

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir laden Sie herzlich zu dieser Gesundheitsbefragung ein, da uns Ihre Gesundheit wichtig ist. Darum führen wir bei itworks das Projekt **(f)itworks** durch. Es ist ein Modellprojekt zur Gesundheitsförderung arbeit-suchender Menschen.

Um Sie bei der Förderung Ihrer Gesundheit zu unterstützen, bietet (f)itworks Gesundheitskurse, Gesund-heitstage, Beratungen und vieles mehr. Für eine Abstimmung dieser Angebote auf ihre Bedürfnisse und Wünsche ist es wichtig, mehr über Ihr Wohlbefinden und Ihre Interessen zu erfahren.

Es geht uns bei dieser Gesundheitsbefragung darum, ein Bild darüber zu bekommen, wie sich arbeits-suchende Menschen fühlen.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und uns damit wertvolle Informationen zu liefern.

Beachten Sie bitte vor dem Ausfüllen des Fragebogens noch Folgendes:

- Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie nur Ihre **derzeitige, aktuelle** Situation **als Arbeitsuche/r** beziehen, darauf wie es Ihnen **zur Zeit** geht bzw. wie Sie Ihre Situation zur Zeit erleben.
- Bitte kennzeichnen Sie den Fragebogen **nicht** namentlich. Die Fragebögen werden anonymisiert und vertraulich behandelt. **Die erhobenen Daten unterliegen dem Datenschutz.**
- Kreuzen Sie bitte entsprechend dem Muster auf jeder Fragebogenseite diejenige Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.

Beispiel

	1 nie	2	3	4	5	6 immer
Ich bin zufrieden	①	②	<input checked="" type="radio"/>	④	⑤	⑥

- Wenn keine der Antworten voll auf Sie zutrifft, dann kreuzen Sie bitte diejenigen an, die **am ehesten** auf Sie zutrifft.
- Bitte denken Sie nicht lange über Ihre Antwort nach!
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
- Beantworten Sie bitte **alle** Fragen **ehrlich!**

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!
Das (f)itworks Team

Zunächst ein paar Fragen zu Ihrer Person:

- Wie alt sind Sie? _____ Jahre
- Sind Sie
 - männlich
 - weiblich
- Wie ist ihre aktuelle Lebenssituation
 - ledig/ ohne Partner oder Partnerin lebend
 - in Partnerschaft lebend ohne gemeinsamen Haushalt
 - Ehe/Lebensgemeinschaft mit gemeinsamem Haushalt
 - Andere Lebensform _____
- Wie viele Personen wohnen insgesamt in Ihrem Haushalt? _____ Personen
- Haben Sie Kinder?
 - nein, ich habe keine Kinder
 - ja, ich habe 1 Kind
 - ja, ich habe 2 Kinder
 - ja, ich habe 3 Kinder
 - ja, ich habe mehr als 3 Kinder
- Wenn Sie Kinder haben: Wie alt ist Ihr jüngstes Kind? _____ Jahre
- Ihre Staatsbürgerschaft:
 - Österreich
 - Nicht-Österreich
- Wo sind Sie geboren?
 - in Österreich
 - in einem anderen Land, und zwar: _____
- Betreuen Sie ältere und /oder pflegebedürftige Angehörige, die im Alltag auf Ihre Hilfe angewiesen sind?
 - ja
 - nein
- Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? Bitte geben Sie nur jene Ausbildung an, die Sie auch abgeschlossen haben.

① kein Pflichtschulabschluss	④ Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura (z.B. Handelsschule, 3 jährige HBLA)
② Pflichtschule	⑤ Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule mit Matura (z.B. Gymnasium, HTL, HAK)
③ Lehrabschluss	⑥ Universität / Fachhochschule
	⑦ Sonstiges, und zwar _____

11. Waren Sie zuletzt ...?

① Hilfsarbeiter/in	⑤ in Elternkarenz
② Facharbeiter/in oder Meister/in	⑥ Schüler/in oder Student/in
③ Angestellte/r	⑦ Selbstständige/r
④ Vertragsbedienstete/r oder Beamte/r	⑧ Sonstige, und zwar _____

12. Wie hoch waren Ihrer Einschätzung nach die körperlichen und seelischen Belastungen an Ihrem letzten Arbeitsplatz?

sehr gering ①	eher gering ②	mittelmäßig ③	eher hoch ④	sehr hoch ⑤
------------------	------------------	------------------	----------------	----------------

13. Wie oft waren Sie bereits arbeitslos?

- ① bin das erste Mal arbeitslos
- ② bin das zweite Mal arbeitslos
- ③ bin das dritte Mal arbeitslos
- ④ bin das vierte Mal (oder öfter) arbeitslos

14. Wie lange waren Sie arbeitslos, bevor Sie zu itworks kamen?

_____ Jahre und _____ Monate

15. Wie hoch ist das Nettoeinkommen (nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung) aller in Ihrem Haushalt lebenden Personen gemeinsam?

- ① unter 1.000 EURO netto
- ② zwischen 1.000 und 1.500 EURO netto
- ③ zwischen 1.500 und 2.000 EURO netto
- ④ zwischen 2.000 und 2.500 EURO netto
- ⑤ zwischen 2.500 und 3.000 EURO netto
- ⑥ über 3.000 EURO netto

16. Wie gut schätzen Sie Ihren momentanen Gesundheitszustand ein?

sehr gut ①	gut ②	zufriedenstellend ③	schlecht ④	sehr schlecht ⑤
---------------	----------	------------------------	---------------	--------------------

17. War Ihr Gesundheitszustand vor der Arbeitslosigkeit im Gegensatz zu ihrem Gesundheitszustand jetzt?

viel besser ①	etwas besser ②	gleich ③	etwas schlechter ④	viel schlechter ⑤
------------------	-------------------	-------------	-----------------------	----------------------

18. Zunächst ein paar Fragen zu Ihrer körperlichen Gesundheit. Wie oft haben Sie die folgenden Beschwerden?

	fast täglich	alle paar Tage	alle paar Wochen	alle paar Monate	nie
a Wie oft haben Sie Kopfschmerzen?	①	②	③	④	⑤
b Wie oft spüren Sie Aufregung am ganzen Körper?	①	②	③	④	⑤
c Wie oft spüren Sie bei geringer Anstrengung Herzklopfen?	①	②	③	④	⑤
d Wie oft bekommen Sie bei geringer körperlicher Anstrengung Atemnot?	①	②	③	④	⑤
e Wie oft reagiert Ihr Magen empfindlich?	①	②	③	④	⑤
f Wie oft haben Sie ein Völlegefühl?	①	②	③	④	⑤
g Wie oft spüren Sie Schwindelgefühle?	①	②	③	④	⑤
h Wie oft haben Sie Rückenschmerzen?	①	②	③	④	⑤
i Wie oft fühlen Sie sich schnell müde?	①	②	③	④	⑤
j Wie oft sind Sie nervös?	①	②	③	④	⑤
k Wie oft haben Sie plötzliche Schweißausbrüche?	①	②	③	④	⑤
l Wie oft haben Sie Schmerzen in der Herzgegend?	①	②	③	④	⑤
m Wie oft haben Sie Nackenschmerzen?	①	②	③	④	⑤
n Wie oft haben Sie Schulterschmerzen?	①	②	③	④	⑤
o Wie oft spüren Sie, dass Ihr ganzer Körper verkrampft ist?	①	②	③	④	⑤
p Wie oft haben Sie Sodbrennen?	①	②	③	④	⑤
q Wie oft haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten?	①	②	③	④	⑤
r Wie oft haben Sie Schlafstörungen? (Einschlafschwierigkeiten, Durchschlafstörungen)?	①	②	③	④	⑤
s Wie oft wird Ihnen übel?	①	②	③	④	⑤
t Wie oft fühlen Sie sich den Tag über müde und zerschlagen?	①	②	③	④	⑤

19. Nun einige Fragen zu Ihrem Befinden, Ihren Einstellungen und Ihrem Lebensalltag. Bitte geben Sie auf der vorgegebenen Skala an, wie häufig die genannten Aussagen auf Sie zutreffen.

		1 nie	2	3	4	5	6 immer
a	Ich bin glücklich	①	②	③	④	⑤	⑥
b	Ich habe Angstgefühle	①	②	③	④	⑤	⑥
c	Es gibt Dinge, die mich stolz machen	①	②	③	④	⑤	⑥
d	Ich bin traurig	①	②	③	④	⑤	⑥
e	Ich habe Schuldgefühle	①	②	③	④	⑤	⑥
f	Ich bin zufrieden	①	②	③	④	⑤	⑥
g	Ich habe Ärgergefühle	①	②	③	④	⑤	⑥
h	Ich mag mich, so wie ich bin	①	②	③	④	⑤	⑥
i	Ich habe Angst, dass andere schlecht über mich reden	①	②	③	④	⑤	⑥
j	Ich traue mir viel zu	①	②	③	④	⑤	⑥
k	Ich zweifle an meinen fachlichen Fähigkeiten	①	②	③	④	⑤	⑥
l	Ich finde meist eine Lösung für schwierige Probleme	①	②	③	④	⑤	⑥
m	Ich schäme mich wegen meines Aussehens oder meiner Figur	①	②	③	④	⑤	⑥
n	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen	①	②	③	④	⑤	⑥
o	Ich finde Mittel und Wege, mich gegen Widerstand durchzusetzen	①	②	③	④	⑤	⑥

		1 nie	2	3	4	5	6 immer
p	Ich kann mir wichtige Dinge beeinflussen	①	②	③	④	⑤	⑥
q	Ich fühle mich hilflos	①	②	③	④	⑤	⑥
r	Ich weiß, wie ich mit meiner Situation umgehen soll/muss	①	②	③	④	⑤	⑥
s	Ich habe die Dinge unter Kontrolle	①	②	③	④	⑤	⑥
t	Mir ist ziemlich gleichgültig, was um mich herum passiert	①	②	③	④	⑤	⑥
u	Ich habe jemanden, auf den ich mich verlassen kann	①	②	③	④	⑤	⑥
v	Wenn ich krank bin, kommt jemand, der mir hilft	①	②	③	④	⑤	⑥
w	Menschen, denen ich vertraute, haben mich enttäuscht	①	②	③	④	⑤	⑥
x	Ich habe Menschen, an die ich mich wenden kann, wenn es mir schlecht geht	①	②	③	④	⑤	⑥
y	Ich habe das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden	①	②	③	④	⑤	⑥

20. Es folgen Fragen zu Ihrem Gesundheitsverhalten:

- 20a. Wie viel rauchen Sie?
- ① nie
 - ② 1 – 10 Zigaretten am Tag
 - ③ 11 – 20 Zigaretten am Tag
 - ④ 21 – 40 Zigaretten am Tag
 - ⑤ mehr als 40 Zigaretten am Tag

- 20b. Wie oft nehmen Sie Medikamente?
(Bitte Vitamin- oder Mineralienpräparate nicht dazuzählen!)
- ① nie
 - ② selten
 - ③ gelegentlich
 - ④ oft
 - ⑤ sehr oft

- 20c. Gehen Sie regelmäßig (jährlich) zur Vorsorgeuntersuchung
- ① ja
 - ② nein

- 20d. Wie oft trinken Sie Alkohol?
- ① nie
 - ② mehrmals im Jahr
 - ③ mehrmals im Monat
 - ④ mehrmals pro Woche
 - ⑤ jeden Tag

20e. Wie oft in der Woche betreiben Sie Sport?

- ① jeden Tag
- ② 2- 5 Stunden pro Woche
- ③ 1-2 Stunden pro Woche
- ④ so gut wie gar nicht

20f. Wie viel Bewegung machen Sie an gewöhnlichen Wochentagen?

(z.B. Gehen, Stiegensteigen, Fahrradfahren, schwerere Hausarbeit wie Bodenwischen, Fenster putzen)

- ① bis 20 min. täglich
- ② bis 1 Std. täglich
- ③ mehr als 1 Std. täglich

21. Bitte geben Sie auf der vorgegebenen Skala an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

		1 stimme gar nicht zu	2	3	4	5	6 stimme voll zu
a	Ich bin körperlich belastbar	①	②	③	④	⑤	⑥
b	Einen Arbeitsplatz zu haben ist wichtig, um sich wohl zu fühlen	①	②	③	④	⑤	⑥
c	Ich bin seelisch stark genug, um auch belastende Arbeiten zu erledigen	①	②	③	④	⑤	⑥
d	Ich glaube, dass ich die Dinge erreichen kann, die ich mir wünsche	①	②	③	④	⑤	⑥
e	Meine letzte Arbeitsstelle habe ich aufgrund einer Erkrankung verloren	①	②	③	④	⑤	⑥

22. Noch ein paar Fragen zu Ihrem Befinden, Ihren Einstellungen und Ihrem Lebensalltag. Bitte geben Sie auf der vorgegebenen Skala an, wie oft das Genannte auf Sie zutrifft.

		1 nie	2	3	4	5	6 immer
a	Ich fühle mich körperlich wohl	①	②	③	④	⑤	⑥
b	Ich habe wenig Appetit	①	②	③	④	⑤	⑥
c	Ich fühle mich voller Energie	①	②	③	④	⑤	⑥
d	Ich achte auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung	①	②	③	④	⑤	⑥
e	Ich plane meinen Tagesablauf	①	②	③	④	⑤	⑥
f	Ich verfolge langfristige Ziele	①	②	③	④	⑤	⑥
g	Es gelingt mir, meine Zeit gut einzuteilen	①	②	③	④	⑤	⑥
h	Wenn ich ein Problem habe, fallen mir viele Lösungen dafür ein	①	②	③	④	⑤	⑥
i	Ich fühle mich selbst mitten unter Leuten einsam	①	②	③	④	⑤	⑥
j	Wenn ich niedergeschlagen bin, suche ich das Gespräch mit anderen	①	②	③	④	⑤	⑥
k	Wenn ich aufgereggt bin, nehme ich beruhigende Mittel (z.B. Alkohol, Nikotin, Medikamente)	①	②	③	④	⑤	⑥
l	Wenn ich niedergeschlagen bin, nehme ich Mittel, die meine Stimmung aufhellen	①	②	③	④	⑤	⑥
m	Ich grübele ständig über meine Situation nach	①	②	③	④	⑤	⑥
n	Wenn etwas nicht klappt, suche ich die Schuld bei mir selbst	①	②	③	④	⑤	⑥
o	Alles, was ich tue, geht garantiert schief	①	②	③	④	⑤	⑥
p	Wenn bei mir etwas daneben geht, liegt das meist an anderen Leuten/der Situation	①	②	③	④	⑤	⑥

23. Bitte geben Sie auf der vorgegebenen Skala an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

		1 stimme gar nicht zu	2	3	4	5	6 stimme voll zu
a	Das Leben hält für mich noch viele Chancen bereit	①	②	③	④	⑤	⑥
b	Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden	①	②	③	④	⑤	⑥
c	Ich setze mir immer zu hohe Ziele in meinem Leben	①	②	③	④	⑤	⑥
d	Meine Zukunft sehe ich positiv	①	②	③	④	⑤	⑥
e	Mein Gesundheitszustand ist verantwortlich für das Andauern meiner Arbeitslosigkeit	①	②	③	④	⑤	⑥
f	Ich muss in meinem Leben unbedingt etwas ändern	①	②	③	④	⑤	⑥
g	Wenn ich nicht mehr arbeitslos wäre, würde es mir gesundheitlich besser gehen	①	②	③	④	⑤	⑥

24. Haben Sie chronische Erkrankungen bzw. ein dauerhaftes gesundheitliches Problem? (z.B. Allergien, Diabetes, Bluthochdruck, Krebs). Bitte geben Sie Ihre Krankheit(en) so konkret wie möglich an!

① nein

② ja, nämlich: _____

25. – 28. Welche der folgenden Gesundheitsangebote sind für Sie besonders interessant? Bitte ankreuzen.
Mehrfachnennungen sind möglich!

25 Bewegung			26 Seelische Gesundheit		
a	<input type="radio"/>	Gymnastik	a	<input type="radio"/>	Entspannungstraining
b	<input type="radio"/>	Radfahren			
c	<input type="radio"/>	Nordic Walking	b	<input type="radio"/>	Mentale Stärke
d	<input type="radio"/>	Boxen	c	<input type="radio"/>	Stressabbau, Stress-Kompetenz
e	<input type="radio"/>	Fußball	d	<input type="radio"/>	Richtig streiten
f	<input type="radio"/>	Kampfsport	e	<input type="radio"/>	Kommunikationstraining
g	<input type="radio"/>	Joggen	f	<input type="radio"/>	Information über Psychotherapie
h	<input type="radio"/>	Spazieren gehen	g	<input type="radio"/>	Suchtberatung
i	<input type="radio"/>	Tanzen	h	<input type="radio"/>	RaucherInnenberatung
j	<input type="radio"/>	Wirbelsäulentraining	i	<input type="radio"/>	Mobbing – Aufklärung & Prävention
k	<input type="radio"/>	Yoga	j	<input type="radio"/>	Burnout – Aufklärung & Prävention
l	<input type="radio"/>	Tai Chi	k	<input type="radio"/>	Gewalt – Aufklärung & Prävention
m	<input type="radio"/>	Qi Gong	l	<input type="radio"/>	Positives Denken
n	<input type="radio"/>	Pilates	m	<input type="radio"/>	Grenzen setzen
o	<input type="radio"/>	Shiatsu	n	<input type="radio"/>	Kreativgruppe (Malen, etc.)
p	<input type="radio"/>	Sonstiges _____	o	<input type="radio"/>	Sonstiges _____

27 Ernährung			28 Sonstiges		
a	<input type="radio"/>	Gesundheitsbewusste Ernährung	a	<input type="radio"/>	Gesundheitsvorsorge
b	<input type="radio"/>	Gesundheits- & preisbewusstes Kochen	b	<input type="radio"/>	Gesundenuntersuchung
c	<input type="radio"/>	Gewichtsabnahme	c	<input type="radio"/>	Gesunder Lebensstil
d	<input type="radio"/>	Schlank ohne Diät	d	<input type="radio"/>	Zahngesundheit
e	<input type="radio"/>	Essstörungen	e	<input type="radio"/>	Alternativmedizin
f	<input type="radio"/>	Ernährungsberatung	f	<input type="radio"/>	Traditionelle chinesische Medizin (TCM)
g	<input type="radio"/>	Sonstiges _____	g	<input type="radio"/>	Sonstiges _____

29. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie folgenden Wünsche und Anliegen in Bezug auf die Gestaltung der Gesundheitsangebote haben?

		1 nein	2 eher nicht	3 eher schon	5 ja, unbedingt
a	Ich wünsche mir getrennte Gesundheitsangebote für Männer und Frauen	①	②	③	④
b	Ich wünsche mir medizinische Einzelberatungen	①	②	③	④
c	Ich wünsche mir psychologische Einzelberatungen	①	②	③	④
d	Falls Ihre Muttersprache nicht Deutsch ist: Ich wünsche mir Gesundheitsangebote in meiner Muttersprache	①	②	③	④

30. Welche der folgenden Gesundheitsangebote bzw. Gesundheitseinrichtungen in Wien kennen Sie?
Mehrfachnennungen sind möglich!

a	<input type="radio"/>	Gesundenuntersuchung der Magistratsabteilung 15, Gesundheitswesen und Soziales
b	<input type="radio"/>	Ernährungsberatung der Magistratsabteilung 38, Wiener Lebensmittel- und Ernährungsservice
c	<input type="radio"/>	Frau & Sport der Magistratsabteilung 51, Sportamt
d	<input type="radio"/>	Rauchertelefon der Wiener Gebietskrankenkasse
e	<input type="radio"/>	Gesundheitstelefon des Fonds Soziales Wien
f	<input type="radio"/>	Gesundheitszentren der Wiener Gebietskrankenkasse
g	<input type="radio"/>	ASKÖ Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur
h	<input type="radio"/>	Frauengesundheitszentren (FEM und FEM Süd)
i	<input type="radio"/>	Männergesundheitszentrum (MEN)
j	<input type="radio"/>	Psychoziale Dienste Wien (PSD)
k	<input type="radio"/>	Service Arbeit und Gesundheit 40+ (BBRZ)

31. Zum Schluss noch eine offene Frage: Was belastet Sie seit Ihrer Arbeitslosigkeit besonders stark?

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!
Das (f)itworks Team