem selber und vollständig. **Uns interessieren Ihre persönlichen Antworten!**

Arbeit und Arbeitsbedingungen

1. Zu wie viel Prozent sind Sie insgesamt erwerbstätig?

- 100% → *Weiter zu Frage 3 !*
- 80% bis unter 100%
- 50% bis unter 80%
- 30% bis unter 50%
- Weniger als 30%

2. Falls Sie Teilzeit arbeiten (Beschäftigungsgrad unter 100%), was ist der Grund dafür?

Mehrfachantworten möglich

- Kinderbetreuung
- Hausarbeit
- Pflegebedürftige Eltern /Angehörige
- Aus- oder Weiterbildung (Studium, Abendschule usw.)
- Behinderung bzw. Krankheit
- Keine 100%-Stelle gefunden / erhalten
- Kein Interesse an 100%-Stelle
- Zweitaktivität (Nebenerwerb, Sport, politisches Amt, Freiwilligenarbeit usw.)
- Anderes

3. Ist Ihre Anstellung zeitlich befristet?

- Ja
- Nein

4. Welche Art von Arbeit bzw. Arbeitszeit haben Sie?

Mehrfachantworten möglich

- Feste Arbeitszeiten
- Gleitende Arbeitszeit mit Blockzeiten
- Gleitende Arbeitszeit ohne Blockzeiten
- Schichtarbeit
- Samstagarbeit
- Sonntagarbeit
- Nachtarbeit
- Pikettdienst / Bereitschaftsdienst
- Arbeit auf Abruf
- Sonstiges

5. Kommt es regelmässig zu Änderungen Ihrer Arbeitszeiten, und wie lange im Voraus wissen Sie normalerweise darüber Bescheid?

- Nein, keine regelmässigen Änderungen
- Ja, einige Wochen im Voraus
- Ja, einige Tage im Voraus
- Ja, am Vortag
- Ja, am selben Tag

6. Wie viele Überstunden leisten Sie durchschnittlich in einer normalen Arbeitswoche, freiwillig oder angeordnet?

Gemeint sind regelmässige Mehrstunden gegenüber der vertraglich geregelten Wochenarbeitszeit.

- Normalerweise keine Überstunden
→ *Weiter zu Frage 9 !*
- 1-2 Überstunden pro Woche
- 3-5 Überstunden pro Woche
- 6-10 Überstunden pro Woche
- Mehr als 10 Überstunden pro Woche

7. Was ist der Grund dafür, dass Sie regelmässig Überstunden machen?

Mehrfachantworten möglich

- Weil es von mir verlangt wird bzw. der/die Vorgesetzte es anordnet.
- Weil ich die Zeit vorholen möchte für zusätzliche Ferien oder freie Tage.
- Weil es die Arbeit erfordert.
- Weil ich glaube, dass es von mir erwartet wird.
- Weil es einfach zum Job gehört und die anderen es auch machen.
- Wegen des zusätzlichen Verdienstes.

8. Sind diese Überstunden vorhersehbar bzw. planbar?

- Ja
- Nein

9. Seit wie vielen Jahren sind Sie bei Ihrem jetzigen Arbeitgeber tätig?

- 0-1 Jahre
- 2-5 Jahre
- 6-10 Jahre
- 11-15 Jahre
- Mehr als 15 Jahre

10. Seit wie vielen Jahren sind Sie in Ihrem derzeitigen Beruf tätig?

- 0-5 Jahre
- 6-10 Jahre
- 11-15 Jahre
- 16-20 Jahre
- Mehr als 20 Jahre

11. Haben Sie in den letzten 12 Monaten den Beruf und/oder die Stelle bzw. den Arbeitgeber gewechselt?

- Ja, ich habe den Beruf gewechselt
- Ja, ich habe die Stelle gewechselt
- Ja, ich habe den Beruf und die Stelle gewechselt
- Nein, ich habe weder den Beruf noch die Stelle gewechselt → *Weiter zu Frage 13 !*

12. Was ist der Hauptgrund für den Berufs- oder Stellenwechsel gewesen?

- Entlassung
- Aufgabe Selbständigkeit
- Ende befristeter Vertrag
- Krankheit/Unfall
- Arbeitsbedingungen nicht in Ordnung
- Wunsch zu wechseln
- Berufliche Veränderung / Aufstieg
- Studium/Ausbildung
- Betreuung von minderjährigen Kindern
- Unterstützung von pflegebedürftigen Angehörigen
- Andere familiäre Verpflichtungen
- Andere persönliche Verpflichtungen
- Andere Gründe

13. Haben Sie Angst, Ihren heutigen Arbeitsplatz zu verlieren?

- Ja, sehr stark
- Ja, ziemlich
- Nein, eher nicht
- Nein, gar nicht

14. Wenn Sie Ihren heutigen Arbeitsplatz verlieren würden: Wie leicht bzw. wie schwer wäre es für Sie, wieder eine gleichwertige Stelle zu finden?

- Sehr leicht
- Eher leicht
- Eher schwer
- Sehr schwer

15. Haben Sie in den letzten 12 Monaten am Arbeitsplatz Folgendes erfahren?

Mehrfachantworten möglich

- Benachteiligung aufgrund Ihres Alters
- Benachteiligung aufgrund Ihres Geschlechts
- Benachteiligung aufgrund Ihrer Nationalität, ethnischen Zugehörigkeit oder Hautfarbe
- Benachteiligung aufgrund einer Behinderung
- Verbale Gewalt
- Drohungen und Erniedrigungen
- Körperliche Gewalt
- Einschüchterung oder Mobbing
- Sexuelle Belästigung
- Ich habe keine dieser Benachteiligungen und keine Gewalt erfahren

16. Geben Sie bitte an, inwieweit Ihre Erwerbsarbeit Folgendes einschliesst. Bitte für jede Zeile die entsprechende Antwort ankreuzen!

| | Die ganze Zeit oder fast die ganze Zeit | Ungefähr drei Viertel der Zeit | Ungefähr die Hälfte der Zeit | Ungefähr ein Viertel der Zeit | Nie oder fast nie |
|---|---|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| a. Schmerzhaft oder ermüdende Körperhaltung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tragen oder Bewegen von Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tragen oder Bewegen schwerer Lasten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Stets gleiche Hand- oder Armbewegungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie sehr Ihre Arbeit Sie emotional beansprucht.

| | Immer | Oft | Manchmal | Selten | Nie oder fast nie |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen? | <input type="checkbox"/> |
| | In sehr hohem Mass | In hohem Mass | Zum Teil | In geringem Mass | In sehr geringem Mass |
| b. Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit emotional eingebunden? | <input type="checkbox"/> |
| c. Ist Ihre Arbeit emotional fordernd? | <input type="checkbox"/> |
| d. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen? | <input type="checkbox"/> |
| e. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurück zu halten? | <input type="checkbox"/> |

18. Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie sehr Ihre Arbeit Sie mental in Anspruch nimmt. Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr Sie der jeweiligen Aussage zustimmen.

| | Stimme voll zu | Stimme zu | Stimme nicht zu | Stimme gar nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Die Arbeit lässt mich selten los und geht mir abends noch im Kopf rum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf verschiedene weitere Anforderungen und Aspekte Ihrer Arbeit. Bitte geben Sie jeweils an, ob Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

| | Stimme voll zu | Stimme zu | Stimme nicht zu | Stimme gar nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| a. Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig grosser Zeitdruck. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Meine Arbeit ist körperlich anstrengend. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Ich erhalte von meinem/meiner Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich meinen Lohn für angemessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Die folgenden Fragen betreffen Ihr Verhältnis zu Ihren Arbeitskollegen/-innen und Vorgesetzten.

| | Immer | Oft | Manchmal | Selten | Nie oder fast nie |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Wie oft spricht Ihr Vorgesetzter/ Ihre Vorgesetzte mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit? | <input type="checkbox"/> |
| b. Wie oft sprechen Ihre Kollegen/-innen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit? | <input type="checkbox"/> |
| c. Arbeiten Sie getrennt von Ihren Kollegen/-innen? | <input type="checkbox"/> |
| d. Können Sie sich mit Kollegen/-innen unterhalten, während Sie arbeiten? | <input type="checkbox"/> |
| e. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen/-innen gut? | <input type="checkbox"/> |
| f. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen/-innen gut? | <input type="checkbox"/> |
| g. Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft? | <input type="checkbox"/> |
| h. Wie oft fühlen Sie sich durch Kollegen/-innen oder Vorgesetzte zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen blossgestellt? | <input type="checkbox"/> |

21. Die folgenden Fragen betreffen Ihre Einflussmöglichkeiten und Ihren Handlungs- und Entscheidungsspielraum bei der Arbeit.

| | Immer | Oft | Manchmal | Selten | Nie oder fast nie |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit? | <input type="checkbox"/> |
| b. Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten? | <input type="checkbox"/> |
| c. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird? | <input type="checkbox"/> |
| d. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun? | <input type="checkbox"/> |
| e. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen? | <input type="checkbox"/> |
| f. Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen? | <input type="checkbox"/> |
| g. Können Sie Ihre Arbeit unterbrechen, um sich mit einem Kollegen / einer Kollegin zu unterhalten? | <input type="checkbox"/> |
| h. Wenn Sie private Dinge erledigen müssen, können Sie Ihren Arbeitsplatz ohne besondere Erlaubnis für eine halbe Stunde verlassen? | <input type="checkbox"/> |

22. Die folgenden Fragen betreffen Ihre Verbundenheit mit Ihrem Arbeitgeber.

| | In sehr hohem Mass | In hohem Mass | Zum Teil | In geringem Mass | In sehr geringem Mass |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| a. Sind Sie stolz, Ihrem Betrieb anzugehören? | <input type="checkbox"/> |
| b. Erzählen Sie anderen gerne von Ihrem Arbeitsplatz? | <input type="checkbox"/> |
| c. Erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen? | <input type="checkbox"/> |
| d. Hat Ihre Arbeitsstelle grosse persönliche Bedeutung für Sie? | <input type="checkbox"/> |

23. In der folgenden Liste finden Sie Aussagen dazu, wie man die Arbeit erleben kann. Kreuzen Sie bitte das für Sie Zutreffende an.

| | Nie | Fast nie | Ab und zu | Regel- mässig | Häufig | Sehr häufig | Immer |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Bei meiner Arbeit bin ich voll überschäumender Energie. | <input type="checkbox"/> |
| b. Beim Arbeiten fühle ich mich fit und tatkräftig. | <input type="checkbox"/> |
| c. Ich bin von meiner Arbeit begeistert. | <input type="checkbox"/> |
| d. Meine Arbeit inspiriert mich. | <input type="checkbox"/> |
| e. Wenn ich morgens aufstehe, freue ich mich auf meine Arbeit. | <input type="checkbox"/> |
| f. Ich fühle mich glücklich, wenn ich intensiv arbeite. | <input type="checkbox"/> |
| g. Ich bin stolz auf meine Arbeit. | <input type="checkbox"/> |
| h. Ich gehe völlig in meiner Arbeit auf. | <input type="checkbox"/> |
| i. Während ich arbeite, vergeht die Zeit wie im Fluge. | <input type="checkbox"/> |

24. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsleistung im Vergleich zu Ihrer besten, je erreichten Arbeitsleistung ein?

| Schlechteste Arbeitsleistung | | | | | | | | | | Beste Arbeitsleistung |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <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"/> |

25. Entsprechen die folgenden familienfreundlichen betrieblichen Angebote einem persönlichen Bedürfnis von Ihnen?

| | Ja, bietet mein Arbeit- geber an | Ja, aber bietet mein Arbeitgeber nicht an | Nein, kein Bedürfnis | Weiss nicht |
|---|--|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Vermittlung von Kinderbetreuung durch den Arbeitgeber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Betriebsinterne Angebote zur Kinderbetreuung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Angebote zur Ferienbetreuung von Kindern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Bezahlter Vaterschaftsurlaub von zwei oder mehreren Wochen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Möglichkeit zu verlängertem, unbezahltem Mutterschaftsurlaub mit Rückkehrgarantie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Möglichkeit, kurzfristig Abwesenheitszeiten einzufordern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Angebote und Arrangements zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Unterstützung von pflegebedürftigen Angehörigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. Was halten Sie persönlich von folgenden Arbeits(zeit)modellen?

| | Habe ich bereits | Kein Interesse | Bei meiner Stelle / in meinem Beruf nicht möglich | Wünsche ich mir |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| a. Gleitende Arbeitszeit („Gleitzeit“) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Teilzeitarbeit (reduziertes Arbeitspensum) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Jahresarbeitszeit (flexibler Auf- und Abbau von Überstunden übers Jahr hinweg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Komprimierte Arbeitszeit (gleiche Wochenarbeitszeit in weniger Tagen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tele-/Heimarbeit (betriebsexterner Arbeitsplatz, Arbeit von zu Hause) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Möglichkeit zu unbezahltem (Langzeit-) Urlaub (Sabbatical, Semesterurlaub usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Job Sharing (Aufteilung einer Stelle auf zwei oder mehrere Personen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Schichttausch (Möglichkeit zu eigenen Arrangements unter Schichtarbeitenden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Flexible oder gleitende Pensionierung (flexibles Rentenalter, Teilzeit im Alter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

27. Bietet Ihr Unternehmen an sich wünschenswerte flexible Arbeits(zeit)modelle an (wie z.B. Teilzeit), die Sie jedoch nicht in Anspruch nehmen?

| | |
|--------------------------|------------------------------------|
| Ja | Nein → <i>Weiter zu Frage 29 !</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28. Was sind die Gründe dafür, dass Sie diese angebotenen Arbeits(zeit)modelle nicht in Anspruch nehmen?

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <i>a.</i> Weil die Arbeit es nicht zulässt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>b.</i> Weil es für mich aus finanziellen Gründen nicht möglich ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>c.</i> Weil es von meinen Vorgesetzten und/oder Arbeitskollegen/-innen nicht gern gesehen wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>d.</i> Weil ich negative Konsequenzen für meine Karriere befürchte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>e.</i> Weil kaum jemand sonst von meinen Arbeitskollegen/-innen dies in Anspruch nimmt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>f.</i> Weil weder meine Arbeitskolleg/-innen noch meine direkten Vorgesetzten diesbezüglich mit gutem Beispiel vorangehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zufriedenheit und Wohlbefinden bei der Arbeit

29. Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit...?

| | Sehr zufrieden | Zufrieden | Unzufrieden | Sehr unzufrieden |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>a.</i> ...Ihren Berufsperspektiven? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>b.</i> ...den Leuten, mit denen Sie arbeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>c.</i> ...den körperlichen Arbeitsbedingungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>d.</i> ...der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>e.</i> ...der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>f.</i> ...den Herausforderungen und Fertigkeiten, die Ihre Arbeit beinhaltet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>g.</i> ...Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. Gab es irgendwann einmal seit Ihrem Eintritt in das Unternehmen eine Situation, in der Sie ernsthaft in Erwägung gezogen haben, zu kündigen?

Ja, und es hat sich seither nichts gebessert
 Ja, ist aber nicht mehr aktuell
 Nein

31. Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?

Jeden Tag
 Einige Male in der Woche
 Einige Male im Monat
 Einige Male im Jahr
 Nie

32. An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen (Unwohlsein, Krankheit, Unfall) bei der Arbeit gefehlt?

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 |
| <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 |
| <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29+ |

33. Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu Arbeitsabsenzen zu oder nicht?

| | Stimme voll zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme gar nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Bei vielen Arbeitsabsenzen handelt es sich um Kurz-erkrankungen (bis 3 Tage). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Wenn ich mich mal einfach nicht wohl fühle (ohne richtig krank oder bettlägerig zu sein), kann ich der Arbeit auch unentschuldig fernbleiben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ein Teil der Arbeitsabsenzen lässt sich mit ungünstigen Arbeitsbedingungen erklären. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Fehlzeiten am Arbeitsplatz lassen sich oft auch auf geringe Arbeitszufriedenheit oder fehlende Motivation zurückführen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Es fällt in einem Grossbetrieb kaum auf oder kommt nicht darauf an, wenn man sich krankschreibt und mal einen oder zwei Tage nicht zur Arbeit erscheint. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihren Arbeitsbedingungen?

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gar nicht zufrieden | | | | | | | | | | | Vollständig zufrieden |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <input type="checkbox"/> |

35. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Verhältnis zu den Arbeitskolleginnen und -kollegen?

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gar nicht zufrieden | | | | | | | | | | | Vollständig zufrieden |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <input type="checkbox"/> |

36. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Arbeit?

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gar nicht zufrieden | | | | | | | | | | | Vollständig zufrieden |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <input type="checkbox"/> |

Persönliche Ressourcen

37. Können Sie auf die Unterstützung von folgenden Personen zählen (Verständnis, Ratschläge, konkrete Hilfestellungen), wenn Sie private Probleme haben?

| | Nie | Manchmal | Häufig | Sehr häufig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>a. (Ehe-)Partner/-in</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>b. Freunde/Kollegen/-innen</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>c. Familienangehörige/Verwandte</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>d. Direkte/-r Vorgesetzte/-r</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>e. Nächststehende/-r Arbeitskollege/-in</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>f. Andere Arbeitskollegen/-innen</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

38. Können Sie auf die Unterstützung von folgenden Personen zählen (Verständnis, Ratschläge, konkrete Hilfestellungen), wenn bei Ihrer Arbeit Schwierigkeiten auftreten?

| | Nie | Manchmal | Häufig | Sehr häufig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>a. (Ehe-)Partner/-in</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>b. Freunde/Kollegen/-innen</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>c. Familienangehörige/Verwandte</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>d. Direkte/-r Vorgesetzte/-r</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>e. Nächststehende/-r Arbeitskollege/-in</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>f. Andere Arbeitskollegen/-innen</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

39. Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.

| | Trifft gar nicht zu | Trifft wenig zu | Trifft etwas zu | Trifft ziemlich zu | Trifft voll und ganz zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>a. Ich habe mein Leben selbst in der Hand.</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>b. Wenn ich mich anstrenge, werde ich auch Erfolg haben.</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>c. Egal ob privat oder im Beruf: Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt.</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>d. Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt.</i> | <input type="checkbox"/> |

40. Wie zufrieden sind Sie im Gesamten mit Ihrer persönlichen finanziellen Situation?

| Gar nicht zufrieden | | | | | | | | | | Vollständig zufrieden |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> |

41. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit der Ihnen verfügbaren Zeit, um etwas zu unternehmen, das Sie gerne machen?

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gar nicht zufrieden | | | | | | | | | | | Vollständig zufrieden |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <input type="checkbox"/> |

42. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Wohngegend in Bezug auf die Einkaufsmöglichkeiten, die öffentlichen Verkehrsmittel und das kulturelle Angebot, wie Kino, Museen usw.?

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gar nicht zufrieden | | | | | | | | | | | Vollständig zufrieden |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <input type="checkbox"/> |

Gesundheit und Wohlbefinden

43. Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmässig
- Schlecht
- Sehr schlecht

44. Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, welches chronisch ist?

- Ja
- Nein

Damit sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme gemeint, welche schon seit mindestens 6 Monaten andauern oder schätzungsweise noch während mindestens 6 Monaten andauern werden.

45. Wie sehr sind Sie eingeschränkt durch ein gesundheitliches Problem bei gewöhnlichen Aktivitäten des täglichen Lebens (seit mindestens 6 Monaten)?

- Stark eingeschränkt
- Eingeschränkt, aber nicht stark
- Überhaupt nicht eingeschränkt
→ *Weiter zu Frage 47!*

46. Ist das gesundheitliche Problem Ihrer Meinung nach körperlich oder psychisch bedingt?

- Körperlich bedingt
- Psychisch bedingt
- Weiss nicht

47. Stress umschreibt einen Zustand, in dem sich eine Person angespannt, ruhelos, nervös oder ängstlich fühlt oder in der Nacht nicht schlafen kann, da ihre Gedanken aufgewühlt sind.

Fühlten Sie sich in den letzten 12 Monaten gestresst?

- Ja
- Nein → *Weiter zu Frage 49!*

48. Hat der Stress negative Auswirkungen auf...

Mehrfachantworten möglich

- ...die Art wie sie ihre Arbeit ausführen?
- ...Ihr Leben außerhalb der Arbeit (Familie, Freizeit, soziale Kontakte)?
- ...Ihren Gesundheitszustand?

49. Die folgenden Fragen betreffen die persönliche Energie und das psychische Wohlbefinden. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutrifft.

| | Immer | Oft | Manchmal | Selten | Nie/fast nie |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Wie häufig fühlen Sie sich müde? | <input type="checkbox"/> |
| b. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft? | <input type="checkbox"/> |
| c. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft? | <input type="checkbox"/> |
| d. Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr?“ | <input type="checkbox"/> |
| e. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt? | <input type="checkbox"/> |
| f. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig? | <input type="checkbox"/> |

50. Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem?

- Ja
- Nein

51. Die folgenden Fragen betreffen Ihre Gesundheit in den letzten 4 Wochen. Bitte geben Sie an, wie oft Sie die folgenden Beschwerden in den letzten 4 Wochen gehabt haben.

| | Überhaupt nicht | Ein bisschen | Stark |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Rücken- oder Kreuzschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Einschlaf- oder Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Schmerzen in den Schultern, im Nacken und/oder in den Armen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

52. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?Gar nicht
zufrieden

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> |

Vollständig
zufrieden**53. Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit Ihrem jetzigen Leben?**Gar nicht
zufrieden

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> |

Vollständig
zufrieden**54. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihren persönlichen Beziehungen?**Gar nicht
zufrieden

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> |

Vollständig
zufrieden**55. Wie häufig kommt es vor, dass Sie...**

| | | | | |
|-------|-----|---------------|--------|------------------|
| Immer | Oft | Manch- mal | Selten | Nie/ fast nie |
|-------|-----|---------------|--------|------------------|

a. ... am Ende eines Arbeitstages das Gefühl haben, nicht genug getan zu haben, obwohl Sie sich sehr angestrengt haben?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

b. ... zur Arbeit kommen, obwohl Sie sich richtig unwohl und krank fühlen?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

c. ... zur Arbeit kommen, obwohl der Arzt Sie krankgeschrieben hat oder krankschreiben wollte?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

d. ... trotz Krankheit oder Unwohlsein zur Genesung bis zum arbeitsfreien Wochenende warten?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

e. ... sich bei der Arbeit nicht krank melden, sondern zur Genesung Urlaub nehmen?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

56. Wie häufig trinken Sie normalerweise alkoholische Getränke, also Bier, Wein, Likör/Aperitif oder gebrannte Wasser wie z.B. Schnäpse?

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Täglich mehrmals |
| <input type="checkbox"/> | Täglich einmal |
| <input type="checkbox"/> | Ein oder mehrmals pro Woche |
| <input type="checkbox"/> | 1 – 3 mal monatlich |
| <input type="checkbox"/> | Seltener als monatlich |
| <input type="checkbox"/> | Nie, abstinent |

57. Rauchen Sie, wenn auch nur selten?

| | |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Nein → <i>Weiter zu Frage 59 !</i> |

58. Rauchen Sie täglich?

| | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Nein |

59. Während wie vielen Tagen pro Woche, betätigen Sie sich zur Zeit mindestens eine halbe Stunde lang körperlich so, dass Sie dabei zumindest ein bisschen ausser Atem kommen?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

60. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate Medikamente (z.B. Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) oder andere Substanzen (z.B. Antidepressiva, sonstige Psychopharmaka, psychoaktive Substanzen/Drogen) eingenommen?

- Nein → *Weiter zu Frage 62 !*
- Ja, um während der Arbeit meine geistige Leistungsfähigkeit zu steigern oder meine Stimmung zu verbessern
- Ja, um meine körperliche Leistungsfähigkeit zu steigern
- Ja, um trotz Schmerzen arbeiten zu können
- Ja, um nach der Arbeit abschalten oder schlafen zu können und um am nächsten Tag wieder fit für die Arbeit zu sein

61. Wie häufig haben Sie diese Medikamente oder Substanzen eingenommen oder nehmen Sie sie ein?

- In Ausnahmefällen
- Ab und zu
- Regelmässig
- Oft bis täglich

Mehrfachrollen und Doppelbelastungen

62. Ist es für Sie schwierig, gleichzeitig beruflichen und privaten Beanspruchungen gerecht zu werden?

- Ja, oft
- Ja, manchmal
- Nein

63. Haben Sie in letzter Zeit grössere Schwierigkeiten gehabt, um den Beruf und die Familie bzw. das Privatleben miteinander zu vereinbaren?

- Ja
- Nein

64. Lassen sich Ihre Arbeitszeiten im Allgemeinen sehr gut, gut, nicht sehr gut oder überhaupt nicht gut mit Ihren familiären oder sozialen Verpflichtungen ausserhalb der Arbeit vereinbaren?

- Sehr gut
- Gut
- Nicht sehr gut
- Überhaupt nicht gut

65. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?

- Keine → *Weiter zu Frage 68 !*
- 1 Kind
- 2 Kinder
- 3 Kinder oder mehr

66. Wie alt ist das jüngste Kind, das in Ihrem Haushalt lebt?

- Im Vorschulalter (0-6 Jahre)
- Im Primarschulalter (7-12 Jahre)
- Im Sekundarschulalter (13-15 Jahre)
- 16 Jahre und älter

67. Wie viel Zeit brauchen sie an einem normalen Wochentag für die Kinderbetreuung?

Zur Kinderbetreuung zählen beispielsweise folgende Tätigkeiten: Essen zubereiten und verabreichen, spielen, Hilfe bei Hausaufgaben, Gespräche führen, Transportdienste übernehmen, ins Bett bringen usw.

- Weniger als eine Stunde
- Zwischen 1 und 2 Stunden
- Zwischen 2 und 4 Stunden
- Zwischen 4 und 6 Stunden
- Mehr als 6 Stunden

68. Wer macht bei Ihnen hauptsächlich die Haushaltsarbeit?

- Ich selbst
- Mein Partner / meine Partnerin
- Andere Haushaltsmitglieder / Mitbewohner
- Externe Person(en)

69. Wie viel Zeit brauchen sie an einem normalen Wochentag für Haushaltsarbeiten?

Zur Haushaltsarbeit zählen beispielsweise folgende Tätigkeiten: Essen zubereiten, Einkäufe tätigen, putzen, handwerkliche Tätigkeiten, administrative Arbeiten, Gartenarbeit usw.

- Weniger als eine Stunde
- Zwischen 1 und 2 Stunden
- Zwischen 2 und 4 Stunden
- Zwischen 4 und 6 Stunden
- Mehr als 6 Stunden

70. Leben in Ihrem Haushalt behinderte oder pflegebedürftige Personen?

- Ja
- Nein → *Weiter zu Frage 72 !*

71. Wie viel Zeit brauchen Sie für die Betreuung von pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern an einem normalen Wochentag?

- Weniger als eine Stunde
- Zwischen 1 und 2 Stunden
- Zwischen 2 und 4 Stunden
- Zwischen 4 und 6 Stunden
- Mehr als 6 Stunden

72. Haben Sie in den letzten 4 Wochen unbezahlte Arbeiten erledigt für Personen, die nicht in Ihrem Haushalt leben?

- Ja
- Nein → *Weiter zu Frage 74 !*

Z.B. Kinder von anderen Leuten beaufsichtigen bzw. betreuen, Nachbarschaftshilfe, Transportdienste usw.

73. Um welche Art unbezahlter Arbeiten bzw. Tätigkeiten handelt es sich?

Mehrfachantworten möglich

- Beaufsichtigung/Betreuung verwandter Kinder
- Beaufsichtigung/Betreuung fremder Kinder
- Pflege von erwachsenen Verwandten
- Pflege von anderen erwachsenen Personen
- Dienstleistungen für die Verwandtschaft (Hausarbeit, Transporte, Gartenarbeiten usw.)
- Dienstleistungen für andere Personen (Hausarbeit, Transporte, Gartenarbeiten usw.)
- Andere unbezahlte Tätigkeiten

74. Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

| | Stimme voll zu | Stimme eher zu | Unentschieden | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben. | <input type="checkbox"/> |
| b. Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen. | <input type="checkbox"/> |
| c. Dinge die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen. | <input type="checkbox"/> |
| d. Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen. | <input type="checkbox"/> |
| e. Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern. | <input type="checkbox"/> |

75. Helfen Sie in Ihrem Privatleben regelmässig – ohne dafür bezahlt zu werden – einer oder mehreren Personen mit gesundheitlichen Problemen?

Gemeint sind alle Personen innerhalb oder ausserhalb von Ihrem Haushalt, denen Sie helfen.

- Ja
- Nein → *Weiter zu Frage 85 !*

76. Wie häufig machen Sie das?

- Täglich
- Mehrmals wöchentlich
- Etwa einmal wöchentlich
- Einmal bis mehrere Male monatlich
- Ein paar Mal pro Jahr oder seltener

77. Welche Art Hilfe leisten Sie für diese Person(en)?

Mehrfachantworten möglich

- Krankenpflege
- Körperpflege
- Hilfe im Haushalt
- Andere Hilfe

78. Wem helfen Sie? Handelt es sich dabei um eine oder mehrere Personen...

Mehrfachantworten möglich

- ... im gleichen Haushalt?
- ... aus der Familie/Verwandtschaft, die nicht im gleichen Haushalt leben?
- ... aus der Nachbarschaft, dem Bekanntenkreis, dem Freundeskreis?
- ... im Rahmen von Vereinen, Kirchen oder anderen Organisationen?

79. Um wen handelt es sich dabei konkret?

Mehrfachantworten möglich

- Partnerin / Partner
- Freundin / Freund
- Mutter oder Vater
- Schwiegermutter oder Schwiegervater
- Grossmutter oder Grossvater
- Tochter oder Sohn mit Krankheit oder Behinderung
- Für eine andere nahestehende Person

80. Wo wohnt bzw. wohnen diese Person(en)?

Mehrfachantworten möglich

- Im gleichen Haushalt wie ich
- Im eigenen Privathaushalt in meiner Nähe (bis 60 Min. Reisezeit)
- Im eigenen Privathaushalt in grösserer Entfernung von mir
- In einer Einrichtung/Institution in meiner Nähe (bis 60 Min. Reisezeit)
- In einer Einrichtung/Institution in grösserer Entfernung von mir
- Sonstiges

81. Um wie viele Personen kümmern Sie sich insgesamt?

- 1 Person
- 2 Personen
- 3 und mehr Personen

82. Wer unterstützt Sie dabei?

Mehrfachantworten möglich

- Keine weiteren Personen
- Familienmitglied(er)
- Freund(e) / Freundin(nen)
- Nachbarn/Nachbarinnen
- Professionelle Dienstleistungsanbieter
- Andere Personen

83. Wie hilfreich sind Ihnen bei den privaten Hilfeleistungen bzw. Sorgaufgaben Ihre beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten?

- Sehr hilfreich
- Hilfreich
- Wenig hilfreich
- Überhaupt nicht hilfreich

84. Als berufstätige Person im Gesundheitswesen, die sich auch privat um eine oder mehrere hilfe- bzw. pflegebedürftige Person(en) kümmert...

| | Stimme überhaupt nicht zu | Stimme eher nicht zu | Neutral / trifft nicht zu | Stimme eher zu | Stimme völlig zu |
|--|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>a. ...entkomme ich den Aufgaben einer Fachperson in einem Gesundheits- bzw. Pflegeberuf nie.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>b. ...fühle ich mich hin- und hergerissen zwischen meinem Berufs- und meinem Privatleben.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>c. ...fühle ich mich wie gefangen zwischen zwei Welten (beruflich und privat).</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>d. ...habe ich das Gefühl, dass meine Fachkompetenz bei der privaten freiwilligen Pflege- bzw. Sorgearbeit nicht anerkannt wird.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>e. ...empfinde ich Stress, wenn meine Rolle bei der Hilfe und Pflege von Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen und meine berufliche Rolle ineinander übergehen.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>f. ...ringe ich damit, meine Rolle und Aufgabe in einem helfenden Beruf und meine private ‚Helferrolle‘ voneinander zu trennen.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Persönliche Angaben

- 85. Welches Geschlecht haben Sie?**
- Weiblich
 Männlich
- 86. Zu welcher Altersgruppe gehören Sie?**
- Unter 25-jährig
 25- bis 34-jährig
 35- bis 44-jährig
 45- bis 54-jährig
 55-jährig und älter
- 87. Was ist Ihr Zivilstand?**
- Ledig
 Verheiratet / In einer registrierten Partnerschaft
 Geschieden / Getrennt
 Verwitwet
- 88. Wie viele Personen leben derzeit in Ihrem Haushalt, Sie eingeschlossen?**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 0 | 1 | 2 | 3+ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erwachsene / volljährige Kinder (18+ Jahre) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kinder bis 6 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kinder zwischen 7 und 12 Jahren |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kinder zwischen 13 und 17 Jahren |

89. Haben Sie einen Partner oder eine Partnerin?

- Ja, und wir leben zusammen
- Ja, aber wir leben nicht zusammen
- Nein → *Weiter zu Frage 92 !*

90. Ist Ihr Partner / Ihre Partnerin erwerbstätig und zu wie viel Prozent?

- Erwerbstätig zu 100% → *Weiter zu Frage 92 !*
- Teilzeiterwerbstätig zu 50% oder mehr (weniger als 100%)
- Teilzeiterwerbstätig unter 50%
- Nicht erwerbstätig

91. Was ist der Hauptgrund dafür, dass Ihr Partner bzw. Ihre Partnerin nicht oder weniger als 100% erwerbstätig ist?

- Kein Bedarf oder kein Interesse
- Private/familiäre Verpflichtungen (Kinderbetreuung, Hausarbeit, pflegebedürftige Eltern usw.)
- Aus- oder Weiterbildung (Studium, Abendschule usw.)
- Behinderung bzw. Krankheit
- Zweitaktivität (Nebenerwerb, Sport, politisches Amt, Freiwilligenarbeit usw.)
- Stellensuchend (arbeitslos)
- Anderes

92. Was ist die höchste berufliche Ausbildung oder Schule, die Sie mit einem Diplom oder Zeugnis abgeschlossen haben?

- Keine (obligatorische) Schule
- Obligatorische Schule
- 1-jährige Ausbildung (10. Schuljahr, Haushaltslehrjahr, Berufswahlschule, Sprachschule usw.)
- 2-jährige berufliche Grundbildung (Anlehre, eidg. Berufsattest, Handelsschule usw.)
- 2-3-jährige allgemeinbildende Schule (Diplom-, Fachmittelschule, Verwaltungsschule usw.)
- 3-4-jährige Berufslehre, Vollzeitberufsschule, Handelsmittelschule, Lehrwerkstätte
- Lehrerseminar, Berufs- oder Fachmaturität
- Kantonsschule/Gymnasium
- Höhere Berufsbildung mit Meisterdiplom oder eidg. Fachausweis
- Höhere Fachschule HWV, HFG usw., Technikerschule, Technikum (HTL) o.ä.
- Fachhochschule, Pädagogische Hochschule
- Universität, Universitäre Hochschule, Eidg. Technische Hochschule ETH

93. Welche berufliche Stellung bzw. Funktion haben Sie?

- Angestellt ohne Vorgesetztenfunktion
- Angestellt mit Vorgesetztenfunktion und unterstellten Mitarbeitenden
- Angestellt als Mitglied der Direktion oder Geschäftsleitung

94. Wie hoch ungefähr ist das gesamte monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes?

Gemeint ist die Summe aller Einkommen von allen Haushaltsmitgliedern zusammengezählt, nach Abzug der Sozialversicherungs- und Pensionskassenbeiträge, zuzüglich allfälliger Kinderzulagen und Alimente.

- Weniger als 4'000 Franken
- Zwischen 4'000 und 6'000 Franken
- Zwischen 6'000 und 8'000 Franken
- Zwischen 8'000 und 10'000 Franken
- Zwischen 10'000 und 12'000 Franken
- Zwischen 12'000 und 14'000 Franken
- Mehr als 14'000 Franken

95. Welche Staatszugehörigkeit bzw. Nationalität haben Sie?

- Schweiz
- EU-Land
- Übrige Länder
- Schweiz und anderes Land

96. Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

- Pflegepersonal (Pflegefachleute, Pflegehelfer/-innen usw.)
- Hebammen (Geburtshelfer/-innen)
- Medizinisches Personal (Ärztenschaft)
- Wissenschaftliches und anderes akademisches Personal (Chemiker/-innen, Apotheker/-innen, Biologen/-innen, Psychologen/-innen usw.)
- Medizinisch-therapeutisches Personal (z.B. Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)
- Medizinisch-technisches Personal (z.B. Labor/ biomedizinische Analytik, Radiologie/MTRA)
- Administratives Personal/Verwaltungspersonal (inkl. Empfang, Personaldienst, Sozialdienst)
- Übriges Personal (Technik, Transport, Logistik, Facility Management, Reinigung, Küche usw.)

97. Haben Sie häufigen und direkten Patientenkontakt bei Ihrer Arbeit?

- Ja
- Nein, keinen häufigen Patientenkontakt
- Nein, gar keinen direkten Patientenkontakt

98. In welcher (Deutsch-)Schweizer Grossregion arbeiten Sie?

- Zürich
(Kanton ZH)
- Espace Mittelland
(Kantone BE, FR, JU, NE, SO)
- Nordwestschweiz
(Kantone AG, BL, BS)
- Ostschweiz
(Kantone AR, AI, GL, GR, SG, SH, TG)
- Zentralschweiz
(Kantone LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)

99. In welcher Art von Spital arbeiten Sie?

- Universitätsspital
- Kantonsspital
- Regional-/Bezirksspital
- Rehaklinik/-zentrum

Ganz herzlichen Dank
für das Ausfüllen des Fragebogens!

Zusatzblatt

Bitte beantworten Sie eine letzte, zusätzliche Frage, die wir Ihnen bereits gestellt haben, nochmals – diesmal aber etwas genauer, d.h. mit anderen Antwortvorgaben (statt bloss mit Ja oder Nein).

100. Stress umschreibt einen Zustand, in dem sich eine Person angespannt, ruhelos, nervös oder ängstlich fühlt oder in der Nacht nicht schlafen kann, da ihre Gedanken aufgewühlt sind.

Empfinden Sie diese Art von Stress derzeit – und in welchem Ausmass?

- Überhaupt nicht
- Geringfügig
- Mittelmässig
- Stark
- Sehr stark

Bitte vergessen Sie nicht, dieses Zusatzblatt dem Fragebogen beizulegen, wenn Sie ihn an uns zurückschicken.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit!



Dr. Oliver Hämmig
Studienleiter