

FarmCoSwiss: Fragebogen zur Gesundheit von Personen und deren Partner/innen in der Schweizer Landwirtschaft

Sehr geehrter Teilnehmer, sehr geehrte Teilnehmerin

Das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH) untersucht mit diesem Fragebogen, wie es um die allgemeine **Gesundheit und das Wohlbefinden von in der Schweizer Landwirtschaft tätigen Personen und deren Ehe- oder Lebenspartner/in** (nachfolgend der Einfachheit halber "Partner/in" genannt) steht. Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Einschätzung und Verbesserung der Gesundheit von der landwirtschaftlichen Bevölkerung in der Schweiz. Bitte füllen Sie den Fragebogen ohne Unterbruch aus. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ungefähr 40 Minuten.

Wir nehmen die Einhaltung des Datenschutzes und die Wahrung der Vertraulichkeit sehr ernst. Alle erhobenen Angaben werden daher **streng vertraulich** behandelt, **verschlüsselt** ausgewertet und ausschliesslich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Abhängig davon, ob Sie entweder

- a) selbst in der Landwirtschaft tätig sind oder
- b) ausserhalb der Landwirtschaft tätig sind, aber Ihr Partner/Ihre Partnerin in der Landwirtschaft arbeitet, werden Sie leicht andere Fragen im Fragebogen beantworten.

Fragen, die für gewisse Personen übersprungen werden können, sind deutlich mit einem Pfeil ➡ markiert.

Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie das Studienteam unter 061 284 89 29 oder farmcoswiss@swisstph.ch erreichen.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Prof. Dr. Nicole Probst-Hensch

Papierfragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen mit einem schwarzen oder blauen Kugelschreiber aus. Senden Sie den fertig ausgefüllten Fragebogen im beigelegten vorfrankierten und -adressierten Briefumschlag bitte zurück an das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut.

Herzlichen Dank!

Einstiegsfragen

0

Bitte geben Sie das Datum an, an welchem Sie den Fragebogen ausfüllen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag

Monat

Jahr

0.1

Sind Sie selbst auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig?

Unter "tätig sein" verstehen wir Personen, die selbstständig erwerbend, angestellt (Voll- oder Teilzeit) oder in Ausbildung sind, oder Saisonarbeit oder freiwillige Mithilfe auf einem Landwirtschaftsbetrieb leisten (z.B. als Familienangehörige oder Lebenspartner/in). Tätigkeiten auf dem Betrieb können sowohl landwirtschaftlicher als auch administrativer Art sein.

➔ Falls nein: Gehen Sie bitte direkt zu Frage 0.2.

Ja

Nein

0.1.1

**Falls Sie selbst auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind: Nehmen andere Personen, die auf dem selben landwirtschaftlichen Betrieb wie Sie selbst tätig sind, ebenfalls an dieser Umfrage teil (ausser Ehe- oder Lebenspartner/in)?
Falls ja: Wie viele Personen?**

Ja

Nein

Weiss nicht

Falls ja: Anzahl Personen:

0.2	Nimmt Ihr/e Partner/in ebenfalls an dieser Umfrage teil?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Ich habe keine/n Partner/in.	

0.2.2	<p>Falls Ihr/e Partner/in ebenfalls an der Umfrage teilnimmt: Bitte geben Sie den Vor- und Nachnamen sowie das Geburtsdatum Ihres Partners/Ihrer Partnerin an. Diese Informationen benötigen wir, um Sie und Ihre/n Partner/in einander zuordnen zu können.</p> <p>➔ Falls nein, weiss nicht oder kein/e Partner/in: Gehen Sie bitte direkt zum Kapitel "Kontaktangaben".</p>
<p>Vorname:</p> <p>Nachname:</p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</p>	

In diesem Fragebogen beziehen sich einige Fragen auf den landwirtschaftlichen Betrieb, auf dem Sie arbeiten. Bitte beantworten Sie diese Fragen für den Betrieb, auf dem Sie in den letzten 12 Monaten die meiste Zeit gearbeitet haben. Falls Sie selbst nicht in der Landwirtschaft tätig sind, beantworten Sie die Fragen bitte für den Betrieb, auf dem Ihr/e Partner/in in den letzten 12 Monaten die meiste Zeit gearbeitet hat. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Kontaktangaben

1.1	Bitte geben Sie Ihren Vor- und Nachnamen an.
<p>Vorname:</p> <p>Nachname:</p>	

1.2

Haben sich Ihre Wohn- und/oder Betriebsadresse, welche Sie bei der Registrierung angegeben haben, seither geändert?

Ja

Neue Wohnadresse:

Ab wann ist diese neue Wohnadresse gültig?
(TT/MM/JJJJ)

Neue Betriebsadresse:

Ab wann ist diese neue Betriebsadresse gültig?
(TT/MM/JJJJ)

Nein

1.3

Haben sich Ihre Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse, welche Sie bei der Registrierung angegeben haben, seither geändert?

Ja

Neue Telefonnummer:

Neue E-Mail-Adresse:

Nein

Ausbildung

2.1

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?
Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Obligatorische Primar- und Oberstufe
- Lehre/Berufsschule/Handelsschule
- Kantonsschule/Gymnasium
- Höhere Fach- oder Berufsschule
- Universität/Hochschule
- Anderes, bitte präzisieren:

2.2	Was ist Ihre landwirtschaftliche Grundausbildung? Mehrere Antworten sind möglich.
<input type="checkbox"/> Keine landwirtschaftliche Grundausbildung <input type="checkbox"/> Agrarpraktiker/in (EBA) <input type="checkbox"/> Landwirt/in <input type="checkbox"/> Geflügelfachmann/-frau <input type="checkbox"/> Gemüsegärtner/in <input type="checkbox"/> Obstfachmann/-frau <input type="checkbox"/> Winzer/in <input type="checkbox"/> Weintechnologe/in <input type="checkbox"/> Andere, bitte präzisieren:	

2.3	Was ist Ihre höhere landwirtschaftliche Berufsbildung? Mehrere Antworten sind möglich.
<input type="checkbox"/> Keine höhere landwirtschaftliche Berufsbildung <input type="checkbox"/> Bäuerin/bäuerlicher Haushaltleiter <input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Berufsprüfung (Betriebsleiterschule) <input type="checkbox"/> Höhere Fachprüfung/Meisterprüfung (Betriebsleiterschule 2) <input type="checkbox"/> Höhere Fachschule: Agrokaufmann/-frau <input type="checkbox"/> Höhere Fachschule: Agrotechniker/in <input type="checkbox"/> Höhere Fachschule: Weinbautechniker/in <input type="checkbox"/> Andere, bitte präzisieren:	

2.4	Wie viele Jahre Ihres Lebens haben Sie insgesamt auf einem landwirtschaftlichen Betrieb <u>gearbeitet</u>? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.					
Nie		1-5 Jahre	6-10 Jahre	11-20 Jahre	21-30 Jahre	Mehr als 30 Jahre
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.5	Wie viele Jahre Ihres Lebens haben Sie insgesamt auf einem landwirtschaftlichen Betrieb <u>gelebt</u>? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.					
Nie		1- 5 Jahre	6-10 Jahre	11-20 Jahre	21-30 Jahre	Mehr als 30 Jahre
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.6

Sind Sie auf einem landwirtschaftlichen Betrieb aufgewachsen?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

Ja

Nein

Anderes, bitte präzisieren:

.....

Erwerbstätigkeit

3.1

In welcher beruflichen Stellung sind Sie auf dem landwirtschaftlichen Betrieb tätig?

Mehrere Antworten sind möglich.

➔ Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, gehen Sie bitte direkt zu Frage 3.1.1.

- a (Mit-)Bewirtschafter/in (Betriebsleitung)
- b Mitarbeit in Familienbetrieb (mit AHV-pflichtigem Einkommen)
- c Mitarbeit in Familienbetrieb (ohne AHV-pflichtiges Einkommen)
- d Angestellt mit Cheffunktion (unterstellte Mitarbeiter)
- e Angestellt ohne Cheffunktion (keine unterstellten Mitarbeiter)
- f Pensioniert mit Arbeitstätigkeit
- g In Ausbildung
- h Andere, bitte präzisieren:

.....

3.1.1	<p>Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind: In welcher beruflichen Stellung sind Sie zurzeit tätig? Mehrere Antworten sind möglich.</p> <p>➔ Falls Sie auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, gehen Sie bitte direkt zu Frage 3.2.</p>
a	<input type="checkbox"/> Selbstständig erwerbend
b	<input type="checkbox"/> Angestellt mit Cheffunktion (unterstellte Mitarbeiter)
c	<input type="checkbox"/> Angestellt ohne Cheffunktion (keine unterstellten Mitarbeiter)
d	<input type="checkbox"/> Pensioniert
e	<input type="checkbox"/> In Ausbildung
f	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann
g	<input type="checkbox"/> Invalid
h	<input type="checkbox"/> Auf Stellensuche
i	<input type="checkbox"/> Andere, bitte präzisieren:

3.2	<p>Arbeiten Sie haupt- oder nebenberuflich auf einem landwirtschaftlichen Betrieb? Hauptberuflich ist eine Arbeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten deutlich übersteigt. Bitte nur eine Antwort ankreuzen.</p> <p>➔ Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, gehen Sie bitte direkt zu Frage 3.2.1.</p>
	<input type="checkbox"/> Hauptberuflich <input type="checkbox"/> Nebenberuflich <input type="checkbox"/> Anderes, bitte präzisieren:

3.2.1	<p>Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind: In welchem Pensum führen Sie Ihre Erwerbstätigkeit aus? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.</p> <p>➔ Falls Sie auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, gehen Sie bitte direkt zu Frage 3.4</p>
	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Anderes, bitte präzisieren:

3.3

Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind: In welcher Wirtschaftsbranche sind Sie zurzeit tätig? Mehrere Antworten sind möglich.

➔ Falls Sie auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, gehen Sie bitte direkt zum Frage 3.4.

- Verarbeitendes Gewerbe (z.B. Herstellung von Waren)/Energieversorgung
- Baugewerbe
- Handel und Reperaturgewerbe/Verkehr und Lagerei/Gastgewerbe
- Information und Kommunikation
- Kredit- und Versicherungsgewerbe
- Immobilien/Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen
- Freiberufliche Arbeit/Administrative, technische, wissenschaftliche Dienstleistungen
- Öffentliche Verwaltung/Erziehung und Unterricht/Gesundheits- und Sozialwesen
- Kunst/Unterhaltung/Sonstige Dienstleistungen
- Andere, bitte präzisieren:

3.4

Arbeiten Sie zusätzlich in einem Beruf ausserhalb der Landwirtschaft?

Bitte nur eine Antwort ankeuzen.

➔ Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, gehen Sie bitte direkt zu zum Kapitel "Allgemeine Gesundheit"

- Nein
- Ja, ganzjährig und weniger als 50% der Arbeitszeit
- Ja, ganzjährig und 50% oder mehr der Arbeitszeit
- Ja, nur in der **kälteren** Jahreszeit und **weniger als 50%** der Arbeitszeit
- Ja, nur in der **kälteren** Jahreszeit und **50% oder mehr** der Arbeitszeit
- Ja, nur in der **wärmeren** Jahreszeit und **weniger als 50%** der Arbeitszeit
- Ja, nur in der **wärmeren** Jahreszeit und **50% oder mehr** der Arbeitszeit
- Anderes, bitte präzisieren:

Falls ja: Bitte nennen Sie die Berufsbezeichnung Ihres Berufs ausserhalb der Landwirtschaft.

Berufsbezeichnung:

➔ Falls Sie selbst nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, überspringen Sie bitte alle Fragen im Kapitel "Hofmanagement und Haushaltsstruktur" und gehen Sie direkt zum Kapitel "Allgemeine Gesundheit".

Hofmanagement und Haushaltsstruktur

4.1

Wer besitzt den landwirtschaftlichen Betrieb?

Mehrere Antworten sind möglich.

- Sie selbst Ihr/e (Ehe-)Partner/in Ihr Vater/Ihre Mutter
- Ihr Bruder/Ihre Schwester Anderes Familienmitglied Nicht-verwandte Person
- Anderes, bitte präzisieren:

4.2

Was ist die betriebswirtschaftliche Ausrichtung des Betriebs?

Mehrere Antworten sind möglich.

- Weideviehbetrieb - Milchwirtschaft
- Weideviehbetrieb - Fleischproduktion
- Veredelungsbetrieb - Schweinehaltung
- Veredelungsbetrieb - Geflügelhaltung
- Ackerbaubetrieb
- Spezialkulturbetrieb (z.B. Obst, Gemüse, Beeren oder Reben)
- Gartenbaubetrieb
- Forstwirtschaftsbetrieb
- Andere, bitte präzisieren:

4.3	Welche Kulturen werden auf dem Betrieb angebaut bzw. bewirtschaftet und wie viele Hektaren pro Kultur ungefähr? Falls auf dem Betrieb kein Pflanzenbau betrieben wird, überspringen Sie bitte die Frage. Mehrere Antworten sind möglich.					
	Hektaren					
		Weniger als 5	5-10	11-20	21-50	Mehr als 50
<input type="checkbox"/>	Getreide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hülsenfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ölsaaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zuckerrüben/ Futterrüben/Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Obst/Steinobst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Reben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Andere, bitte präzisieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					

4.4	Wie gross ist der Betrieb insgesamt ungefähr?
	Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
<input type="checkbox"/>	Kleiner als 5 Hektaren
<input type="checkbox"/>	5-10 Hektaren
<input type="checkbox"/>	11-20 Hektaren
<input type="checkbox"/>	21-50 Hektaren
<input type="checkbox"/>	Grösser als 50 Hektaren

4.5	Welche Produktionsform wird auf dem Betrieb angewendet?
	Mehrere Antworten sind möglich.
<input type="checkbox"/>	Konventionell
<input type="checkbox"/>	Integrierte Produktion (IP)
<input type="checkbox"/>	Biologisch
<input type="checkbox"/>	Aktuell Umstellung auf biologische Produktion
<input type="checkbox"/>	Anderes, bitte präzisieren:

4.6

Seit wie vielen Jahren wird diese Produktionsform ungefähr angewendet bzw. auf biologisch umgestellt? Mehrere Antworten sind möglich.

- Konventionell: _____
(in ganzen Jahren)
- Integrierte Produktion: _____
(in ganzen Jahren)
- Biologisch: _____
(in ganzen Jahren)
- Umstellung auf biologische Produktion: _____
(in ganzen Jahren)
- Anderes: _____
(in ganzen Jahren)

4.7

Was sind die drei wichtigsten Haupteinnahmequellen des Betriebs? Nennen Sie bitte 3 Produkte oder Dienstleistungen, welche die grössten Einnahmen für den Betrieb generieren. Antworten können in beliebiger Reihenfolge genannt werden.

- 1
.....
- 2
.....
- 3
.....

4.8

Wie viele Personen leben permanent oder längerfristig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Anzahl Erwachsene (Sie selbst eingeschlossen):

Anzahl Personen unter 18 Jahren:

4.9	Wie viele Personen arbeiten auf dem Betrieb, Sie selbst eingeschlossen? Dies beinhaltet Teil- und Vollzeitmitarbeitende, Saisonmitarbeitende, sowie z.B. Familienmitglieder, die auf dem Betrieb ohne Entgelt mitarbeiten.
Kältere Jahreszeit Anzahl Erwachsene (Sie selbst eingeschlossen): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Wärmere Jahreszeit Anzahl Erwachsene (Sie selbst eingeschlossen): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Allgemeine Gesundheit

5.1	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
<input type="checkbox"/> Ausgezeichnet <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Weniger gut <input type="checkbox"/> Schlecht	

5.2	Die folgenden Fragen beschreiben Tätigkeiten, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Geben Sie bitte für jede dieser Tätigkeiten an, <u>ob Ihr Gesundheitszustand Sie derzeit bei der Ausübung dieser Tätigkeiten einschränkt.</u> Bitte für jede Tätigkeit (a-b) nur eine Antwort ankreuzen. Falls die Tätigkeitsbeispiele für Sie nicht relevant sind, beantworten Sie die Frage für eine Tätigkeit mit einer ähnlichen körperlichen Intensität.			
		Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a	Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen oder kegeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3	Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer <u>körperlichen</u> Gesundheit folgende Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? Bitte für jede Aussage (a-b) nur eine Antwort ankreuzen.					
		Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
a	Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4	Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund <u>seelischer Probleme</u> folgende Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im
------------	--

Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)? Bitte für jede Aussage (a-b) nur eine Antwort ankreuzen.		Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
a	Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5	Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Etwas <input type="checkbox"/> Mässig <input type="checkbox"/> Ziemlich <input type="checkbox"/> Sehr	

5.6	In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte wählen Sie für jede Frage die Antwort aus, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht. Bitte für jede Aussage (a-c) nur eine Antwort ankreuzen.
Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...	Immer Meistens Manchmal Selten Nie
a	ruhig und gelassen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b	voller Energie? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c	entmutigt und traurig? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.7	Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie	

Bewegung, Ernährung, Alkohol und Tabak

6.1 Wie viel Stunden pro Tag verbringen Sie ungefähr mit Sitzen?

- | | | | |
|---|--|---|-----------------|
| a | An einem <u>Arbeitstag</u> in der <u>kälteren Jahreszeit</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Stunden pro Tag |
| b | An einem <u>Ruhetag</u> in der <u>kälteren Jahreszeit</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Stunden pro Tag |
| c | An einem <u>Arbeitstag</u> in der <u>wärmeren Jahreszeit</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Stunden pro Tag |
| c | An einem <u>Ruhetag</u> in der <u>wärmeren Jahreszeit</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Stunden pro Tag |

6.2

An wie vielen Tagen pro Woche sind Sie in Ihrem landwirtschaftlichen Beruf insgesamt 30 Minuten oder länger körperlich so aktiv, dass Sie ausser Atem geraten oder schwitzen? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

➔ Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, gehen Sie bitte direkt zu Frage 6.2.1.

- | | | Tage pro Woche | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a | Kältere Jahreszeit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Tage pro Woche | | | | | | | |
| b | Wärmere Jahreszeit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6.2.1

Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind: An wie vielen Tagen pro Woche sind Sie in Ihrem Beruf insgesamt 30 Minuten oder länger körperlich so aktiv, dass Sie ausser Atem geraten oder schwitzen? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

➔ Falls Sie auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, gehen Sie bitte direkt zu Frage 6.3.

Tage pro Woche

a	Kältere Jahreszeit	0	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tage pro Woche

b	Wärmere Jahreszeit	0	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin nicht erwerbstätig.

6.3

An wie vielen Tagen pro Woche sind Sie in der Freizeit insgesamt 30 Minuten oder länger körperlich so aktiv, dass Sie ausser Atem geraten oder schwitzen? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

Tage pro Woche

a	Kältere Jahreszeit	0	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tage pro Woche

b	Wärmere Jahreszeit	0	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.4

An wie vielen Tagen pro Woche essen Sie im Allgemeinen...?

Bitte für jedes Produkt (a-d) nur eine Antwort ankreuzen.

Tage pro Woche

	Nie	Seltener als 1 Tag pro Woche	1	2	3	4	5	6	7	Weiss nicht
a	Rotes Fleisch oder Wurst	<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"/>
b	Gekochtes Gemüse	<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"/>
c	Rohes Gemüse oder Salat	<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"/>
d	Früchte	<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"/>

6.5	Wie viele Portionen ... nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich, wenn Sie Gemüse oder Früchte essen? Eine Portion entspricht etwa einer Hand voll/einer grossen Tomate. Bitte für jedes Produkt (a-c) nur eine Antwort ankreuzen.					
		Weniger als 1 Portion	1 Portion	2-4 Portionen	5 Portionen oder mehr	Weiss nicht
a	Rohes Gemüse oder Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Gekochtes Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.6	Wie oft nehmen Sie folgende alkoholische Getränke zu sich? Bitte für jedes Getränk (a-b) nur eine Antwort ankreuzen.				
		Nie	1-4-mal im Monat oder weniger	Mehrmals pro Woche	Täglich
a	Bier/Wein/Sekt/Vergorener Most	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Schnaps/Likör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.7	Konsumieren Sie eines der folgenden Tabakprodukte? Bitte für jede Aussage (a-c) nur eine Antwort ankreuzen.				
		Nie geraucht	Früher, jetzt nicht mehr	Ja, an manchen Tagen	Ja, täglich
a	Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	E-Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Andere Tabakprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.8	Wie schwer sind Sie ungefähr? Für Frauen, wenn Sie zur Zeit schwanger sind: Wie schwer waren Sie am Anfang der Schwangerschaft ungefähr? Bitte geben Sie an, ob das Gewicht von Ihnen geschätzt ist oder ob Sie sich gewogen haben.						
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	<input type="checkbox"/>	geschätzt	<input type="checkbox"/>

6.9

Wie gross sind Sie ungefähr?

--	--	--

cm

➔ Falls Sie selbst nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, überspringen Sie bitte alle Fragen im Kapitel "Ihre Einschätzung von Risiken im Berufsalltag" und gehen Sie direkt zum Kapitel "Lebensqualität, Schlaf und Stress".

Ihre Einschätzung von Risiken im Berufsalltag

In der landwirtschaftlichen Gesundheitsforschung wird grundsätzlich zwischen 5 Risikobereichen unterschieden:

- Physisch (z.B. längeres Sitzen, manuelle Arbeiten)
- Chemisch (z.B. Düngemittel, Pflanzenschutzmittel, Gase und andere Gefahrenstoffe)
- Biologisch (z.B. übertragbare Krankheiten, Pollen, Staub)
- Psychosozial (z.B. soziale Isolation, Konflikte/Streit, Stress/Druck)
- Umwelt-bezogen (z.B. Stürme, Hitze/Kälte, Erdbeben)

Gerne möchten wir von Ihnen wissen:









- a) **wie oft** Sie durchschnittlich **in den letzten 12 Monaten** einzelnen Risiken aus den fünf Bereichen in Ihrem **landwirtschaftlichen Berufsalltag** ausgesetzt waren und
- b) als **wie gesundheitsschädlich** Sie die einzelnen Risiken einschätzen, **unabhängig davon, wie oft Sie persönlich ausgesetzt waren.**









Pro Bereich sind jeweils vier Tätigkeiten (Risiken) aufgelistet. In der letzten freien Zeile können Sie selbst noch ein Risiko, welches Ihrer Meinung nach noch unbedingt erwähnt werden sollte, aufschreiben und die dazugehörigen Felder ankreuzen.









"Nie" bedeutet, dass auf dem Betrieb solche Tätigkeiten ausgeführt werden, aber nicht von Ihnen, oder dass andere Personen solchen Risiken ausgesetzt sind, aber nicht Sie.









"Nicht relevant" bedeutet, dass auf dem landwirtschaftlichen Betrieb niemand solche Tätigkeiten ausführt/solchen Risiken ausgesetzt ist.

7.1	Physische Risiken: Wie oft übten Sie durchschnittlich in den letzten 12 Monaten folgende Tätigkeiten (a-d) in Ihrem landwirtschaftlichen Alltag aus? Unabhängig davon, wie oft Sie diese ausübten: Für wie gesundheitsschädlich halten Sie die einzelnen Tätigkeiten?									
	Häufigkeit						Gesundheitsschädlichkeit			
	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer	Nicht relevant	Nicht gesundheits-schädlich	Etwas	Ziemlich	Sehr gesundheits-schädlich
a	Schwere körperliche Arbeiten (z.B. Tragen von Lasten, manuelles Mähen)									
b	Bedienung von Fahrzeugen/Maschinen									
c	Arbeiten in der Höhe oder auf schwierigem Gelände (z.B. auf einer Leiter/einem Dach oder an Hängen)									
d	Längeres Sitzen (4 oder mehr Stunden am Stück)									
e									

7.2 Chemische Risiken: Wie oft übten Sie durchschnittlich in den letzten 12 Monaten folgende Tätigkeiten (a-d) in Ihrem landwirtschaftlichen Alltag aus? Unabhängig davon, wie oft Sie diese ausübten: Für wie gesundheitsschädlich halten Sie die einzelnen Tätigkeiten?		Häufigkeit					Gesundheitsschädlichkeit				
		Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer	Nicht relevant	Nicht gesundheits-schädlich	Etwas	Ziemlich	Sehr gesundheits-schädlich
											
a	Ausbringen von Düngemitteln	<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"/>
b	Mischen und/oder Ausbringen von Pflanzenschutzmitteln (z.B. Herbizide, Fungizide oder Insektizide)	<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"/>
c	Tätigkeiten, bei denen Sie mit Gasen oder Rauch in Kontakt kommen (z.B. von Gülle)	<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"/>
d	Anwendung von ätzenden Reinigungsmitteln (z.B. Landmaschinen-reiniger)	<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"/>
e	<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"/>

7.3 Biologische Risiken: Wie oft übten Sie durchschnittlich in den letzten 12 Monaten folgende Tätigkeiten (a-d) in Ihrem landwirtschaftlichen Alltag aus? Unabhängig davon, wie oft Sie diese ausübten: Für wie gesundheitsschädlich halten Sie die einzelnen Tätigkeiten?		Häufigkeit					Gesundheitsschädlichkeit				
		Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer	Nicht relevant	Nicht gesundheits-schädlich	Etwas	Ziemlich	Sehr gesundheits-schädlich
Arbeiten, bei denen Sie...											
a	mit <u>Pollen/Sporen</u> in Kontakt kommen (z.B. Gräserpollen oder Pilzsporen)	<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"/>
b	mit <u>Staub</u> in Kontakt kommen (z.B. Holzstaub oder Heustaub)	<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"/>
c	mit <u>Tieren oder Tierexkreten</u> in Kontakt kommen (z.B. Kontakt ohne Zaun/Anbindung der Tiere oder durch Mist/Blut)	<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"/>
d	möglicherweise von <u>Insekten</u> gestochen oder gebissen werden (z.B. Bienen oder Zecken)	<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"/>
e	<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"/>

7.4		Psychosoziale Risiken: Wie oft waren Sie durchschnittlich in den letzten 12 Monaten folgenden psychosozialen Risiken (a-d) in Ihrem landwirtschaftlichen Alltag ausgesetzt? Unabhängig davon, wie oft Sie persönlich ausgesetzt waren: Für wie gesundheitsschädlich halten Sie die einzelnen Risiken?									
		Häufigkeit						Gesundheitsschädlichkeit			
		Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer	Nicht relevant	Nicht gesundheitsschädlich	Etwas	Ziemlich	Sehr gesundheitsschädlich
											
a	Konflikte (z.B. mit Mitarbeitenden, in der Familie oder Nachbarschaft)	<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"/>
b	Schlafprobleme	<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"/>
c	Stress/Druck	<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"/>
d	Einsamkeit	<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"/>
e	<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"/>

7.5	Umwelt-bezogene Risiken: Wie oft waren Sie durchschnittlich in den letzten 12 Monaten folgenden Umwelt-bezogenen Risiken (a-d) in Ihrem landwirtschaftlichen Alltag ausgesetzt? Unabhängig davon, wie oft Sie persönlich ausgesetzt waren: Für wie gesundheitsschädlich halten Sie die einzelnen Risiken?										
	Häufigkeit						Gesundheitsschädlichkeit				
	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Immer	Nicht relevant	Nicht gesundheitsschädlich	Etwas	Ziemlich	Sehr gesundheitsschädlich	
											
a	Arbeiten draussen an der prallen Sonne	<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"/>	
b	Stürme (z.B. mit Hagel, Blitz oder viel Niederschlag)	<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"/>	
c	Erdbeben/Lawinen	<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"/>	
d	Lärm	<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"/>	
e	<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"/>	

Lebensqualität, Schlaf und Stress

8.1		Sie finden unten 12 Fragen und Aussagen (a-l). Bitte beantworten Sie jede Frage auf der Skala von 0 bis 10. Bitte für jede Frage/Aussage (a-l) nur eine Antwort ankreuzen.										
		0 =						10 =				
		Überhaupt nicht zufrieden										
		Vollständig zufrieden										
a	Ganz allgemein gefragt – wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?	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"/>
		0 =						10 =				
		Überhaupt nicht glücklich										
		Vollständig glücklich										
b	Ganz allgemein gefragt – wie glücklich oder unglücklich fühlen Sie sich?	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"/>
		0 =						10 =				
		Schlecht										
		Exzellent										
c	Ganz allgemein gefragt – wie beurteilen Sie Ihre körperliche Gesundheit?	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"/>
		0 =						10 =				
		Schlecht										
		Exzellent										
d	Ganz allgemein gefragt – wie beurteilen Sie Ihre psychische Gesundheit?	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"/>
		0 =						10 =				
		Überhaupt nicht lohnend										
		Absolut lohnend										
e	Ganz allgemein gefragt – in welchem Ausmass haben Sie das Gefühl, dass das was Sie im Leben tun, sinnvoll und lohnend ist?	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"/>
		0 =						10 =				
		Überhaupt nicht einverstanden										
		Absolut einverstanden										
f	Wie sehr sind Sie mit der folgenden Aussage einverstanden: «Ich weiss, was der Sinn meines Lebens ist»?	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"/>

		0 = Trifft nicht auf mich zu											10 = Trifft absolut auf mich zu
g	Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie zu: «Ich handle immer so, dass auf jeden Fall das Gute gefördert wird, selbst in schwierigen und herausfordernden Situationen»?	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"/>	
		0 = Trifft nicht auf mich zu											10 = Trifft absolut auf mich zu
h	Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie zu: «Ich kann heute auf einen Teil Glück verzichten, wenn durch diesen Verzicht mein Glück zu einem späteren Zeitpunkt umso grösser ist»?	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"/>	
		0 = Überhaupt nicht einverstanden											10 = Absolut einverstanden
i	Inwieweit sind Sie mit der folgenden Aussage einverstanden: «Ich bin zufrieden mit den Freundschaften und Beziehungen, die ich habe»?	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"/>	
		0 = Überhaupt nicht einverstanden											10 = Absolut einverstanden
j	Inwieweit sind Sie mit der folgenden Aussage einverstanden: «Meine Beziehungen sind so zufriedenstellend wie ich mir das wünsche»?	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"/>	
		0 = Ich mache mir immer Sorgen											10 = Ich mache mir nie Sorgen
k	Wie häufig machen Sie sich Sorgen, dass Sie sich die normalen monatlichen Lebenskosten nicht leisten können?	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"/>	
		0 = Ich mache mir immer Sorgen											10 = Ich mache mir nie Sorgen
l	Wie oft machen Sie sich Sorgen in Bezug auf Sicherheit, Ernährung oder Wohnen?	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"/>	

8.2	Wie viele Stunden pro Nacht schliefen Sie durchschnittlich in den letzten 12 Monaten? Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett gelegen haben, übereinstimmen. Bitte in ganzen Stunden angeben.
a Kältere Jahreszeit	<input type="text"/> <input type="text"/> pro Nacht
b Wärmere Jahreszeit	<input type="text"/> <input type="text"/> pro Nacht

8.3	Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes in den letzten 12 Monaten beurteilen? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
	Sehr gut Gut Mittelmässig Schlecht Sehr schlecht
a Kältere Jahreszeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b Wärmere Jahreszeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8.4	Wie häufig ist es Ihnen in den letzten 12 Monaten passiert, dass Sie... Bitte für jede Frage (a-d) nur eine Antwort ankreuzen.
	Nie Selten Manchmal Häufig
a Schlecht einschlafen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b Einen unruhigen Schlaf haben?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c Nachts mehrmals erwachen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d Morgens zu früh erwachen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8.5	Auf einer Skala von 1 bis 6, wie würden Sie Ihre Fähigkeit mit Stress umzugehen beurteilen? (1 = Ich kann Stress von mir abschütteln, 6 = Stress nagt an mir) Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
Kann Stress abschütteln	Stress nagt an mir
1 2 3 4 5 6	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

8.6	In den letzten 12 Monaten, wie hoch würden Sie das Ausmass an Stress in Ihrem Leben beurteilen (zu Hause und bei der Arbeit)? (1 = kein Stress, 6 = extremer Stress) Bitte nur eine Antwort ankreuzen.					
	a Kältere Jahreszeit	Kein Stress 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.7	Wie haben sich folgende Aspekte Ihrer Gesundheit gesamthaft während der Coronavirus-Pandemie (seit März 2020) verändert? Bitte für jede Aussage (a-e) nur eine Antwort ankreuzen.					
	b Wärmere Jahreszeit	Kein Stress 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

8.7	Wie haben sich folgende Aspekte Ihrer Gesundheit gesamthaft während der Coronavirus-Pandemie (seit März 2020) verändert? Bitte für jede Aussage (a-e) nur eine Antwort ankreuzen.					
		Viel schlechter geworden	Eher schlechter geworden	Überhaupt nicht verändert	Eher besser geworden	Viel besser geworden
a	Körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Seelische Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Schlafqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Gesunder Lebensstil (Ernährung, körperliche Betätigung, Alkohol-/Tabakkonsum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitszufriedenheit

9.1	In den letzten 12 Monaten, wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrer Arbeit auf dem landwirtschaftlichen Betrieb? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.					
	➔ Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, gehen Sie bitte direkt zu Frage 9.1.1.					
<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> Ziemlich zufrieden <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Ziemlich unzufrieden <input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden						

9.1.1 Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind: In den letzten 12 Monaten, wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrer Arbeit?
Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

Sehr zufrieden
 Ziemlich zufrieden
 Teils-teils
 Ziemlich unzufrieden
 Sehr unzufrieden

9.2 Unabhängig davon, ob es sich dabei um bezahlte oder unbezahlte Arbeit (z.B. Haushalt) handelte: Wie oft arbeiteten Sie in den letzten 12 Monaten...

Kältere Jahreszeit	Nie	Selten	Manchmal	Häufig
a Mehr als 5 Tage pro Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Mehr als 10 Stunden pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärmere Jahreszeit				
c Mehr als 5 Tage pro Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Mehr als 10 Stunden pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3 Welche der folgenden Dinge waren für Sie die 3 wichtigsten Gründe, Ihren landwirtschaftlichen Beruf zu wählen? Nennen Sie bitte 3 Dinge.
 ➔ Falls Sie nicht auf einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind, gehen Sie bitte direkt zum Kapitel "Erkrankungen und Unfälle".

Finanzielle Sicherheit
 Freiheit, die Arbeit selbstständig zu gestalten
 Sinnhaftigkeit des Berufs
 Soziale Beziehungen zu Mitarbeitenden, Bekannten, Familie und/oder Nachbarn
 Flexible Arbeitszeiten
 Gesellschaftliche Anerkennung
 Körperliche Arbeit/Arbeit draussen in der Natur
 Arbeitsplatzsicherheit
 Anderes, bitte präzisieren:
 Weiss nicht

9.4

Angenommen, Sie entscheiden sich, Ihren landwirtschaftlichen Beruf aufzugeben: Welche der folgenden Dinge wären für Sie die 3 wahrscheinlichsten Gründe, Ihren landwirtschaftlichen Beruf aufzugeben? Nennen Sie bitte 3 Dinge.

- Finanzieller Druck
- Zu wenig Freizeit/Ferien
- Fehlende gesellschaftliche Anerkennung
- Einsamkeit
- Streitigkeiten im Betrieb, der Familie oder Nachbarschaft
- Politischer oder gesellschaftlicher Druck
- Gesundheitliche Probleme
- Unregelmässige/lange Arbeitszeiten
- Probleme, eine Nachfolge für den Betrieb zu finden
- Anderes, bitte präzisieren:
- Weiss nicht

Erkrankungen und Unfälle

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

10.1

Hat Ihnen ein Arzt je gesagt, dass Sie eine der folgenden Krankheiten haben?

Bitte für jede Krankheit (a-l) nur eine Antwort ankreuzen. Falls Sie eine Arzt diagnose für eine Krankheit haben, beantworten Sie bitte zusätzlich die Frage in den grau eingefärbten Feldern.

		In welchem Jahr wurde das ungefähr zum ersten Mal diagnostiziert?	Nehmen Sie regelmässig vom Arzt verschriebene Medikamente für diese Krankheit/Beschwerden?
a	Rückenschmerzen über 3 Monate oder länger und zwar fast täglich	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b	Arthrose bzw. Gelenkverschleiss	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c	Asthma	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<p>d Chronische Bronchitis oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</p>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>e Allergien (Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie, Ekzem, Insektengiftallergie etc.)</p>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>f Herz-Kreislaufkrankungen (Herzinfarkt, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen etc.)</p>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>g Zuckerkrankheit bzw. Diabetes mellitus (inkl. Diabetesdiagnose während der Schwangerschaft)</p>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>h Krebs (Wenn ja: Welche Krebsart? )</p>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<p>i Schlaganfall</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>j Parkinson-Syndrom, auch Schüttellähmung genannt</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>k Depression oder Angststörung</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>l Unfall/Verletzung/Sturz mit Arztbesuch (Wenn ja: Geschah dies bei der Arbeit oder in der Freizeit?) <input type="checkbox"/> Arbeit <input type="checkbox"/> Freizeit)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

10.2	<p>Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten an folgenden Orten? Eine Überweisung von einem Spital in ein anderes zählt als ein Mal. Falls Sie in den letzten 12 Monaten an keinem dieser Orte waren, schreiben Sie bitte die Zahl 0 hin.</p>
a	<input type="checkbox"/> Beim Arzt/Hausarzt für eine ambulante Behandlung <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Mal <input type="checkbox"/> Weiss nicht </div>
b	<input type="checkbox"/> Im Spital/in einer Spezialklinik (ohne Übernachtung) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Mal <input type="checkbox"/> Weiss nicht </div>
c	<input type="checkbox"/> Im Spital/in einer Spezialklinik (mit Übernachtung) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Mal <input type="checkbox"/> Weiss nicht </div>
d	<input type="checkbox"/> In einer medizinischen Notfallaufnahme <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Mal <input type="checkbox"/> Weiss nicht </div>
e	<input type="checkbox"/> Anderes, bitte präzisieren: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Mal </div>

Abschliessende Frage

11.1	<p>Dürfen wir Sie für eine zukünftige Gesundheitsbefragung oder –studie (z.B. einen Folge-Gesundheitsfragebogen) erneut kontaktieren?</p>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ihre Meinung ist gefragt

12.1

Falls Sie uns noch etwas mitteilen wollen, finden Sie hier Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik. Ihre Meinung ist uns wichtig.

**Herzlichen Dank für Ihre Antworten und Rückmeldungen!
Wir schätzen Ihre Teilnahme sehr.
Ihr Swiss TPH Team**

FarmCoSwiss: Questionnaire sur la santé des personnes dans l'agriculture suisse et de leurs partenaires

Cher participant, chère participante

L'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH) étudie avec ce questionnaire l'état de **santé général et le bien-être des personnes travaillant dans l'agriculture suisse et de leur conjoint(e) ou partenaire** (ci-après dénommé(e) "partenaire" pour simplifier). Par votre participation, vous apportez une contribution importante à l'évaluation et à l'amélioration de la santé de la population agricole en Suisse. Veuillez remplir le questionnaire sans interruption. Cela vous prendra environ 40 minutes.

Nous prenons très au sérieux le respect de la protection des données et de la confidentialité. Toutes les données recueillies sont donc traitées de manière **strictement confidentielle**, analysées **sous forme cryptée** et utilisées exclusivement à des fins scientifiques.

Selon que

- a) vous travaillez vous-même dans l'agriculture ou
- b) vous travaillez en dehors de l'agriculture, mais que votre partenaire travaille dans l'agriculture,

vous répondrez à d'autres questions du questionnaire.

Les questions qui peuvent être sautées pour certaines personnes sont clairement indiquées par une flèche. ➡

Si vous avez des questions ou des doutes, vous pouvez contacter l'équipe de l'étude au 061 284 89 29 ou en écrivant à l'adresse e-mail suivante: farmcoswiss@swisstph.ch.

Merci beaucoup pour votre participation!

Prof. Nicole Probst-Hensch

Questionnaire papier

Veillez remplir le questionnaire avec un stylo à bille noir ou bleu.

Veillez renvoyer le questionnaire dûment rempli dans l'enveloppe pré-affranchie et pré-adressée ci-jointe à l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse.

Merci beaucoup!

Questions initiales

0

Veillez indiquer la date à laquelle vous remplissez le questionnaire.

--	--	--	--	--	--	--	--

Jour

Mois

Année

0.1

Travaillez-vous sur une exploitation agricole?

Par "travailler", nous entendons les personnes qui exercent une activité indépendante, qui sont employées (à temps plein ou à temps partiel) ou en formation, ou qui effectuent un travail saisonnier ou une aide bénévole sur une exploitation agricole (p. ex. en tant que membre de la famille ou partenaire). Les activités sur l'exploitation agricole peuvent être de nature agricole ou administrative.

➔ Si non: Veuillez passer directement à la question 0.2.

Oui

Non

0.1.1

**Si vous travaillez vous-même sur une exploitation agricole: Est-ce que d'autres personnes qui travaillent sur la même exploitation agricole que vous participent également à cette enquête (à l'exception de votre partenaire)?
Si oui: Combien de personnes?**

Oui

Non

Ne sais pas

Si oui: Nombre de personnes:

0.2

Votre partenaire participe-t-il/elle aussi à cette enquête?

Oui

Non

Ne sais pas

Je n'ai pas de partenaire.

0.2.1

Si votre partenaire participe également à l'enquête: Veuillez indiquer le prénom, le nom de famille et la date de naissance de votre partenaire.

Nous avons besoin de ces informations pour pouvoir vous mettre en relation avec votre partenaire.

➡ Si non, ne sais pas ou pas de partenaire: Veuillez passer directement au chapitre "Informations de contact".

Prénom:

.....

Nom de famille:

.....

Date de naissance:

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

Jour

Mois

Année

Dans ce questionnaire, certaines questions se rapportent à l'exploitation agricole sur laquelle vous travaillez. Veuillez répondre à ces questions pour l'exploitation sur laquelle vous avez travaillé la plupart du temps au cours des **12 derniers mois**. Si vous ne travaillez pas vous-même dans l'agriculture, veuillez répondre à ces questions pour l'exploitation dans laquelle votre partenaire a travaillé le plus longtemps au cours des 12 derniers mois. Toutes les données seront traitées de manière strictement confidentielle.

Informations de contact

1.1

Veuillez indiquer votre prénom et votre nom de famille.

Prénom:

.....

Nom de famille:

.....

1.2

L'adresse de votre résidence et/ou de l'exploitation que vous avez indiquée lors de votre inscription à l'étude ont-elles changé depuis?

Oui

Nouvelle adresse de résidence:

A partir de quand cette nouvelle
adresse de résidence est-elle
valable? (JJ/MM/AAAA)

.....

Nouvelle adresse d'exploitation:

À partir de quand cette nouvelle
adresse d'exploitation est-elle
valable? (JJ/MM/AAAA)

.....

Non

1.3

Le numéro de téléphone ou l'adresse e-mail que vous avez indiqués lors de votre inscription ont-ils changé depuis?

Oui

Nouveau numéro de téléphone:

Nouvelle adresse e-mail:

Non

Informations professionnelles

2.1

Quel est votre niveau d'études le plus élevé?

Veillez ne cocher qu'une seule réponse.

- Enseignement primaire et secondaire obligatoire
- Apprentissage/École professionnelle/École de commerce
- École cantonale/gymnase
- École technique ou professionnelle supérieure
- Université/Haute école
- Autre, veuillez préciser:

2.2

Quelle est votre formation agricole de base?

Plusieurs réponses sont possibles.

- Pas de formation agricole de base
- Agropraticien/ne (AFP)
- Agriculteur/trice
- Spécialiste de la volaille
- Maraîcher/chère
- Expert(e) en fruits
- Viticulteur/trice
- Technicien//ne vitivinicole (ES)
- Autres, veuillez préciser:

2.3

Quelle est votre formation professionnelle agricole supérieure ?

Plusieurs réponses sont possibles.

- Pas de formation professionnelle agricole supérieure
- Paysanne/responsable de ménage agricole
- Examen professionnel agricole (école de chef/fe d'exploitation)
- Examen professionnel supérieur/examen de maîtrise (école de chef/fe d'exploitation 2)
- École supérieure: agrocommerçant.e
- École professionnelle supérieure: agrotechnicien/ne
- École professionnelle supérieure: technicien/ne viticole
- Autres, veuillez préciser:

2.4

Combien d'années au total de votre vie avez-vous travaillé sur une exploitation agricole? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.

- | Jamais | 1-5 ans | 6-10 ans | 11-20 ans | 21-30 ans | Plus de 30 ans |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.5

Combien d'années au total de votre vie avez-vous vécu sur une exploitation agricole? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.

- | Jamais | 1-5 ans | 6-10 ans | 11-20 ans | 21-30 ans | Plus de 30 ans |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.6

Avez-vous grandi sur une exploitation agricole?

Veillez ne cocher qu'une seule réponse.

Oui

Non

Autre, veuillez préciser:

.....

Activité professionnelle

3.1

Quelle position professionnelle occupez-vous sur l'exploitation agricole? Plusieurs réponses sont possibles.

➔ Si vous ne travaillez pas sur une exploitation agricole, veuillez passer directement à la question 3.1.1.

- a (Co)gérant.e (direction de l'entreprise)
- b Collaboration dans une entreprise familiale (avec revenu soumis à l'AVS)
- c Collaboration dans une entreprise familiale (sans revenu soumis à l'AVS)
- d Employé.e avec fonction de chef/fe (collaborateurs/trices subordonné.e.s)
- e Employé.e sans fonction de chef/fe (pas de collaborateurs/trices subordonné.e.s)
- f Retraité.e avec activité professionnelle
- g En formation
- h Autre, veuillez préciser:

.....

3.1.1	<p>Si vous ne travaillez pas sur une exploitation agricole: Quelle est votre situation professionnelle actuelle? Plusieurs réponses sont possibles.</p> <p>➔ Si vous travaillez sur une exploitation agricole, veuillez passer directement à la question 3.2.</p>
a	<input type="checkbox"/> Indépendant.e
b	<input type="checkbox"/> Employé.e avec fonction de chef/fe (collaborateurs/trices subordonné.e.s)
c	<input type="checkbox"/> Employé.e sans fonction de chef/fe (pas de collaborateurs/trices subordonné.e.s)
d	<input type="checkbox"/> Retraité.e
e	<input type="checkbox"/> En formation
f	<input type="checkbox"/> Femme/homme au foyer
g	<input type="checkbox"/> Invalid.e
h	<input type="checkbox"/> À la recherche d'un emploi
i	<input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser:

3.2	<p>Travaillez-vous dans l'agriculture à titre principal ou secondaire?</p> <p>Un travail est considéré comme une activité principale lorsqu'il dépasse nettement les autres activités lucratives en termes d'importance économique et de temps consacré. Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.</p> <p>➔ Si vous ne travaillez pas sur une exploitation agricole, veuillez passer directement à la question 3.2.1.</p>
	<input type="checkbox"/> Profession principale <input type="checkbox"/> Activité secondaire <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser:

3.2.1	<p>Si vous ne travaillez pas sur une exploitation agricole: Quel est votre charge de travail? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.</p> <p>➔ Si vous travaillez sur une exploitation agricole, veuillez passer directement à la question 3.4.</p>
	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser:

3.3

Si vous ne travaillez pas dans une exploitation agricole: Dans quel secteur économique travaillez-vous actuellement? Plusieurs réponses sont possibles.

➡ Si vous travaillez sur une exploitation agricole, veuillez passer directement à la question 3.4.

- a Industrie manufacturière (p. ex. production de biens)/Approvisionnement en énergie
- b Construction
- c Commerce et réparation/Transports et entreposage/Restauration
- d Information et communication
- e Activités financières et d'assurance
- f Immobilier/Autres services économiques
- g Travail indépendant/Services administratifs, techniques ou scientifiques
- h Administration publique/Éducation/Santé et affaires sociales
- i Art/Divertissement/Autres services
- j Autre, veuillez préciser:

3.4

Travaillez-vous également dans une profession autre que l'agriculture?

Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.

➡ Si vous ne travaillez pas sur une exploitation agricole, veuillez passer directement au chapitre "Santé générale" .

- Non
- Oui, toute l'année et moins de 50% du temps de travail
- Oui, toute l'année et 50% ou plus du temps de travail
- Oui, uniquement pendant la saison **froide** et **moins de 50%** du temps de travail
- Oui, uniquement pendant la saison **froide** et **50% ou plus** du temps de travail
- Oui, uniquement pendant la saison **chaude** et **moins de 50%** du temps de travail
- Oui, uniquement pendant la saison **chaude** et **50% ou plus** du temps de travail
- Autre, veuillez préciser:

Si oui: Veuillez indiquer le titre de votre profession en dehors de l'agriculture.

Titre de la profession:

➔ Si vous ne travaillez pas vous-même sur une exploitation agricole, veuillez sauter toutes les questions du chapitre "Gestion de la ferme et structure budgétaire" et passer directement au chapitre "Santé générale".

Gestion de la ferme et structure du ménage

4.1

Qui est propriétaire de l'exploitation agricole?

Plusieurs réponses sont possibles.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vous-même | <input type="checkbox"/> Votre partenaire | <input type="checkbox"/> Votre père/mère |
| <input type="checkbox"/> Votre frère/sœur | <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille | <input type="checkbox"/> Personne non apparentée |
| <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser: | | |

4.2

Quelle est l'orientation économique de l'exploitation agricole?

Plusieurs réponses sont possibles.

- Elevage de bétail sur pâturage - élevage laitier
- Elevage de bétail sur pâturage - production de viande
- Exploitation axée sur la transformation - élevage de porcs
- Exploitation axée sur la transformation - élevage de volailles
- Exploitation agricole
- Exploitation de cultures spéciales (p. ex. fruits, légumes, baies ou vignes)
- Entreprise horticole
- Exploitation forestière
- Autre, veuillez préciser:

4.3

Quelles cultures sont présentes et/ou exploitées sur le domaine et combien d'hectares environ par culture y a-t-il? Si aucune culture n'est pratiquée sur l'exploitation, veuillez sauter cette question. Plusieurs réponses sont possibles.

	Hectares				
	Moins de 5	5-10	11-20	21-50	Plus de 50
<input type="checkbox"/> Céréales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Légumineuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oléagineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Betterave à sucre/ Betteraves fourragères/pommes de terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fruits/fruits à noyau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Baies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Forêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres, veuillez préciser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					

4.4

Quelle est la taille approximative de l'exploitation?
Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.

- Moins de 5 hectares
- 5-10 hectares
- 11-20 hectares
- 21-50 hectares
- Plus de 50 hectares

4.5

Quelle forme de production est pratiquée sur l'exploitation?
Plusieurs réponses sont possibles.

- Conventiennelle
- Production intégrée (PI)
- Biologique
- Actuellement en reconversion vers la production biologique
- Autre, veuillez préciser:

4.6

Depuis combien d'années environ ce mode de production est-il pratiqué, resp. depuis combien de temps êtes-vous en reconversion vers la production biologique? Plusieurs réponses sont possibles.

- Conventiennelle: _____
(en années entières)
- Production intégrée: _____
(en années entières)
- Biologique: _____
(en années entières)
- Conversion vers la production biologique: _____
(en années entières)
- Autre: _____
(en années entières)

4.7

Quelles sont les trois principales sources de revenus de l'exploitation? Veuillez citer 3 produits ou services qui génèrent les recettes les plus importantes pour l'exploitation. Les réponses peuvent être données dans n'importe quel ordre.

- 1
.....
- 2
.....
- 3
.....

4.8

Combien de personnes vivent en permanence ou pour une longue durée dans votre ménage, y compris vous-même ?

Nombre d'adultes (y compris vous-même):

Nombre de personnes de moins de 18 ans:

4.9

Combien de personnes travaillent sur l'exploitation, y compris vous-même ?

Cela comprend les collaborateurs/trices à temps partiel et à temps plein, les collaborateurs/trices saisonniers/ières, ainsi que, p.ex., les membres de la famille qui travaillent sur l'exploitation sans être rémunéré.e.s.

Saison froide

Nombre d'adultes (y compris vous-même) :

--	--	--

Saison chaude

Nombre d'adultes (y compris vous-même) :

--	--	--

Santé générale

5.1

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

Veillez ne cocher qu'une seule réponse.

Excellente
 Très bonne
 Bonne
 Médiocre
 Mauvaise

5.2

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité.e en raison de votre état de santé actuel.

Veillez ne cocher qu'une seule réponse par activité (a-b). Si les exemples d'activités ne vous concernent pas, répondez à la question pour une activité d'une intensité physique similaire.

		Oui, beaucoup limité.e	Oui, un peu limité.e	Non, pas du tout limité.e
a	Efforts physiques modérés, tels que déplacer une table, passer l'aspirateur ou jouer aux boules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3

Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous rencontré les difficultés suivantes au travail ou dans d'autres activités quotidiennes au travail ou à la maison en raison de votre état de santé physique?

Veillez ne cocher qu'une seule réponse pour chaque affirmation (a-b).

		En permanence	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a	J'ai accompli moins de choses que j'aurais souhaité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	J'ai dû arrêter de faire certaines choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4	Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous rencontré les difficultés suivantes au travail ou dans d'autres activités quotidiennes au travail ou à la maison en raison de votre <u>état de santé émotionnel</u> (comme vous sentir triste, nerveux.se ou déprimé.e)?	Veillez ne cocher qu'une seule réponse par affirmation (a-b).				
		En permanence	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a	J'ai accompli moins de choses que j'aurais souhaité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	J'ai fait ce que j'avais à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5	Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité.e dans votre travail ou vos activités domestiques?	Veillez ne cocher qu'une seule réponse.				
	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un petit peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Enormément					

5.6	Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti.e au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.	Veillez ne cocher qu'une seule réponse par affirmation (a-c).				
	Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti.e	En permanence	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a	calme et détendu.e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	débordant.e d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	triste et déprimé.e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.7	Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné.e dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?	Veillez ne cocher qu'une seule réponse.				
	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais					

Activité physique, alimentation, alcool et tabac

6.1 Combien d'heures par jour environ passez-vous assis.e?

- | | | | |
|---|---|---|-----------------|
| a | Lors d'une journée de <u>travail</u> durant la saison <u>froide</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Heures par jour |
| b | Lors d'un jour de <u>repos</u> durant la saison <u>froide</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Heures par jour |
| c | Lors d'une journée de <u>travail</u> durant la saison <u>chaude</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Heures par jour |
| d | Lors d'un jour de <u>repos</u> durant la saison <u>chaude</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Heures par jour |

6.2

Combien de jours par semaine, dans le cadre de votre profession agricole, êtes-vous physiquement actif/ve pendant 30 minutes ou plus au total, au point d'être essoufflé.e ou de transpirer? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.

➔ Si vous ne travaillez pas sur une exploitation agricole, veuillez passer directement à la question 6.2.1.

		Jours par semaine							
a	Saison froide	0	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Jours par semaine							
b	Saison chaude	0	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2.1

Si vous ne travaillez pas sur une exploitation agricole: Combien de jours par semaine, dans le cadre de votre profession, êtes-vous physiquement actif/ve pendant 30 minutes ou plus au total, au point d'être essoufflé.e ou de transpirer?
Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.

➡ Si vous travaillez sur une exploitation agricole, veuillez passer directement à la question 6.3.

Jours par semaine

a Saison froide	0	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jours par semaine

b Saison chaude	0	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je n'exerce pas d'activité professionnelle.

6.3

Combien de jours par semaine, pendant vos loisirs, pratiquez-vous une activité physique d'une durée totale de 30 minutes ou plus, au point d'être essoufflé.e ou de transpirer? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.

Jours par semaine

a Saison froide	0	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jours par semaine

b Saison chaude	0	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.4

En général, combien de jours par semaine mangez-vous... ?
Veuillez ne cocher qu'une seule réponse pour chaque produit (a-d).

Jours par semaine

	Jamais	Moins d'une jour par semaine	1	2	3	4	5	6	7	Ne sais pas
a Viande rouge ou saucisse	<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"/>
b Légumes cuits	<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"/>
c Légumes crus ou salade	<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"/>
d Fruits	<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"/>

6.5		Combien de portions ... consommez-vous en moyenne par jour? Une portion correspond à environ une poignée/une grosse tomate. Veuillez ne cocher qu'une seule réponse pour chaque produit (a-c).				
		Moins d'une portion	1 portion	2-4 portions	5 portions ou plus	Ne sais pas
a	Légumes crus ou salade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Légumes cuits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.6		À quelle fréquence consommez-vous les boissons alcoolisées suivantes ? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse pour chaque boisson (a-b).			
		Jamais	1 à 4 fois par mois ou moins	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
a	Bière/vin/vin moussoux/moût fermenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Eau de vie/liqueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.7		Consommez-vous l'un des produits du tabac suivants ? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse pour chaque produit (a-c).			
		Jamais fumé	Avant, plus maintenant	Oui, certains jours	Oui, tous les jours
a	Cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Cigarette électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Autres produits du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.8		Quel est votre poids approximatif ? En cas de grossesse : quel était votre poids approximatif au début de la grossesse ? Veuillez indiquer si le poids est une estimation de votre part ou si vous vous êtes pesée.							
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	<input type="checkbox"/>	estimé	<input type="checkbox"/>	pesé

6.9

Quelle est votre taille approximative ?

--	--	--

cm

➔ Si vous ne travaillez pas vous-même sur une exploitation agricole, veuillez sauter toutes les questions du chapitre "Votre évaluation des risques dans votre travail quotidien" et passer directement au chapitre "Qualité de vie, sommeil et stress".

Votre évaluation des risques dans votre travail quotidien

Dans la recherche sur la santé dans le secteur agricole, on distingue en principe 5 domaines de risques:

- Physiques (p. ex. position assise prolongée, travail manuel)
- Chimiques (p. ex. engrais, produits phytosanitaires, gaz et autres substances dangereuses)
- Biologiques (p. ex. maladies transmissibles, pollen, poussière)
- Psychosociaux (p. ex. isolement social, conflits/litiges, stress/pression)
- Liés à l'environnement (p. ex. tempêtes, chaleur/froid, glissements de terrain)

Nous souhaiterions savoir









a) **la fréquence moyenne à laquelle** vous avez été exposé.e, **au cours des 12 derniers mois, à des** risques individuels relevant de ces cinq domaines dans votre **activité professionnelle agricole quotidienne** et









b) **à quel point** vous estimez que chaque risque **est dangereux pour la santé, indépendamment de la fréquence à laquelle vous avez été personnellement exposé.e.**









Quatre activités (risques) sont listées par domaine. Sur la dernière ligne libre, vous pouvez encore écrire vous-même un risque qui, selon vous, devrait encore absolument être mentionné et cocher les cases correspondantes.

"Jamais" signifie que de telles activités sont effectuées sur l'exploitation, mais pas par vous, ou que d'autres personnes sont exposées à de tels risques, mais pas vous.

"Non pertinent" signifie que personne n'effectue de telles activités/n'est exposé à de tels risques dans l'exploitation agricole.

7.1	Risques physiques: Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence en moyenne avez-vous exercé les activités suivantes (a-d) dans votre travail agricole quotidien? Indépendamment de la fréquence à laquelle vous les avez exercées, quel est le degré de nocivité de chacune d'entre elles à vos yeux?									
	Fréquence						Nocivité pour la santé			
	Jamais	Rarement	Occasionnelle- ment	Souvent	Toujours	Non pertinent	Pas nocif pour la santé	Légèrement	Assez	Très nocif pour la santé
										
a	Travaux physiques lourds (p. ex. porter des charges, tondre manuellement)	<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"/>
b	Conduite de grands véhicules/machines	<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"/>
c	Travailler en hauteur ou sur des terrains difficiles (p. ex. sur une échelle/un toit ou sur des pentes)	<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"/>
d	Rester assis.e pendant une longue durée (4 heures ou plus d'affilée)	<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"/>
e	<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"/>

7.2	Risques chimiques: Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence en moyenne avez-vous exercé les activités suivantes (a-d) dans votre travail agricole quotidien? Indépendamment de la fréquence à laquelle vous les avez exercées, quel est le degré de nocivité de chacune d'entre elles à vos yeux?	Fréquence						Nocivité pour la santé			
		Jamais	Rarement	Occasionnelle- ment	Souvent	Toujours	Non pertinent	Pas nocif pour la santé	Légèrement	Assez	Très nocif pour la santé
											
a	Épandage d'engrais	<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"/>
b	Mélange et/ou application de produits phytosanitaires (p. ex. herbicides, fongicides ou insecticides)	<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"/>
c	Activités impliquant un contact avec des gaz ou des fumées (p. ex. de lisier)	<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"/>
d	Utilisation de produits de nettoyage corrosifs (p. ex. nettoyeur pour machines agricoles)	<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"/>
e	<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"/>

7.3	Risques biologiques: Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence en moyenne avez-vous exercé les activités suivantes (a-d) dans votre travail agricole quotidien? Indépendamment de la fréquence à laquelle vous les avez exercées, quel est le degré de nocivité de chacune d'entre elles à vos yeux?									
	Fréquence						Nocivité pour la santé			
	Jamais	Rarement	Occasionnelle- ment	Souvent	Toujours	Non pertinent	Pas de nocif pour la santé	Légèrement	Assez	Très nocif pour la santé
										
a	entrez en contact avec <u>du pollen/des spores</u> (p. ex. pollen de graminées ou spores de champignons)									
b	entrez en contact avec <u>de la poussière</u> (p. ex. poussière de bois ou de foin)									
c	entrez en contact avec <u>des animaux ou des excréments d'animaux</u> (p. ex. contact sans clôture/attache des animaux ou par du fumier/sang)									
d	pouvez être piqué.e.s ou mordu.e.s par des <u>insectes</u> (p. ex. abeilles ou tiques)									
e									









7.4	Risques psychosociaux: Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence en moyenne avez-vous été exposé.e aux risques psychosociaux suivants (a-d) dans votre travail agricole quotidien? Indépendamment de la fréquence à laquelle vous avez été personnellement exposé.e: Dans quelle mesure considérez-vous que ces différents risques sont dangereux pour la santé?										
	Fréquence						Nocivité pour la santé				
	Jamais	Rarement	Occasionnelle- ment	Souvent	Toujours	Non pertinent	Pas nocif pour la santé	Légèrement	Assez	Très nocif pour la santé	
a	Conflits (p. ex. avec des collaborateurs/trices, dans la famille ou le voisinage)	<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"/>	
b	Problèmes de sommeil	<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"/>	
c	Stress/pression	<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"/>	
d	Solitude	<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"/>	
e	<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"/>	

7.5

Risques liés à l'environnement:

Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence en moyenne avez-vous été exposé.e aux risques environnementaux suivants (a-d) dans votre activité agricole quotidienne ?

Indépendamment de la fréquence à laquelle vous avez été personnellement exposé.e: Dans quelle mesure considérez-vous que les différents risques sont dangereux pour la santé ?

		Fréquence					Nocivité pour la santé				
		Jamais	Rarement	Occasionnelle- ment	Souvent	Toujours	Non pertinent	Pas de nocif pour la santé	Légèrement	Assez	Très nocif pour la santé
											
a	Travailler à l'extérieur en plein soleil	<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"/>
b	Tempêtes (p. ex. grêle, foudre ou précipitations abondantes)	<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"/>
c	Glissements de terrain/avalanches	<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"/>
d	Bruit	<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"/>
e	<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"/>

Qualité de vie, sommeil et stress

8.1		Vous trouverez ci-dessous 12 questions et affirmations (a-l). Veuillez répondre à chaque question sur une échelle de 0 à 10. Veuillez ne cocher qu'une seule réponse pour chaque question/affirmation (a-l).										
		0 =							10 =			
		<i>Pas du tout satisfait.e</i>							<i>Entièrement satisfait.e</i>			
a	D'une manière générale, à quel point êtes-vous satisfait.e de votre vie?	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"/>
		0 =							10 =			
		<i>Pas heureux/se du tout</i>							<i>Très heureux/se</i>			
b	D'une manière générale, à quel point vous sentez-vous heureux/se ou malheureux/se?	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"/>
		0 =							10 =			
		<i>Mauvaise</i>							<i>Excellente</i>			
c	D'une manière générale, comment évaluez-vous votre santé physique?	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"/>
		0 =							10 =			
		<i>Mauvaise</i>							<i>Excellente</i>			
d	D'une manière générale, comment évaluez-vous votre santé mentale?	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"/>
		0 =							10 =			
		<i>Pas du tout gratifiant</i>							<i>Très gratifiant</i>			
e	D'une manière générale, dans quelle mesure avez-vous le sentiment que ce que vous faites dans la vie est utile et gratifiant?	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"/>
		0 =							10 =			
		<i>Pas du tout d'accord</i>							<i>Complètement d'accord</i>			
f	Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante: "Je sais quel est le sens de ma vie"?	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"/>

	0 = <i>Ne s'applique pas à moi</i>											10 = <i>S'applique complètement à moi</i>
g	Dans quelle mesure l'affirmation suivante s'applique-t-elle à vous: "J'agis toujours de manière à promouvoir le bien dans tous les cas, même dans des situations difficiles et stimulantes"?	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"/>
	0 = <i>Ne s'applique pas à moi</i>											10 = <i>S'applique complètement à moi</i>
h	Dans quelle mesure l'affirmation suivante s'applique-t-elle à vous: "Je peux renoncer à une partie de mon bonheur aujourd'hui si, grâce à ce renoncement, mon bonheur sera d'autant plus grand plus tard"?	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"/>
	0 = <i>Pas du tout d'accord</i>											10 = <i>Complètement d'accord</i>
i	Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante: "Je suis satisfait.e des amitiés et des relations que j'ai"?	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"/>
	0 = <i>Pas du tout d'accord</i>											10 = <i>Complètement d'accord</i>
j	Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante: "Mes relations sont aussi satisfaisantes que je le souhaiterais"?	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"/>
	0 = <i>Je m'inquiète toujours</i>											10 = <i>Je ne m'inquiète jamais</i>
k	À quelle fréquence vous inquiétez-vous de ne pas pouvoir faire face aux dépenses mensuelles normales de la vie?	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"/>
	0 = <i>Je m'inquiète toujours</i>											10 = <i>Je ne m'inquiète jamais</i>
l	À quelle fréquence vous faites-vous du souci en matière de sécurité, d'alimentation ou de logement?	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"/>

8.2	Combien d'heures par nuit avez-vous dormi en moyenne au cours des 12 derniers mois ? Cela ne doit pas correspondre au nombre d'heures que vous avez passées au lit. Veuillez indiquer les heures entières.
a Saison froide	<input type="text"/> <input type="text"/> par nuit
b Saison chaude	<input type="text"/> <input type="text"/> par nuit

8.3	Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la qualité de votre sommeil au cours des 12 derniers mois ? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.
	Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
a Saison froide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b Saison chaude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8.4	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de... Veuillez ne cocher qu'une seule réponse pour chaque question (a-d).
	Jamais Rarement Quelquefois Souvent
a Avoir du mal à vous endormir?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b Avoir un sommeil agité?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c Vous réveiller plusieurs fois durant la nuit?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d Vous réveiller trop tôt le matin ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8.5	Sur une échelle de 1 à 6, comment évalueriez-vous votre capacité à gérer le stress ? (1 = je peux me débarrasser du stress, 6 = le stress me ronge) Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.
Je peux me débarrasser du stress	Le stress me ronge
1	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.6 Au cours des 12 derniers mois, comment évalueriez-vous votre niveau de stress dans votre vie (à la maison et au travail) ? (1 = pas de stress, 6 = stress extrême) Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.						
a Saison froide	Pas de stress 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Stress extrême 6 <input type="checkbox"/>
b Saison chaude	Pas de stress 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Stress extrême 6 <input type="checkbox"/>

8.7 Comment les aspects suivants de votre santé ont-ils globalement évolué pendant la pandémie de coronavirus (depuis mars 2020)? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse pour chaque aspect (a-e).					
	Bien pire	Plutôt pire	Pas du tout changé	Plutôt mieux	Bien mieux
a Santé physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Qualité de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Qualité du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Mode de vie (alimentation, activité physique, consommation d'alcool/de tabac)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfaction au travail

9.1 Au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure avez-vous été globalement satisfait.e de votre travail sur l'exploitation agricole? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.	
➔	Si vous ne travaillez pas dans une exploitation agricole, veuillez passer directement à la question 9.1.1.
<input type="checkbox"/>	Très satisfait.e
<input type="checkbox"/>	Plutôt satisfait.e
<input type="checkbox"/>	En partie satisfait.e
<input type="checkbox"/>	Plutôt insatisfait.e
<input type="checkbox"/>	Très insatisfait.e

9.1.1	Si vous ne travaillez pas dans une exploitation agricole: Au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure avez-vous été globalement satisfait.e de votre travail? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.
<input type="checkbox"/> Très satisfait.e <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait.e <input type="checkbox"/> En partie satisfait.e <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait.e <input type="checkbox"/> Très insatisfait.e	

9.2	Indépendamment du fait qu'il s'agissait d'un travail rémunéré ou non (p. ex. travail ménager), à quelle fréquence avez-vous travaillé au cours des 12 derniers mois...				
Saison froide		Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent
a	Plus de 5 jours par semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Plus de 10 heures par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saison chaude					
c	Plus de 5 jours par semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Plus de 10 heures par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3	Parmi les éléments suivants, quelles sont les 3 principales raisons qui vous ont poussé à choisir votre métier d'agriculteur/trice? Veuillez citer trois éléments parmi les propositions suivantes.	
➔ Si vous ne travaillez pas dans une exploitation agricole, veuillez passer directement au chapitre "Maladies et accidents".		
<input type="checkbox"/> Sécurité financière <input type="checkbox"/> Liberté d'organiser son travail de manière autonome <input type="checkbox"/> Sens de la profession <input type="checkbox"/> Relations sociales avec les collaborateurs/trices, les connaissances, la famille et/ou les voisin.e.s <input type="checkbox"/> Horaires de travail flexibles <input type="checkbox"/> Reconnaissance sociale <input type="checkbox"/> Travail physique/travail en plein air dans la nature <input type="checkbox"/> Sécurité de l'emploi <input type="checkbox"/> Autres, précisez: <input type="checkbox"/> Ne sais pas		

9.4

Supposons que vous décidiez d'abandonner votre métier d'agriculteur/trice:
Parmi les éléments suivants, quelles seraient pour vous les 3 raisons les plus probables d'abandonner votre métier d'agriculteur/trice? Veuillez citer 3 éléments.

- Pression financière
- Trop peu de temps libre/vacances
- Manque de reconnaissance sociale
- Solitude
- Litiges au sein de l'entreprise, de la famille ou du voisinage
- Pression politique ou sociale
- Problèmes de santé
- Horaires de travail irréguliers/longs
- Difficultés à trouver une personne pour reprendre l'exploitation
- Autres, précisez:
- Ne sais pas

Maladies et accidents

Toutes les informations seront traitées de manière strictement confidentielle.

10.1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de l'une des maladies suivantes ? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse pour chaque maladie (a-l). Si vous avez un diagnostic médical pour une maladie, veuillez également répondre à la question dans les cases grisées.		En quelle année environ cela a-t-il été diagnostiqué pour la première fois ?	Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits par votre médecin pour cette maladie/ce problème?
a	Maux de dos pendant 3 mois ou plus, et ce presque tous les jours <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b	Arthrose ou usure des articulations <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c	Asthme <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<p>d Bronchite chronique ou broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)</p>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>e Allergies (rhume des foins, allergie alimentaire, eczéma, allergie aux venins d'insectes, etc.)</p>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>f Maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, etc.)</p>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>g Diabète ou diabète sucré (y compris le diagnostic du diabète pendant la grossesse)</p>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>h Cancer (Si oui: quel type de cancer? )</p>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<p>i Attaque cérébrale</p>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>j Syndrome de Parkinson</p>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>k Dépression ou troubles anxieux</p>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>l Accident/blessure/chute avec visite chez le médecin (Si oui: cela s'est-il passé au travail ou pendant les loisirs?)</p> <p><input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> loisirs)</p>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

10.2	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé.e dans les lieux suivants? Un transfert d'un hôpital à un autre compte comme une fois. Si vous n'êtes pas allé.e dans l'un de ces lieux au cours des 12 derniers mois, veuillez inscrire le chiffre 0.	
a	<input type="checkbox"/> Chez le médecin/médecin de famille pour un traitement ambulatoire <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Fois	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
b	<input type="checkbox"/> A l'hôpital/dans une clinique spécialisée (sans nuitée) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Fois	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
c	<input type="checkbox"/> A l'hôpital/dans une clinique spécialisée (avec nuitée) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Fois	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
d	<input type="checkbox"/> Dans un service d'urgences médicales <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Fois	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
e	<input type="checkbox"/> Autre, veuillez précisez: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Fois	

Question finale

11.1	Pouvons-nous vous recontacter pour une future enquête ou étude sur la santé (par ex. un questionnaire de santé de suivi)?	
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Votre avis nous intéresse

12.1

Si vous avez encore quelque chose à nous dire, vous trouverez ici un espace pour vos suggestions, souhaits, commentaires ou critiques. Votre opinion nous est précieuse.

**Merci beaucoup pour vos réponses et vos réactions!
Nous vous sommes très reconnaissant.e.s pour votre participation.
Votre équipe Swiss TPH**

FarmCoSwiss: Questionario sulla salute delle persone attive nell'agricoltura svizzera e dei loro partner

Caro partecipante, cara partecipante

L'Istituto svizzero di salute pubblica e tropicale (Swiss TPH) utilizza questo questionario per indagare sulla **salute e il benessere** generale **delle persone attive nell'agricoltura svizzera e del loro partner o coniuge (di seguito indicato per semplicità come "partner")**. Partecipando, Lei dà un contributo importante alla valutazione e al miglioramento della salute della popolazione agricola in Svizzera. Si prega di completare il questionario senza interruzioni. La compilazione del questionario richiede circa 40 minuti.

Prendiamo molto sul serio il rispetto della protezione dei dati e della riservatezza. Tutte le informazioni raccolte sono quindi trattate in modo **strettamente confidenziale**, analizzate in **forma criptata** e utilizzate esclusivamente per scopi scientifici.

A seconda che

- a) si lavora nel settore agricolo o
- b) si lavora al di fuori dell'agricoltura, ma il Suo partner lavora nell'agricoltura, risponderà ad altre domande del questionario.

Le domande che possono essere saltate per alcune persone sono chiaramente indicate da una freccia. ➡

Se ha domande o se qualcosa non è chiaro, può contattare il team che si occupa dello studio al numero 061 284 89 29 o scrivendo un' email a farmcoswiss@swisstph.ch.

Grazie mille per la Sua partecipazione!

Prof. Dr Nicole Probst-Hensch

Questionario cartaceo

Si prega di compilare il questionario con una penna biro nera o blu.
Si prega di inserire il questionario compilato nella busta preaffrancata e preindirizzata allegata e di inviarlo all'Istituto Svizzero di salute pubblica e tropicale.

Grazie mille!

Domande introduttive

0 Si prega di indicare la data in cui si sta completando il questionario.

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

Giorno

Mese

Anno

0.1

Lavora in una azienda agricola? Per "lavorare" si intende le persone che svolgono un'attività autonoma, un lavoro dipendente (a tempo pieno o parziale) o una formazione, oppure che svolgono un lavoro stagionale o un aiuto volontario in un'azienda agricola (per esempio come familiari o partner). Le attività in l'azienda agricola possono essere di natura agricola o amministrativa.

➔ Se no: Passi direttamente alla domanda 0.2.

Sì

No

0.1.1

**Se Lei lavora in un'azienda agricola: Partecipano al questionario anche altre persone che lavorano nella Sua azienda agricola (tranne il Suo partner)?
Se sì: Quante persone?**

Sì

No

Non so

Se sì: Numero di persone:

0.2

Anche il Suo partner partecipa a questo questionario?

Sì

No

Non so

Non ho un partner.

0.2.1

Se anche il Suo partner partecipa al questionario: Indichi il nome, il cognome e la data di nascita del Suo partner.

Abbiamo bisogno di queste informazioni per poter abbinare Lei con il Suo partner.

➡ Se il Suo partner non partecipa, Lei non sa o Lei non ha un partner: Passi direttamente al capitolo "Informazioni di contatto."

Nome:

.....

Cognome:

.....

Data di nascita:

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

Giorno

Mese

Anno

In questo questionario, alcune si riferiscono all'azienda in cui lavora. Per favore, risponda a queste domande per l'azienda agricola in cui ha lavorato per la maggior parte del tempo negli ultimi 12 mesi. Se non lavora nel settore agricolo, risponda a queste domande per l'azienda in cui il Suo partner ha lavorato la maggior parte del tempo negli ultimi 12 mesi. Tutte le informazioni saranno tenute strettamente confidenziali.

Informazioni di contatto

1.1

Inserisca il Suo nome e cognome.

Nome:

.....

Cognome:

.....

1.2

Il Suo indirizzo di casa e/o dell'azienda agricola che ha fornito al momento della registrazione sono cambiati da allora?

Sì

Nuovo indirizzo di casa:

Da quando è valido questo nuovo indirizzo di casa? (GG/MM/AAAA)

.....

Nuovo indirizzo dell'azienda agricola:

Da quando è valido questo nuovo indirizzo dell'azienda agricola? (GG/MM/AAAA)

.....

No

1.3

Il Suo numero di telefono e/o il Suo indirizzo e-mail che ha fornito al momento della registrazione sono cambiati da allora?

Sì

Nuovo numero di telefono:

Nuovo indirizzo e-mail:

No

Dettagli professionali

2.1

Qual è il Suo titolo di studio più alto?

Si prega di barrare una sola risposta.

Scuola dell'obbligo (scuole elementari e scuole medie)

Apprendistato/Scuola professionale/Scuola di commercio

Liceo

Scuola tecnica superiore o professionale

Università/Scuola universitaria

Altro, si prega di specificare:

2.2

Qual è la Sua formazione agricola di base?

Sono possibili più risposte.

- Nessuna formazione agricola di base
- Tirocinante agricolo (EBA)
- Agricoltore/Agricoltrice
- Avicoltore/Avicoltrice
- Orticoltore/Orticoltrice
- Frutticoltore/Frutticoltrice
- Viticoltore/Viticoltrice
- Cantiniere/Cantiniera
- Altro, si prega di specificare:

2.3

Qual è la Sua formazione professionale superiore in agricoltura?

Sono possibili più risposte.

- Nessuna formazione professionale superiore in agricoltura
- Contadina/Responsabile dell'economia domestica rurale
- Esame professionale agrario (scuola per capo d'azienda)
- Esame professionale superiore/Maestria (scuola per capo d'azienda 2)
- Scuola specializzata superiore: Commerciante agrario/a
- Scuole specializzata superiore: Agrotecnico/a
- Scuola specializzata superiore: Tecnico/a vitivinicolo/a
- Altro, si prega di specificare:

2.4

Quanti anni della Sua vita in totale ha lavorato in un'azienda agricola?

Si prega di barrare una sola risposta.

- | Mai | 1-5 anni | 6-10 anni | 11-20 anni | 21-30 anni | Più di 30 anni |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.5

Quanti anni della Sua vita in totale ha vissuto in un'azienda agricola?

Si prega di barrare una sola risposta.

- | Mai | 1-5 anni | 6-10 anni | 11-20 anni | 21-30 anni | Più di 30 anni |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.6

È cresciuto/a in un'azienda agricola?

Si prega di barrare una sola risposta.

Sì

No

Altro, si prega di specificare:

.....

Attività lavorativa

3.1

In quale posizione professionale lavora in azienda? Sono possibili più risposte.

➔ Se non lavora in un'azienda agricola, passi direttamente alla domanda 3.1.1.

a (Co-)manager (gestione operativa)

b Lavoro in un'azienda a conduzione familiare (con reddito soggetto all'AVS)

c Lavoro in un'azienda a conduzione familiare (senza reddito soggetto all'AVS)

d Impiegato/a con una funzione di gestione (dipendente subordinato/a)

e Impiegato/a senza una funzione di gestione (nessun dipendente subordinato/a)

f In pensione con attività lavorativa

g In formazione

h Altro, si prega di specificare:

.....

3.1.1	<p>Se non lavora in un'azienda agricola: Qual è la Sua attuale situazione lavorativa? Sono possibili più risposte. ➡ Se lavora in un'azienda agricola, passare direttamente alla domanda 3.2.</p>
a	<input type="checkbox"/> Lavoratore indipendente
b	<input type="checkbox"/> Impiegato/a con una funzione di gestione (dipendente subordinato/a)
c	<input type="checkbox"/> Impiegato/a senza una funzione di gestione (nessun dipendente subordinato/a)
d	<input type="checkbox"/> In pensione
e	<input type="checkbox"/> In formazione
f	<input type="checkbox"/> Donna/Uomo di casa
g	<input type="checkbox"/> Invalido/a
h	<input type="checkbox"/> Alla ricerca di un lavoro
i	<input type="checkbox"/> Altro, si prega di specificare:

3.2	<p>Lavora in un'azienda agricola a tempo pieno o part-time? Un lavoro è considerato un'occupazione principale se supera chiaramente le altre attività lavorative in termini di importanza economica e di tempo dedicato. Si prega di barrare una sola risposta. ➡ Se non lavora in un'azienda agricola, passi direttamente alla domanda 3.2.1.</p>
	<input type="checkbox"/> A tempo pieno <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Altro, si prega di specificare:

3.2.1	<p>Se non si lavora in un'azienda agricola: Lavora a tempo pieno o part-time? Si prega di barrare una sola risposta. ➡ Se lavora in un'azienda agricola, passi direttamente alla domanda 3.4.</p>
	<input type="checkbox"/> A tempo pieno <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Altro, si prega di specificare:

3.3

Se non lavora in un'azienda agricola: In quale settore economico lavora attualmente? Sono possibili più risposte.

➡ Se lavora in un'azienda agricola, passi direttamente alla domanda 3.4.

- a Produzione (ad es. produzione di beni)/Fornitura di energia
- b Costruzione
- c Commercio e riparazioni/Trasporto e magazzinaggio/Ospitalità
- d Informazione e comunicazione
- e Settore del credito e delle assicurazioni
- f Immobili/Altri servizi economici
- g Lavoro indipendente/Servizi amministrativi, tecnici o scientifici
- h Pubblica amministrazione/Educazione/Sanità e lavoro sociale
- i Arte/Intrattenimento/Altri servizi
- j Altro, si prega di specificare:

3.4

Svolge anche una professione al di fuori dell'agricoltura?

➡ Se non lavora in un'azienda agricola, passi direttamente al capitolo "Salute generale" .

- No
- Sì, tutto l'anno e meno del 50% dell'orario lavorativo
- Sì, tutto l'anno e il 50% o più dell'orario lavorativo
- Sì, solo nella stagione **più fredda** e **meno del 50%** dell'orario lavorativo
- Sì, solo nella stagione **più fredda** e per **il 50% o più** dell'orario lavorativo
- Sì, solo nella stagione **più calda** e **meno del 50%** dell'orario lavorativo
- Sì, solo nella stagione **più calda** e per **il 50% o più** dell'orario lavorativo
- Altro, si prega di specificare:

Se sì, per favore indichi il titolo della Sua professione al di fuori dell'agricoltura.

Titolo di lavoro:

➔ Se non lavora in un'azienda agricola, salti tutte le domande del capitolo "Gestione dell'azienda agricola e struttura della famiglia" e passi direttamente al capitolo "Salute generale".

Gestione dell'azienda agricola e struttura della famiglia

4.1

Chi è il/la proprietario/a dell'azienda agricola?

Sono possibili più risposte.

- Lei stesso/a Suo/Sua partner Suo/Sua padre/madre
- Suo/Sua fratello/sorella Altro membro della famiglia Persona non parente
- Altro, si prega di specificare:

4.2

Qual è l'orientamento commerciale dell'azienda?

Sono possibili più risposte.

- Allevamento di bestiame da pascolo - allevamento di bestiame da latte
- Allevamento di bestiame da pascolo - produzione di carne
- Allevamento di perfezionamento - allevamento di maiali
- Allevamento di perfezionamento - allevamento di pollame
- Azienda dedicata alla campicoltura
- Azienda agricola con colture speciali (per esempio frutta, verdura, bacche o viti)
- Attività di orticoltura
- Azienda dedicata alla selvicoltura
- Altro, si prega di specificare:

4.3

Quali colture sono coltivate o gestite nell'azienda e approssimativamente quanti ettari per coltura? Se non c'è produzione agricola nell'azienda, si prega di saltare questa domanda. Sono possibili più risposte.

	Ettari				
	Meno di 5	5-10	11-20	21-50	Più di 50
<input type="checkbox"/> Cereali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Legumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Semi oleosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Barbabietole da zucchero/ Barbabietola da foraggio/Patate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verdura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frutta/Frutta a nocciolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bacche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Viti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Selve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro, si prega di specificare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					

4.4

Qual è la dimensione totale approssimativa dell'azienda agricola?

Si prega di barrare una sola risposta.

- Più piccola di 5 ettari
- 5-10 ettari
- 11-20 ettari
- 21-50 ettari
- Più grande di 50 ettari

4.5

Quale metodo di produzione viene utilizzato nell'azienda agricola?

Sono possibili più risposte.

- Convenzionale
- Produzione integrata (IP)
- Biologico
- Attualmente si sta effettuando una conversione alla produzione biologica
- Altro, si prega di specificare:

4.6

Da quanti anni viene usata questo metodo di produzione, rispettivamente da quanti anni si trova in un processo di conversione alla produzione biologica?
Sono possibili più risposte.

- Convenzionale: _____
(in anni interi)
- Produzione integrata: _____
(in anni interi)
- Biologico: _____
(in anni interi)
- Conversione alla produzione biologica: _____
(in anni interi)
- Altro: _____
(in anni interi)

4.7

Quali sono le tre principali fonti di reddito dell'azienda agricola? Indichi 3 prodotti o servizi che generano il maggior reddito per l'azienda.
Le risposte possono essere date in qualsiasi ordine.

1

.....

2

.....

3

.....

4.8

Quante persone vivono permanentemente o a lungo termine nella Sua famiglia, Lei compreso/a?

Numero di adulti (Lei compreso/a):

Numero di persone con meno di 18 anni di età:

4.9	Quante persone lavorano nell'azienda agricola, Lei compreso/a? Questo include i/le dipendenti a tempo parziale e a tempo pieno, i/le dipendenti stagionali, così come ad esempio i membri della famiglia che lavorano nell'azienda agricola senza retribuzione.							
	<table border="0"> <tr> <td>Stagione più fredda Numero di adulti (Lei compreso/a):</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Stagione più calda Numero di adulti (Lei compreso/a):</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Stagione più fredda Numero di adulti (Lei compreso/a):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stagione più calda Numero di adulti (Lei compreso/a):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stagione più fredda Numero di adulti (Lei compreso/a):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Stagione più calda Numero di adulti (Lei compreso/a):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

Salute generale

5.1	In generale, direbbe che la Sua salute è: Si prega di barrare una sola risposta.
	<input type="checkbox"/> Eccellente <input type="checkbox"/> Molto buona <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Passabile <input type="checkbox"/> Scadente

5.2	Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. Per ognuna di esse, indichi <u>se la Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività.</u> Si prega di barrare una sola risposta per ogni attività (a-b). Se gli esempi di attività non sono rilevanti per Lei, risponda alla domanda per un'attività con un'intensità fisica simile.											
	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sì, mi limita parecchio</th> <th>Sì, mi limita parzialmente</th> <th>No, non mi limita per nulla</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere o giocare a bocce</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b Salire qualche piano di scale</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sì, mi limita parecchio	Sì, mi limita parzialmente	No, non mi limita per nulla	a Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere o giocare a bocce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b Salire qualche piano di scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sì, mi limita parecchio	Sì, mi limita parzialmente	No, non mi limita per nulla									
a Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere o giocare a bocce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
b Salire qualche piano di scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

5.3	Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o durante altre attività quotidiane al lavoro o a casa, a causa della Sua salute <u>fisica</u>? Si prega di barrare una sola risposta per ogni affermazione (a-b).																	
	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sempre</th> <th>Quasi sempre</th> <th>Una parte del tempo</th> <th>Quasi mai</th> <th>Mai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a Ho reso meno di quanto avrei voluto.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b Ho dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai	a Ho reso meno di quanto avrei voluto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b Ho dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai													
a Ho reso meno di quanto avrei voluto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
b Ho dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

5.4	Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o durante altre attività quotidiane, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso/a o ansioso/a)? Si prega di barrare una sola risposta per ogni affermazione (a-b).
	Sempre Quasi sempre Una parte del tempo Quasi mai Mai
a	Ho reso meno di quanto avrei voluto. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b	Ho avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.5	Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore L'ha ostacolato/a nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)? Si prega di barrare una sola risposta.
<input type="checkbox"/> Per nulla <input type="checkbox"/> Molto poco <input type="checkbox"/> Un po' <input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Moltissimo	

5.6	Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito/a nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso. Si prega di barrare una sola risposta per ogni affermazione (a-c).
Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito/a...	Sempre Quasi sempre Una parte del tempo Quasi mai Mai
a	calmo/a e sereno/a? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b	pieno/a di energia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c	scoraggiato/a e triste? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.7	Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici? Si prega di barrare una sola risposta.
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Quasi sempre <input type="checkbox"/> Una parte del tempo <input type="checkbox"/> Quasi mai <input type="checkbox"/> Mai	

Attività fisica, alimentazione, alcol e tabacco

6.1 Approssimativamente quante ore al giorno passa seduto?

- | | | | |
|---|--|---|---------------|
| a | In un giorno di <u>lavoro</u> nella stagione più <u>fredda</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Ore al giorno |
| b | In un giorno di <u>riposo</u> nella stagione più <u>fredda</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Ore al giorno |
| c | In un giorno di <u>lavoro</u> nella stagione più <u>calda</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Ore al giorno |
| c | In un giorno di <u>riposo</u> nella stagione più <u>calda</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> | Ore al giorno |

6.2

Quanti giorni alla settimana è fisicamente attivo/a nella Sua occupazione agricola per un totale di 30 minuti o più in modo tale da avere il fiato corto o sudare?

Si prega di barrare una sola risposta.

➡ Se non lavora in un'azienda agricola, passi direttamente alla domanda 6.2.1.

- | | | Giorni a settimana | | | | | | | |
|---|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a | Stagione più fredda | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Giorni a settimana | | | | | | | |
| b | Stagione più calda | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6.2.1

Se non lavora in un'azienda agricola: Quanti giorni alla settimana è fisicamente attivo/a nella Sua occupazione per un totale di 30 minuti o più in modo tale da avere il fiato corto o sudare? Si prega di barrare una sola risposta.

➡ Se lavora in un'azienda agricola, passi direttamente alla domanda 6.3.

Giorni a settimana

a	Stagione più fredda	0	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Giorni a settimana

b	Stagione più calda	0	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Non ho una occupazione.

6.3

Quanti giorni alla settimana è fisicamente attivo/a nel Suo tempo libero per un totale di 30 minuti o più in modo tale da avere il fiato corto o sudare?

Si prega di barrare una sola risposta.

Giorni a settimana

a	Stagione più fredda	0	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Giorni a settimana

b	Stagione più calda	0	1	2	3	4	5	6	7
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.4

Quanti giorni alla settimana mangia generalmente...?

Si prega di barrare una sola risposta per ogni prodotto (a-d).

Giorni a settimana

		Mai	Meno frequentement e di un giorno a settimana	1	2	3	4	5	6	7	Non so
a	Carne rossa o salsiccia	<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"/>
b	Verdure cotte	<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"/>
c	Verdure crude o insalata	<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"/>
d	Frutta	<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"/>

6.5		Quando mangia verdura o frutta, quante porzioni in media al giorno ne consuma? Una porzione corrisponde a circa una manciata/un grande pomodoro. Si prega di barrare una sola risposta per ogni prodotto (a-c).				
		Meno di 1 porzione	1 Porzione	2-4 Porzioni	5 porzioni o più	Non so
a	Verdure crude o insalata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Verdure cotte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Frutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.6		Quanto spesso beve le seguenti bevande alcoliche? Si prega di barrare una sola risposta per ogni bevanda (a-b).			
		Mai	1-4 volte al mese o meno	Più volte alla settimana	Quotidianamente
a	Birra/vino/spumante/mosto fermentato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Grappa/Liquori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.7		Usa uno dei seguenti prodotti del tabacco? Si prega di barrare una sola risposta per ogni affermazione (a-c).			
		Mai fumato	Prima, ora non più	Sì, alcuni giorni	Sì, ogni giorno
a	Sigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Sigarette elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Altri prodotti del tabacco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.8		Quanto pesa approssimativamente? Per le donne, se attualmente incinta: all'incirca quanto pensava all'inizio della Sua gravidanza? Indichi se il peso è una Sua stima o se si è pesato/a da solo/a.			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		<input type="checkbox"/>	stimato	<input type="checkbox"/>	pesato

6.9

Approssimativamente quanto è alto/a?

--	--	--

cm

➔ Se non lavorate in un'azienda agricola, salti tutte le domande del capitolo "La Sua valutazione dei rischi nel lavoro quotidiano" e passi direttamente al capitolo "Qualità della vita, sonno e stress".

La Sua valutazione dei rischi nel lavoro quotidiano

Nella ricerca sulla salute in agricoltura, si fa una distinzione di base tra 5 aree di rischio:

- Fisico (per esempio seduta prolungata, lavoro manuale)
- Chimico (per esempio fertilizzanti, pesticidi, gas e altre sostanze pericolose)
- Biologico (per esempio malattie trasmissibili, polline, polvere)
- Psicosociale (per esempio isolamento sociale, conflitti/discussioni, stress/pressione)
- Ambientale (per esempio tempeste, canicola/freddo, frane)









Vorremmo sapere da Lei:









- a) **quanto spesso, in media**, è stato/a esposto/a a singoli rischi delle cinque aree nel **Suo lavoro agricolo quotidiano** negli **ultimi 12 mesi** e
- b) **quanto dannoso** considera ogni rischio per la salute, **indipendentemente dalla frequenza con cui è stato/a esposto/a personalmente**.

Per ogni area sono elencate quattro attività (rischi). Nell'ultima riga libera, può scrivere un rischio che pensa debba essere menzionato e spuntare le caselle corrispondenti.

"Mai" significa che tali attività sono svolte nell'azienda agricola ma non da Lei, o che altre persone sono esposte a tali rischi ma non Lei stesso/a.

"Non rilevante" significa che nessuno nell'azienda svolge tali attività/è esposto/a a tali rischi.









7.1	Rischi fisici: In media, quanto spesso ha svolto le seguenti attività (a-d) nella Sua vita agricola quotidiana negli ultimi 12 mesi? Indipendentemente dalla frequenza con cui le ha eseguite, quanto considera dannosa ogni attività?										
	Frequenza						Dannosità per la salute				
	Mai	Raramente	Occasional- mente	Spesso	Sempre	Non rilevante	Non dannoso per la salute	Un po'	Abbastanza	Molto dannoso per la salute	
											
a	Lavoro fisico pesante (per esempio, trasporto di carichi, falciatura manuale)	<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"/>	
b	Azionare/Manovrare veicoli/macchine	<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"/>	
c	Lavorare in altezza o su terreni difficili (per esempio su una scala/tetto o su pendii)	<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"/>	
d	Stare seduti più a lungo (4 o più ore per volta)	<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"/>	
e	<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"/>	









7.2	Rischi chimici: In media, quanto spesso ha svolto le seguenti attività (a-d) nella Sua vita agricola quotidiana negli ultimi 12 mesi? Indipendentemente dalla frequenza con cui le ha eseguite, quanto considera dannosa ogni attività?									
	Frequenza						Dannosità per la salute			
	Mai	Raramente	Occasionalmente	Spesso	Sempre	Non rilevante	Non dannoso per la salute	Un po'	Abbastanza	Molto dannoso per la salute
										
a	Applicazione di fertilizzanti	<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"/>
b	Miscelazione e/o applicazione di prodotti fitosanitari (per esempio erbicidi, fungicidi o insetticidi).	<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"/>
c	Attività in cui si entra in contatto con gas o fumi (per esempio da liquame)	<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"/>
d	Uso di detergenti corrosivi (per esempio prodotto per pulire macchine agricole)	<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"/>
e	<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"/>

7.3	Rischi biologici: In media, quanto spesso ha svolto le seguenti attività (a-d) nella Sua vita agricola quotidiana negli ultimi 12 mesi? Indipendentemente dalla frequenza con cui le ha eseguite, quanto considera dannosa ogni attività?									
	Frequenza						Dannosità per la salute			
Lavori dove...	Mai	Raramente	Occasionalmente	Spesso	Sempre	Non rilevante	Non dannoso per la salute	Un po'	Abbastanza	Molto dannoso per la salute
a	<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"/>
b	<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"/>
c	<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"/>
d	<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"/>
e	<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"/>
.....										

7.4

Rischi psicosociali:
In media, quanto spesso è stato esposto ai seguenti rischi psicosociali (a-d) nella Sua vita agricola quotidiana negli ultimi 12 mesi? Indipendentemente dalla frequenza con cui è stato/a esposto/a personalmente: quanto considera dannoso ciascun rischio?

	Frequenza						Dannosità per la salute			
	Mai	Raramente	Occasionalmente	Spesso	Sempre	Non rilevante	Non dannoso per la salute	Un po'	Abbastanza	Molto dannoso per la salute
										
a	Conflitti (ad es. con i/le colleghi/e, in famiglia o nel vicinato)	<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"/>
b	Problemi di sonno	<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"/>
c	Stress/Pressione	<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"/>
d	Solitudine	<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"/>
e	<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"/>

7.5	Rischi ambientali: In media, quanto spesso è stato esposto ai seguenti rischi ambientali (a-d) nella Sua vita agricola quotidiana negli ultimi 12 mesi? Indipendentemente dalla frequenza con cui è stato/a esposto/a personalmente: quanto considera dannoso ciascun rischio?									
	Frequenza						Dannosità per la salute			
	Mai	Raramente	Occasional- mente	Spesso	Sempre	Non rilevante	Non dannoso per la salute	Un po'	Abbastanza	Molto dannoso per la salute
										
a	Lavorare fuori sotto il sole cocente	<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"/>
b	Tempeste (ad es. con grandine o molte precipitazioni)	<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"/>
c	Frane/valanghe	<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"/>
d	Rumore	<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"/>
e	<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"/>

Qualità della vita, sonno e stress

8.1

Troverete 12 domande e affermazioni (a-l) qui sotto. Per favore, risponda ad ogni domanda sulla scala da 0 a 10.

Si prega di barrare una sola risposta per ogni domanda/affermazioni (a-l).

		<i>0 =</i>										<i>10 =</i>
		<i>Per niente soddisfatto/a</i>										<i>Completamente soddisfatto/a</i>
a	Chiesto in termini generali - quanto è soddisfatto/a della Sua vita?	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"/>
		<i>0 =</i>										<i>10 =</i>
		<i>Per niente felice</i>										<i>Completamente felice</i>
b	Chiesto in termini generali - quanto si sente felice o infelice?	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"/>
		<i>0 =</i>										<i>10 =</i>
		<i>Pessima</i>										<i>Eccellente</i>
c	Chiesto in termini generali - come valuta la Sua salute fisica?	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"/>
		<i>0 =</i>										<i>10 =</i>
		<i>Pessima</i>										<i>Eccellente</i>
d	Chiesto in termini generali - come valuta la Sua salute mentale?	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"/>
		<i>0 =</i>										<i>10 =</i>
		<i>Per niente gratificante</i>										<i>Assolutamente gratificante</i>
e	Domanda in termini generali - fino a che punto sente che ciò che fa nella vita è significativo e gratificante?	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"/>
		<i>0 =</i>										<i>10 =</i>
		<i>Non sono affatto d'accordo</i>										<i>Totalmente d'accordo</i>
f	Quanto è d'accordo con la seguente affermazione: "So qual è il senso della mia vita"?	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"/>

		0 = Non sono affatto d'accordo										10 = Totalmente d'accordo
g	In che misura è d'accordo con la seguente affermazione: "Agisco sempre in modo da promuovere il bene in ogni caso, anche in situazioni difficili e impegnative"?	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"/>
		0 = Non sono affatto d'accordo										10 = Totalmente d'accordo
h	In che misura è d'accordo con la seguente affermazione: "Posso fare a meno di una parte di felicità oggi, se questa rinuncia rende la mia felicità tanto più grande in un secondo momento"?	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"/>
		0 = Non sono affatto d'accordo										10 = Totalmente d'accordo
i	In che misura è d'accordo con la seguente affermazione: "Sono soddisfatto/a delle amicizie e delle relazioni che ho"?	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"/>
		0 = Non sono affatto d'accordo										10 = Totalmente d'accordo
j	In che misura è d'accordo con la seguente affermazione: "Le mie relazioni sono soddisfacenti come vorrei che fossero"?	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"/>
		0 = Mi preoccupo sempre										10 = Non mi preoccupo mai
k	Quanto spesso si preoccupa di non potersi pagare i normali costi mensili della vita?	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"/>
		0 = Mi preoccupo sempre										10 = Non mi preoccupo mai
l	Quanto spesso si preoccupa della sicurezza, del cibo o dell'alloggio?	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"/>

8.2	Quante ore per notte ha dormito in media negli ultimi 12 mesi? Questo non deve essere uguale al numero di ore che ha passato a letto. Indicare le ore intere.
a Stagione più fredda	<input type="text"/> <input type="text"/> per notte
b Stagione più calda	<input type="text"/> <input type="text"/> per notte

8.3	Nel complesso, come valuterebbe la qualità del suo sonno negli ultimi 12 mesi? Si prega di barrare una sola risposta.
	Molto buona Buona Mediocre Cattiva Pessima
a Stagione più fredda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b Stagione più calda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8.4	Quanto spesso le è successo negli ultimi 12 mesi che Lei... Si prega di barrare una sola risposta per ogni domanda (a-d).
	Mai Raramente Occasionalmente Spesso
a avere difficoltà ad addormentarsi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b avere un sonno agitato?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c svegliarsi più volte durante la notte?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d svegliarsi troppo presto la mattina?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8.5	Su una scala da 1 a 6, come valuterebbe la Sua capacità di affrontare lo stress? (1 = posso scrollarmi lo stress di dosso, 6 = lo stress mi divora) Si prega di barrare una sola risposta.
Posso scrollarmi lo stress di dosso	Lo stress mi divora
1 2 3 4 5 6	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

8.6	Negli ultimi 12 mesi, quanto valterebbe il livello di stress nella Sua vita (a casa e al lavoro)? (1 = nessuno stress, 6 = stress estremo) Si prega di barrare una sola risposta.					
	a Stagione più fredda	Nessuno stress 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.7	Come sono cambiati i seguenti aspetti della Sua salute generale durante la pandemia di coronavirus (da marzo 2020)? Si prega di barrare una sola risposta per ogni affermazione (a-e).					
	b Stagione più calda	Nessuno stress 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

8.7	Come sono cambiati i seguenti aspetti della Sua salute generale durante la pandemia di coronavirus (da marzo 2020)? Si prega di barrare una sola risposta per ogni affermazione (a-e).					
		Molto peggiorato /a <input type="checkbox"/>	Piuttosto peggiorato /a <input type="checkbox"/>	Non è cambiato/ a affatto <input type="checkbox"/>	Piuttosto migliorato/ a <input type="checkbox"/>	Molto migliorato/ a <input type="checkbox"/>
a	Salute fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Salute mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Qualità della vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Qualità del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Stile di vita sano (dieta, attività fisica, consumo di alcol/tabacco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soddisfazione sul lavoro

9.1	Negli ultimi 12 mesi, quanto è stato/a complessivamente soddisfatto/a del suo lavoro in l'azienda agricola? Si prega di barrare una sola risposta.	
	➡ Se non lavora in un'azienda agricola, passi direttamente alla domanda 9.1.1.	
<input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto/a	
<input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto/a	
<input type="checkbox"/>	Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	
<input type="checkbox"/>	Abbastanza insoddisfatto/a	
<input type="checkbox"/>	Molto insoddisfatto/a	

9.1.1	<p>Se non si lavora in un'azienda agricola: Negli ultimi 12 mesi, quanto è stato/a complessivamente soddisfatto/a del suo lavoro? Si prega di barrare una sola risposta.</p> <p>➡ Se lavora in un'azienda agricola, passi direttamente alla domanda 9.2.</p>
<p><input type="checkbox"/> Molto soddisfatto/a</p> <p><input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto/a</p> <p><input type="checkbox"/> Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a</p> <p><input type="checkbox"/> Abbastanza insoddisfatto/a</p> <p><input type="checkbox"/> Molto insoddisfatto/a</p>	

9.2	<p>Indipendentemente dal fatto che si trattasse di un lavoro retribuito o non retribuito (per esempio lavori domestici), quanto spesso negli ultimi 12 mesi ha lavorato...</p>				
		Mai	Raramente	Occasionalmente	Spesso
Stagione più fredda					
a	più di 5 giorni a settimana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	più di 10 ore al giorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stagione più calda					
c	più di 5 giorni a settimana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	più di 10 ore al giorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3	<p>Quali del seguenti ragioni sono state le 3 ragioni più importanti che l'hanno spinto a scegliere la Sua professione nell'ambito agricolo? Per favore, indichi 3 ragioni.</p> <p>➡ Se non lavora in un'azienda agricola, passi direttamente al capitolo "Malattie e incidenti".</p>
<p><input type="checkbox"/> Sicurezza finanziaria</p> <p><input type="checkbox"/> Libertà di organizzare il lavoro in modo indipendente</p> <p><input type="checkbox"/> Sensatezza della professione</p> <p><input type="checkbox"/> Relazioni sociali con colleghi/e, conoscenti, familiari e/o vicini</p> <p><input type="checkbox"/> Orario di lavoro flessibile</p> <p><input type="checkbox"/> Riconoscimento sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoro fisico/lavoro fuori nella natura</p> <p><input type="checkbox"/> Sicurezza del lavoro</p> <p><input type="checkbox"/> Altro, si prega di specificare:</p> <p><input type="checkbox"/> Non so</p>	

9.4

Supponiamo che Lei decida di abbandonare la Sua professione di agricoltore/agricoltrice: Quali delle seguenti ragioni sarebbero le 3 ragioni più probabili che La spingerebbero a lasciare la Sua professione di agricoltore/agricoltrice? Per favore, indichi 3 ragioni.

- Pressione finanziaria
- Troppo poco tempo libero/vacanze
- Mancanza di riconoscimento sociale
- Solitudine
- Controversie sul posto di lavoro, in famiglia o nel quartiere
- Pressione politica o sociale
- Problemi di salute
- Orari di lavoro irregolari/lunghi
- Problemi a trovare un successore per l'azienda
- Altro, si prega di specificare:
- Non so

Malattie e incidenti

Tutte le informazioni saranno trattate con la massima riservatezza.

10.1

Un medico Le ha mai detto di avere una delle seguenti malattie?

Si prega di barrare una sola risposta per ogni malattia (a-l). Se ha una diagnosi medica per una malattia, per favore risponda anche alla domanda nei campi colorati in grigio.

		Approssimativamente in che anno è stato diagnosticato per la prima volta?	Prende regolarmente le medicine prescritte dal Suo medico per questa malattia/sintomi?
a	Dolore alla schiena per 3 mesi o più e quasi ogni giorno	<input type="checkbox"/> Sì → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b	Artrosi o usura delle articolazioni	<input type="checkbox"/> Sì → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
c	Asma	<input type="checkbox"/> Sì → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

<p>d Bronchite cronica o malattia polmonare ostruttiva cronica (COPD)</p>	<input type="checkbox"/> Sì → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<p>e Allergie (raffreddore da fieno, allergia alimentare, eczema, allergia al veleno degli insetti, ecc.)</p>	<input type="checkbox"/> Sì → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<p>f Malattie cardiovascolari (infarto, insufficienza cardiaca, aritmie cardiache, ecc.)</p>	<input type="checkbox"/> Sì → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<p>g Diabete o diabete mellito (incl. diagnosi di diabete durante la gravidanza)</p>	<input type="checkbox"/> Sì → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<p>h Cancro (Se sì: quale tipo di cancro? )</p>	<input type="checkbox"/> Sì → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

<p>i Ictus</p>	<p><input type="checkbox"/> Si → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>
<p>j Sindrome di Parkinson, chiamata anche paralisi da scuotimento</p>	<p><input type="checkbox"/> Si → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>
<p>k Depressione o disturbo d'ansia</p>	<p><input type="checkbox"/> Si → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>
<p>l Incidente/infortunio/caduta con visita medica (se sì: è successo al lavoro o nel tempo libero?) <input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> tempo libero)</p>	<p><input type="checkbox"/> Si → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Nessuna risposta</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>

10.2	Quanto spesso è stato/a nei seguenti luoghi negli ultimi 12 mesi? Un trasferimento da un ospedale all'altro conta come una volta - Se non è stato/a in nessuno di questi luoghi negli ultimi 12 mesi, scriva il numero 0.	
a	<input type="checkbox"/> Dal medico/medico di famiglia per un trattamento ambulatoriale <input type="text"/> <input type="text"/> Volte	<input type="checkbox"/> Non so
b	<input type="checkbox"/> In ospedale/clinica specializzata (senza pernottamento) <input type="text"/> <input type="text"/> Volte	<input type="checkbox"/> Non so
c	<input type="checkbox"/> In ospedale/clinica specializzata (con pernottamento) <input type="text"/> <input type="text"/> Volte	<input type="checkbox"/> Non so
d	<input type="checkbox"/> In un pronto soccorso medico <input type="text"/> <input type="text"/> Volte	<input type="checkbox"/> Non so
e	<input type="checkbox"/> Altro, si prega di specificare: <input type="text"/> <input type="text"/> Volte	

Domanda finale

11.1	Possiamo ricontattarla per un futuro sondaggio o studio sulla salute (ad esempio un questionario di follow-up sulla salute)?	
	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

La Sua opinione è necessaria

12.1

Se c'è qualcos'altro che vorrebbe dirci, qui troverà spazio per suggerimenti, desideri, commenti o critiche. La Sua opinione è importante per noi.

**Grazie mille per le Sue risposte e il Suo feedback!
Apprezziamo molto la sua partecipazione.
Il vostro team del Swiss TPH**