



Swiss Spinal Cord Injury Study (SwiSCI)

Schweizweite Befragung für Menschen mit Rückenmarksverletzungen

Fragebogen 2

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer

Herzlich willkommen zum zweiten und letzten Fragebogen der nationalen SwiSCI-Befragung 2017!

Sie können diesen Fragebogen auch online unter www.swisci-study.ch ausfüllen. Bitte loggen Sie sich dazu mit Ihrer SwiSCI-ID und Ihrem persönlichen Passwort ein:

Ihre SwiSCI-ID lautet: #####

Ihr Passwort lautet: #####

Falls Sie Fragen haben oder Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, helfen wir Ihnen gerne.

Kontaktieren Sie unsere kostenfreie **SwiSCI-Helpline 0800 794 724** oder schreiben Sie uns unter

contact@swisci.ch.

Vielen Dank für Ihr Interesse und Engagement!

Nottwil, im März 2017

Ausgefüllt am: 



Schweizer
Paraplegiker
Stiftung



Schweizer
Paraplegiker
Forschung



Schweizer
Paraplegiker
Vereinigung



Schweizer
Paraplegiker
Zentrum



REHAB



suva

Mehr als eine Versicherung

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- ✓ Bitte füllen Sie den Fragebogen so komplett wie möglich aus und lassen Sie keine Fragen unbeantwortet.
- ✓ Es gibt kein ‚Richtig‘ oder ‚Falsch‘ und kein ‚Gut‘ oder ‚Schlecht‘ der Antworten. Es ist lediglich wichtig, dass Sie die Fragen so spontan wie möglich beantworten und diejenige Antwort auswählen, die Ihre persönliche Situation am besten beschreibt.
- ✓ Es wird Ihnen vielleicht auffallen, dass gewisse Antworten überhaupt nicht auf Ihre Situation als rückenmarksverletzte Person zutreffen. Zum Beispiel gibt es Fragen, bei denen es um die Fähigkeit geht, laufen zu können. Bitte bedenken Sie hier, dass Rückenmarksverletzungen sehr unterschiedliche Folgen haben können und wir in der SwiSCI-Studie alle Lähmungsgrade einschliessen. Der Fragebogen richtet sich also sowohl an Personen im Rollstuhl, wie auch an Fussgänger. Lassen Sie sich also nicht verunsichern und wählen Sie einfach die Antwort, die Ihre Situation am besten beschreibt.
- ✓ In diesem Fragebogen wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer eingeschlossen.

Anmerkungen zur Vertraulichkeit Ihrer Angaben:

- ✓ Wir garantieren, dass Ihre Angaben mit den höchsten Sicherheitsstandards geschützt werden.
- ✓ Es werden keine persönlichen Daten an Drittpersonen ausserhalb des SwiSCI Studienzentrums weitergegeben.
- ✓ Alle Fragebogen sind durch Ihre persönliche SwiSCI-Identifikationsnummer anonymisiert und enthalten keinerlei Personendaten wie Name oder Adresse.

Nun wünschen wir Ihnen viel Geduld beim Ausfüllen des Fragebogens!

Erwerbsleben

In diesem Abschnitt möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer beruflichen Situation nach Eintritt der Rückenmarksverletzung stellen.



1. Haben Sie nach Eintritt Ihrer Rückenmarksverletzung an einer beruflichen Massnahme teilgenommen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, nämlich:

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Berufsberatung *Unterstützung bei der Wahl zukünftiger Arbeitsstellen und Umschulungen sowie bei der Orientierung auf dem Arbeitsmarkt*
- ☐ Job Coaching *professionelle Begleitung bei der Arbeitsreintegration*
- ☐ Kurse, Erwerb allgemeiner, nicht berufsspezifischer Kenntnisse z.B. Sprach- oder Computerkurse
- ☐ Berufliche Schulung oder Umschulung *Training in Richtung eines bestimmten Berufes, z.B. Schulung als Sachbearbeiter oder CAD-Zechner*
- ☐ Ausbildung *Aufnahme einer neuen Berufslehre oder eines neuen Studiums*

2. Wie lange hat es nach Ihrer Entlassung aus der stationären Erstrehabilitation bis zum Beginn bzw. der Wiederaufnahme einer bezahlten Arbeit gedauert (inklusive Arbeitsversuche)?

- ☐ Ich habe nach der Erstrehabilitation nicht mehr gearbeitet >>> *weiter zu Frage 56*
- ☐ Ich habe sofort nach der Erstrehabilitation wieder gearbeitet
- ☐ Insgesamt  Jahre und  Monate nach der Erstrehabilitation

Die folgenden vier Fragen beziehen sich auf Ihre erste bezahlte Arbeit nach Eintritt der Rückenmarksverletzung.

3. Was war Ihre erste bezahlte Arbeit nach Eintritt der Rückenmarksverletzung? z.B. Bankangestellte und nicht einfach Angestellte, Chefbuchhalter und nicht einfach Chef, Sachbearbeiter Verkauf und nicht einfach Sachbearbeiter



4. Gingen Sie dieser Arbeit beim gleichen Arbeitgeber wie vor Eintritt der Rückenmarksverletzung nach?


- ☐ Ja
- ☐ Nein

5. Haben Sie nach der Wiederaufnahme Ihrer ersten bezahlten Arbeit nach Eintritt der Rückenmarksverletzung Ihre Arbeitsstelle gewechselt? *Dies schliesst auch Stellenwechsel innerhalb eines Betriebs mit ein.*

- ☐ Ja
- ☐ Nein >> *weiter zu Frage 7*

6. Was waren die Gründe für den Stellenwechsel?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Arbeit entsprach nicht meinen Interessen
- ☐ Körperliche Überforderung
- ☐ Geistige Über- oder Unterforderung (inklusive fehlende Fachkompetenz)
- ☐ Psychische Überforderung z.B. Probleme im Umgang mit Druck oder Verantwortung
- ☐ Fehlende Möglichkeit meine Arbeitsaufgaben selbständig einzuteilen
- ☐ Probleme mit der Zugänglichkeit des Arbeitsplatzes z.B. zum oder innerhalb des Gebäudes
- ☐ Probleme mit dem Arbeitsweg z.B. schlechte Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes
- ☐ Probleme mit Arbeitskollegen
- ☐ Probleme mit Vorgesetztem
- ☐ Beruflicher Aufstieg oder Beförderung
- ☐ Finanziell besseres Stellenangebot
- ☐ Anderes, nämlich: 

7. Gehen Sie zurzeit einer bezahlten Arbeit nach?

- ☐ Ja >> weiter zu Frage 8
- ☐ Nein >> weiter zu Frage 56

8. Wie lange sind Sie in Ihrer aktuellen Arbeitsstelle tätig?

 Jahre  Monate

9. Wie viele Personen sind Ihnen direkt oder indirekt insgesamt unterstellt?

- ☐ Keine
- ☐ 1-5 Personen
- ☐ 6-10 Personen
- ☐ 11-19 Personen
- ☐ 20 oder mehr Personen

Wie viel Mühe bereiten Ihnen die folgenden Dinge bei Ihrer Arbeitsstelle?

		1 Keine Mühe	2	3	4	5 Extreme Mühe
10	Erledigung Ihrer Arbeitsaufgaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Zugänglichkeit des Arbeitsplatzes z.B. Zugang zu Gebäude, Büro oder Toiletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

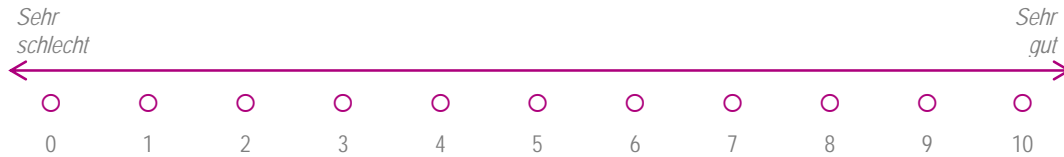
Wie gut sind an Ihrer Arbeitsstelle Ihre Bedürfnisse hinsichtlich folgender Aspekte abgedeckt?

	Komplett	Zu einem hohen Ausmass	Zu einem gewissen Ausmass	Zu einem geringen Ausmass	Überhaupt nicht	Habe keinen solchen Bedarf
12. Verfügbarkeit von Hilfsmitteln z.B. Hilfsmittel für Computerarbeit, anpassbarer Schreibtisch, Arm- und Handschienen oder prothetische Hilfsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Selbständigkeit bei der Einteilung Ihrer Arbeitsaufgaben z.B. selbstständiges Entscheiden wann was erledigt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Berufliche Weiterbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Unterstützung durch Arbeitskollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Unterstützung durch Vorgesetzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen im Hinblick auf Ihre aktuelle Arbeitsstelle zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme völlig zu
17. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig grosser Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ich überlege mir zurzeit, eine andere Arbeitsstelle zu suchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Wie häufig erleben Sie Stress bei der Arbeit?	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> Manchmal <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> Nie			

25. Als wie gut würden Sie generell Ihre Arbeitsleistung einschätzen?



Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Anforderungen Ihrer aktuellen Arbeitsstelle.

		<i>Viel besser als erforderlich</i>	<i>Besser als erforderlich</i>	<i>Genau richtig</i>	<i>Geringer als erforderlich</i>	<i>Viel geringer als erforderlich</i>
26.	Wie gut entsprechen Ihre Fähigkeiten den körperlichen Arbeitsanforderungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Wie gut entsprechen Ihre Fähigkeiten den geistigen Arbeitsanforderungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Wie gut entsprechen Ihre Fähigkeiten den psychischen Arbeitsanforderungen? z.B. Umgang mit Druck oder Verantwortung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Wie gut entspricht Ihre Arbeit Ihren Interessen und Neigungen?

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Etwas
- ☐ Teilweise
- ☐ Überwiegend
- ☐ Vollständig

30. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Arbeit?

- ☐ Ausserordentlich zufrieden
- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Ziemlich zufrieden
- ☐ Teils-teils
- ☐ Ziemlich unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ausserordentlich unzufrieden

31. Wie viele Punkte würden Sie für Ihre aktuelle Leistungsfähigkeit bei der Arbeit geben, wenn Sie diese mit Ihrer besten je erreichten Leistungsfähigkeit nach Eintritt der Querschnittlähmung vergleichen?



>> weiter zu Frage 56

>> Die folgenden Fragen 32-55 sind nur für Personen, die aktuell keiner bezahlten Arbeit nachgehen.

>> Falls Sie nach Eintritt der Rückenmarksverletzung nicht mehr gearbeitet haben, gehen Sie bitte zu Frage 56.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre letzte Arbeitsstelle nach Eintritt der Rückenmarksverletzung.

32. Wie lange waren Sie in Ihrer letzten Arbeitsstelle tätig?

..... Jahre Monate

33. Wie viele Personen waren Ihnen direkt oder indirekt insgesamt unterstellt?

- ☐ Keine
- ☐ 1-5 Personen
- ☐ 6-10 Personen
- ☐ 11-19 Personen
- ☐ 20 oder mehr Personen

Wie viel Mühe bereiteten Ihnen die folgenden Dinge bei Ihrer letzten Arbeitsstelle?

	1 Keine Mühe	2	3	4	5 Extreme Mühe
34. Zugänglichkeit des Arbeitsplatzes z.B. Zugang zu Gebäude, Büro oder Toiletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Erledigung Ihrer Arbeitsaufgaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie gut waren Ihre Bedürfnisse hinsichtlich folgender Aspekte bei der letzten Arbeitsstelle abgedeckt?

	Komplett	Zu einem hohen Ausmass	Zu einem gewissen Ausmass	Zu einem geringen Ausmass	Überhaupt nicht	Habe keinen solchen Bedarf
36. Verfügbarkeit von Hilfsmitteln z.B. Hilfsmittel für Computerarbeit, anpassbarer Schreibtisch, Arm- und Handschienen oder prothetische Hilfsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Selbständigkeit bei der Einteilung Ihrer Arbeitsaufgaben z.B. selbstständiges Entscheiden wann was erledigt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Berufliche Weiterbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Unterstützung durch Arbeitskollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Unterstützung durch Vorgesetzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen im Hinblick auf Ihre letzte Arbeitsstelle zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme völlig zu
41. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, hielt ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, hielt ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Die Aufstiegschancen in meinem Bereich waren schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Mein eigener Arbeitsplatz war gefährdet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens bestand häufig grosser Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Bei meiner Arbeit wurde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Ich überlegte mir, eine andere Arbeitsstelle zu suchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Wie häufig erlebten Sie Stress bei der Arbeit?				
<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> Manchmal <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> Nie				
49. Als wie gut würden Sie generell Ihre damalige Arbeitsleistung einschätzen?				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Sehr schlecht Sehr gut </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div>				

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Anforderungen Ihrer letzten Arbeitsstelle.

	Viel besser als erforderlich	Besser als erforderlich	Genau richtig	Geringer als erforderlich	Viel geringer als erforderlich
50. Wie gut entsprachen Ihre Fähigkeiten den körperlichen Arbeitsanforderungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Wie gut entsprachen Ihre Fähigkeiten den geistigen Arbeitsanforderungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Wie gut entsprachen Ihre Fähigkeiten den psychischen Arbeitsanforderungen? z.B. Umgang mit Druck oder Verantwortung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. Wie gut entsprach Ihre Arbeit Ihren Interessen und Neigungen?

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Etwas
- ☐ Teilweise
- ☐ Überwiegend
- ☐ Vollständig

54. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrer Arbeit?

- ☐ Ausserordentlich zufrieden
- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Ziemlich zufrieden
- ☐ Teils-teils
- ☐ Ziemlich unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ausserordentlich unzufrieden

55. In welchem Jahr gingen Sie zuletzt einer bezahlten Arbeit nach?




















 (z.B. 2012)

Medizinische Dienstleistungen



56. Bitte geben Sie an, ob und wie oft Sie in den letzten 12 Monaten bei folgenden Ärzten oder Therapeuten waren.
z.B. zur Kontrolle, Nachkontrolle, Routinebehandlung oder wegen akuter gesundheitlicher Probleme

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

Anzahl Besuche in den letzten 12 Monaten

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt |  |
| <input type="checkbox"/> Spezialist für Paraplegiologie |  |
| <input type="checkbox"/> Anderer Spezialist z.B. Chirurg, Gynäkologe, Psychiater, Augenarzt |  |
| <input type="checkbox"/> Krankenpfleger oder Hebamme |  |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt |  |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygieniker |  |
| <input type="checkbox"/> Psychologe |  |
| <input type="checkbox"/> Logopäde / Sprachtherapeut |  |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut |  |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapeut |  |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktor |  |
| <input type="checkbox"/> Masseur |  |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker, Naturheiler |  |
| <input type="checkbox"/> Apotheker |  |
| <input type="checkbox"/> Spitex |  |
| <input type="checkbox"/> Andere, welche:  |  |
| <input type="checkbox"/> Andere, welche:  |  |
| <input type="checkbox"/> Habe während den letzten 12 Monaten keine Gesundheitsdienstleistung in Anspruch genommen | |

57. Sind Sie in den letzten 12 Monaten stationär im Spital oder in einer Spezialklinik gewesen, Kuraufenthalte nicht mitgerechnet? Zählen Sie alle Aufenthalte, bei denen Sie übernachtet haben.

- ☐ Ja, und zwar:
 Mal
 Tage
- ☐ Nein

58. Sind Sie in den letzten 12 Monaten in einem Spital-Ambulatorium oder einer Poliklinik gewesen?

- ☐ Ja, und zwar:
- ☐ Als Notfall, ungeplant:  Mal
 - ☐ Zur geplanten Behandlung mittels Aufgebot:  Mal
- ☐ Nein

59. Waren Sie während den letzten 12 Monaten Patient in einem der vier Schweizer Paraplegikerzentren?

- ☐ Nein
☐ Ja, und zwar

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	REHAB Basel	Uniklinik Balgrist	SUVA Clinique Sion	SPZ Nottwil	Site Plein Soleil Lavigny	Ambulatorium Bellinzona
Für eine Kontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für eine ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für einen stationären Spitalaufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Erhalten Sie zu Hause Unterstützung bei alltäglichen Aktivitäten, wie Haushaltsarbeiten oder Selbstpflege?

- ☐ Nein
☐ Ja, durch folgende Personen oder Institutionen:

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner | Anzahl Stunden pro Woche: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Kinder | Anzahl Stunden pro Woche: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Eltern | Anzahl Stunden pro Woche: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | Anzahl Stunden pro Woche: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Freunde | Anzahl Stunden pro Woche: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Spitex | Anzahl Stunden pro Woche: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Assistenz | Anzahl Stunden pro Woche: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere Personen, nämlich: <input type="text"/> | Anzahl Stunden pro Woche: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere Institutionen, nämlich: <input type="text"/> | Anzahl Stunden pro Woche: <input type="text"/> |

61. Welche Entschädigung erhalten Sie für ihre Pflegeunterstützung?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Hilflosen-Entschädigung
☐ Pflegeentschädigung (Krankenkasse, Unfallversicherung, Militärversicherung)
☐ Ergänzungsleistungen
☐ Assistenzbeitrag (IV)
☐ Private Versicherungsleistungen
☐ Andere, nämlich:
☐ Ich erhalte keine finanzielle Unterstützung für Pflegeleistungen

62. Haben Sie jemals einen Antrag auf Assistenzbeitrag gestellt?

- ☐ Ja
☐ Nein; warum nicht?:

63. Wer ist Ihre erste Ansprechperson für Probleme bezüglich Ihrer Rückenmarksverletzung?

- ☐ Hausarzt
☐ Spezialist mit eigener Praxis
☐ Spezialist eines der vier Paraplegikerzentren
☐ Andere, nämlich:

Zur Zeit gibt es vier grosse auf Rückenmarksverletzung spezialisierte Ambulatorien in der Schweiz (Basel, Nottwil, Sion und Zürich). Stellen Sie sich bitte folgendes Szenario vor:

In Zukunft gibt es zusätzlich noch ein kleineres Ambulatorium, das näher bei Ihrem Wohnort gelegen ist als die vier grossen Ambulatorien. Dieses kleinere Ambulatorium stellt das gleiche paraplegiologische Fachwissen zur Verfügung wie die vier grossen Ambulatorien. Das kleinere Ambulatorium besitzt ein beschränkteres Angebot an diagnostischen und therapeutischen Dienstleistungen als die vier grossen Ambulatorien. Bei Bedarf können Sie vom kleineren an eines der vier grossen Ambulatorien überwiesen werden.

64. Welche der folgenden zwei Aussagen trifft für Sie zu?

- ☐ Ich würde es vorziehen, zu einem der vier grossen Ambulatorien zu gehen.
- ☐ Ich würde es vorziehen, zum nähergelegenen kleineren Ambulatorium zu gehen.

65. Haben Sie einen persönlichen Hausarzt, eine persönliche Hausärztin?

- ☐ Nein >> weiter zu Frage 68
- ☐ Ja

66. Wie lange ist der Weg zu Ihrem persönlichen Hausarzt / Ihrer persönlichen Hausärztin?

Fahrzeit in Minuten: 

67. Wie zufrieden sind Sie mit den Dienstleistungen Ihres persönlichen Hausarztes / Ihrer persönlichen Hausärztin?

- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Weder zufrieden noch unzufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ich nehme die Dienstleistung nicht in Anspruch

68. Wie zufrieden sind Sie mit den Dienstleistungen der spezialisierten Paraplegikerzentren?

- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Weder zufrieden noch unzufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ich nehme die Dienstleistung nicht in Anspruch

69. Wie zufrieden sind Sie mit den Dienstleistungen der Spitäler?

- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Weder zufrieden noch unzufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ich nehme die Dienstleistung nicht in Anspruch

70. Wie zufrieden sind Sie mit den Dienstleistungen der Spitex?

- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Weder zufrieden noch unzufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ich nehme die Dienstleistung nicht in Anspruch

Wenn Sie an Ihren <u>letzten Besuch</u> bei einem Gesundheitsdienstleister denken, wie beurteilen Sie folgendes:		<i>Sehr gut</i>	<i>Gut</i>	<i>Weder gut noch schlecht</i>	<i>Schlecht</i>	<i>Sehr schlecht</i>
71.	Respektvoller Umgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72.	Verständlichkeit der Erklärungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73.	Einbezogen sein in die Entscheidungen bezüglich Ihrer Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		<i>Sehr zufrieden</i>	<i>Zufrieden</i>	<i>Weder zufrieden noch unzufrieden</i>	<i>Unzufrieden</i>	<i>Sehr unzufrieden</i>
74.	Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der Gesundheitsversorgung in Ihrer Region?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

75. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten eine medizinische Behandlung benötigt, die Sie aber nicht erhalten haben?

- ☐ Nein
☐ Ja. Aus welchen Gründen haben Sie die Behandlung nicht erhalten?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Konnte mir die Behandlungskosten nicht leisten
- ☐ Behandlung wurde nicht angeboten
- ☐ Keine Transportmöglichkeit
- ☐ Konnte mir die Kosten für den Transport nicht leisten
- ☐ Vorher schlechte Erfahrung mit Behandlungen gemacht
- ☐ Konnte bei der Arbeit nicht frei nehmen bzw. hatte andere Verpflichtungen
- ☐ Medikamente oder Ausrüstung des Arztes / Therapeuten waren unzureichend
- ☐ Fähigkeiten des Arztes / Therapeuten waren unzureichend
- ☐ Wusste nicht, an wen ich mich wenden sollte
- ☐ Habe es versucht, Behandlung wurde aber verweigert
- ☐ Dachte, ich wäre nicht krank genug
- ☐ Andere Gründe, nämlich:

Hilfsmittelversorgung

76. Nennen Sie bis zu fünf technischen Hilfsmittel die für Sie besonders wichtig sind:

- 1)  (Freitext)
- 2)  (Freitext)
- 3)  (Freitext)
- 4)  (Freitext)
- 5)  (Freitext)

Wie gross ist Ihr gegenwärtiger Informationsbedarf in den folgenden drei Themenbereichen?

	<i>Kein Bedarf</i>	<i>Sehr gering</i>	<i>Eher gering</i>	<i>Eher gross</i>	<i>Sehr gross</i>
77. Beschaffung von Hilfsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Verfügbarkeit von Hilfsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. Hilfsmittelbenutzung und -wartung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Im Folgenden geht es um die Qualität der Hilfsmittelversorgung. Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen für Sie stimmen.

	<i>Stimmt nicht</i>	<i>Stimmt kaum</i>	<i>Stimmt eher</i>	<i>Stimmt genau</i>
80. Ich habe die Hilfsmittel, die ich benötige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Ich erhalte gute Beratung über Hilfsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Ich betreibe viel Aufwand, um meine Hilfsmittel zu beschaffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. Manche meiner Hilfsmittel sind von ungenügender Qualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Die Wartung meiner Hilfsmittel ist ungenügend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. Meine Hilfsmittel kosten mich viel Geld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. Ich muss aufgrund hoher Kosten auf gewisse Hilfsmittel verzichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte tragen Sie in der nachfolgenden Tabelle die Verfügbarkeit und Ihren Bedarf der genannten Hilfsmittel ein:

Die folgende Auswahl an Hilfsmitteln beruht auf Ergebnissen der SwiSCI-Befragung 2012.

	Bedarf des Hilfsmittels		Verfügbarkeit des Hilfsmittels		Häufigkeit der Nutzung			
	<i>Ich habe Bedarf</i>	<i>Ich habe keinen Bedarf</i>	<i>Steht mir zur Verfügung</i>	<i>Steht mir nicht zur Verfügung</i>	<i>Weniger als 1 mal pro Monat</i>	<i>1-3 mal pro Monat</i>	<i>1-6 mal pro Woche</i>	<i>Täglich</i>
87. Rollstuhl mit Motorantrieb <i>z.B. Elektro-Rollstuhl</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 88	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. Elektrounterstützung <i>z.B. e-motion</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 89	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Elektrozuggerät <i>z.B. Swiss-Trac, wheel-e</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 90	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. Sport-Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 91	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. Gehwagen / Rollator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 92	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. Patientenheber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 93	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. Deckenlift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 94	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94. Arm-Schiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 95	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95. Elektrische Stimulation zur Verbesserung der Gehfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >> weiter zu Frage 96	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte tragen Sie in der nachfolgenden Tabelle die Verfügbarkeit und Ihren Bedarf der genannten Hilfsmittel oder baulichen Massnahmen ein.

	Bedarf des Hilfsmittels		Verfügbarkeit des Hilfsmittels	
	<i>Ich habe Bedarf</i>	<i>Ich habe keinen Bedarf</i>	<i>Steht mir zur Verfügung</i>	<i>Steht mir nicht zur Verfügung</i>
96. Umweltkontrollgeräte <i>z.B. James, Omni, Sprachkontrolle</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97. Unterfahrbare Küchenarbeitsfläche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98. Unterfahrbares Spülbecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. Höhenverstellbare Kücheneinrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei den folgenden Fragen geht es um Hilfsmittel, die noch nicht existieren.

100. Bei welchen Verrichtungen des täglichen Lebens haben Sie Probleme, welche in Zukunft durch ein neuartiges Hilfsmittel stark erleichtert werden könnten?



101. Wie könnte dieses Hilfsmittel aussehen?



102. Welche der untenstehenden Aktivitäten haben Sie in den letzten drei Monaten zu privaten Zwecken im Internet ausgeübt?


- ☐ An einem sozialen Netzwerk teilnehmen (z.B. Facebook, Twitter, etc.)
- ☐ Dienstleistungen in den Bereichen Reisen und Unterkunft nutzen
- ☐ Video- oder Computerspiele spielen
- ☐ Gesundheitsrelevante Information suchen
- ☐ E-Banking (über ihr Bank- oder Postkonto Rechnungen zahlen, einen Kontoauszug anschauen, usw.)
- ☐ Über die Internetseite von einem Spital oder von einer Arztpraxis einen Termin mit einem Doktor vereinbaren

103. Welche neuen Onlinedienstleistungen in Zusammenhang mit Ihrer Rückenmarksverletzung wünschten Sie sich?



104. Haben Sie bereits einmal Direkthilfe der Schweizer Paraplegiker-Stiftung erhalten?

- ☐ Nein => weiter zu Frage 107
- ☐ Ja, und zwar für

- ☐ Wohnungsanpassung
- ☐ Mobilität ermöglichen (z.B. Autoanpassung)
- ☐ Arbeitsplatz anpassen
- ☐ Finanzielle Unterstützung für Sportgerät
- ☐ Finanzielle Unterstützung für Hilfsmittel
- ☐ Anderes, nämlich: 

Wie beurteilen Sie die Auswirkung aller Direkthilfen der Schweizer Paraplegiker-Stiftung die Sie erhalten haben?

Beurteilen Sie die Auswirkung in Bezug auf Ihre Selbständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe, indem Sie das entsprechende Feld ankreuzen.

Auswirkung aller Direkthilfen der Schweizer Paraplegiker-Stiftung auf Ihre...		Keine Verbesserung	Geringe Verbesserung	Beachtliche Verbesserung	Sehr grosse Verbesserung
105.	Selbständigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106.	Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lebenszufriedenheit

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben. Geben Sie an, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit jedem dieser Aspekte Ihres Lebens sind und kreuzen Sie das Kästchen an, das am besten mit Ihrem Gefühl übereinstimmt.

107. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

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

Wie zufrieden sind Sie mit ...	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
108. ... Ihrer Gesundheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109. ... Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110. ... sich selbst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111. ... Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112. ... Ihren Wohnbedingungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen enthalten eine Reihe von Wörtern, die unterschiedliche Gefühle und Empfindungen beschreiben. Bitte geben Sie an, wie stark diese Empfindungen während der vergangenen Woche waren. Lesen Sie jedes Wort und kreuzen Sie das Kästchen mit der zutreffendsten Antwort neben dem Wort an. Es ist nicht wichtig, in welcher konkreten Situation Sie sich in der vergangenen Woche so gefühlt haben.

Ich war / fühlte mich...	Ganz wenig oder gar nicht	Ein bisschen	Einigermassen	Erheblich	Äusserst
113. verärgert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. feindselig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. wach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. beschämt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. angeregt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. nervös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. entschlossen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. aufmerksam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. ängstlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. aktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Optimismus und persönliche Erfahrungen

123. Wie häufig sind Sie voll Kraft, Energie und Optimismus?



Im den folgenden Fragen geht es um persönliche Ansichten und Erfahrungen. Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, welches Ihre Ansicht am besten beschreibt.

	1 Überhaupt nicht	2	3	4	5 Vollständig
124. Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie den Kontakt zu Menschen, die Ihnen wichtig sind, aufrecht erhalten können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125. Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie ihren Gesundheitszustand aufrecht erhalten können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126. Machen Sie sich Sorgen darüber, was in der Zukunft auf Sie zukommen könnte? z.B. denken Sie, dass Sie in der Zukunft nicht mehr in der Lage sein werden, für sich selbst zu sorgen, oder dass Sie eine Last für andere sein werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
127. Denken Sie, dass Sie Ihre Träume, Hoffnungen und Wünsche verwirklichen können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128. Denken Sie, dass das Leben mit Ihrer Rückenmarksverletzung Sie zu einem stärkeren Menschen gemacht hat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129. Können Sie die wichtigen Entscheidungen in Ihrem Leben selbst treffen? z.B. wo Sie wohnen, mit wem Sie wohnen, wofür Sie Ihr Geld ausgeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130. Fühlen Sie sich einbezogen, wenn Sie in Gesellschaft anderer sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131. Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen Kontakte zu anderen Menschen fehlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132. Fühlen Sie sich ausgeschlossen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

133. Ist Ihnen in den letzten 12 Monaten ein schwerer Schicksalsschlag widerfahren? z.B. eine schwere Erkrankung oder ein Unfall, ein schlimmer Konflikt, eine Scheidung oder der Tod einer nahestehenden Person

☐ Nein

☐ Ja, nämlich:

Stimmung

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Stimmung und wie Sie sich gefühlt haben. Für jede Aussage gibt es 4 Antwortmöglichkeiten. Wählen Sie bitte die Antwortmöglichkeit aus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in der letzten Woche gefühlt haben.

134. Ich genieße Vieles genauso wie früher.

- ☐ Ganz genauso
- ☐ Nicht ganz so sehr
- ☐ Nur noch ein wenig
- ☐ Kaum oder gar nicht

135. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- ☐ Ja, so viel wie immer
- ☐ Nicht mehr ganz so viel
- ☐ Inzwischen viel weniger
- ☐ Überhaupt nicht

136. Ich fühle mich fröhlich.

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Meistens

137. Ich fühle mich, als wäre ich gebremst.

- ☐ Fast immer
- ☐ Sehr oft
- ☐ Manchmal
- ☐ Überhaupt nicht

138. Ich habe das Interesse an meiner äusseren Erscheinung verloren.

- ☐ Ja, stimmt genau
- ☐ Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- ☐ Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ☐ Ich kümmere mich so viel darum wie immer

139. Ich blicke mit Freude in die Zukunft.

- ☐ Ja, wie sonst auch
- ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Viel weniger als früher
- ☐ Kaum bis gar nicht

140. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.

- ☐ Oft
- ☐ Manchmal
- ☐ Eher selten
- ☐ Sehr selten

Einschätzung eigener Fähigkeiten

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Einschätzung Ihrer eigenen Fähigkeiten. Geben Sie bitte an, inwieweit diese Aussagen für Sie stimmen.

		<i>Stimmt nicht</i>	<i>Stimmt kaum</i>	<i>Stimmt eher</i>	<i>Stimmt genau</i>
141.	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
142.	In unerwarteten Situationen weiss ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
143.	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
144.	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
145.	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre allgemeinen Überzeugungen über sich selbst. Geben Sie bitte an, wie stark sie auf Sie zutreffen.

		<i>Trifft gar nicht zu</i>	<i>Trifft eher nicht zu</i>	<i>Trifft eher zu</i>	<i>Trifft voll und ganz zu</i>
146.	Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
147.	Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
148.	Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
149.	Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lebensziele

Die folgenden Fragen bestehen jeweils aus zwei gegensätzlichen Aussagen über Lebensziele und Lebenssinn. Die nummerierten Kreise stehen für Abstufungen zwischen diesen Gegensätzen. Bitte kreuzen Sie den Kreis an, welcher Ihre Ansicht in diesem Moment am besten beschreibt.

150. Im Leben habe ich:



151. Meine persönliche Existenz ist:



152. Beim Erringen der Lebensziele habe ich:



153. Ich habe:



Unterstützung durch Andere

Falls Sie es nötig hätten, was glauben Sie: Wieviel können Ihnen die folgenden Personen praktisch helfen, d.h. mit konkreter Hilfe oder Ratschlägen und Tipps?

Bitte beurteilen Sie die Möglichkeit einer Unterstützung, auch wenn Sie keine Hilfe benötigen. Falls einige 'sehr viel' Hilfe und andere wenig geben könnten: 'sehr viel' eintragen; praktische Hilfe = z.B. mal Einkaufen, wenn man krank ist oder zum Arzt begleiten, oder Tipps und Informationen geben, wenn man bestimmte Informationen sucht oder ein bestimmtes Problem hat.

Kreuzen Sie «Nicht zutreffend» an, falls es diese Personen nicht gibt.

		Gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr viel	Nicht zutreffend
154.	Ihr/e Partner/in		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
155.	Ihre Familie		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
156.	Ihre Freunde		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

Wie weit sind die folgenden Personen für Sie da, wenn das nötig wäre, zum Beispiel mit Verständnis und Zeit zum Reden?

Bitte beurteilen Sie die Möglichkeit einer Unterstützung, auch wenn Sie keine Hilfe benötigen. Falls einige Personen 'sehr viel' unterstützen und andere wenig 'sehr viel' eintragen.

Kreuzen Sie «Nicht zutreffend» an, falls es diese Personen nicht gibt.

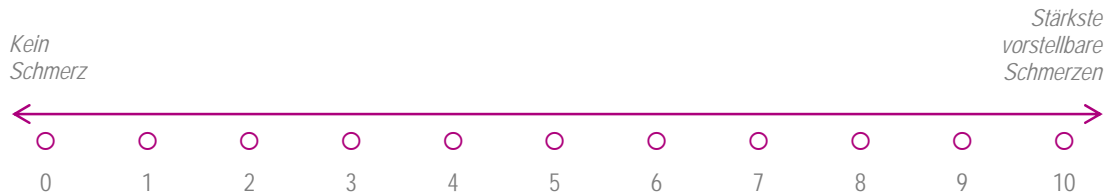
		Gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Voll und ganz	Nicht zutreffend
157.	Ihr/e Partner/in		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
158.	Ihre Familie		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
159.	Ihre Freunde		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

Schmerzen

In den folgenden Fragen geht es um Schmerzen.

>> Falls Sie in der vergangenen Woche keine Schmerzen hatten, gehen Sie bitte zu Frage 166.

160. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen in der letzten Woche am besten beschreibt.



161. Welche Art von Schmerzen hatten Sie in der vergangenen Woche?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Schmerzen des Bewegungsapparates (Muskeln, Gelenke, Knochen) oberhalb oder auf Lähmungshöhe z.B. Schmerzen in den Schultern, in den Händen, im Nacken
- ☐ Schmerzen innerer Organe z.B. Darm, Harnblase, Nieren, Magen
- ☐ Schmerzen infolge von Spasmen
- ☐ Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen) oberhalb der Lähmungshöhe
- ☐ Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen) auf Lähmungshöhe
- ☐ Nervenschmerzen (neuropathische bzw. Phantomschmerzen) unterhalb der Lähmungshöhe
- ☐ Kopfschmerzen, Zahnschmerzen
- ☐ Andere, nämlich:

162. Geben Sie bitte die Stelle(n) der Schmerzen an (Muskeln, Gelenke, Knochen, Nerven):

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Bauch |
| <input type="checkbox"/> Nacken | <input type="checkbox"/> Hüfte |
| <input type="checkbox"/> Rücken/Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Gesäss |
| <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> Oberschenkel |
| <input type="checkbox"/> Oberarme | <input type="checkbox"/> Knie |
| <input type="checkbox"/> Ellbogen | <input type="checkbox"/> Unterschenkel |
| <input type="checkbox"/> Unterarme | <input type="checkbox"/> Fussgelenk/Fuss |
| <input type="checkbox"/> Handgelenke/Hand | <input type="checkbox"/> Anderes, nämlich: |

Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in der vergangenen Woche beeinträchtigt haben, in Bezug auf:

163. Allgemeine Aktivität



164. Stimmung



165. Schlaf



Aktivitäten des täglichen Lebens

Im folgenden Abschnitt geht es darum, wie schwierig die Bewältigung gewisser Aufgaben für Sie ist. Bitte denken Sie dabei an die letzten 4 Wochen und beziehen Sie dabei die guten und die schlechten Tage in Ihrer Beurteilung mit ein.

Wie viel Schwierigkeiten bereitete es Ihnen in den <u>vergangenen 4 Wochen</u> ...	1 Keine Schwierig- keiten	2	3	4	5 Extrem grosse Schwierig- keiten
166. ... Alltagsaktivitäten auszuführen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
167. ... mit Stress umzugehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
168. ... Dinge zu tun die den Einsatz von Händen und Fingern erfordert <i>wie z.B. kleine Gegenstände aufheben oder Gefässe öffnen?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
169. ... dorthin zu kommen, wo Sie hin möchten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
170. ... öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
171. ... private Verkehrsmittel zu nutzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
172. ... sich um Ihre Gesundheit zu kümmern, gesund zu essen, Sport zu treiben oder Ihre Medikamente zu nehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
173. ... Ihren Haushalt zu führen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
174. ... andere zu pflegen oder zu unterstützen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
175. ... mit anderen Menschen zu interagieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
176. ... eine intime Beziehung zu führen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
177. ... Dinge zur Entspannung und zum Vergnügen zu tun?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
178. Wie viel Schwierigkeiten bereitet Ihnen Kurzatmigkeit während körperlichen Anstrengungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1 Keine Schwierig- keiten	2	3	4	5 Extrem grosse Schwierig- keiten
179. Können Sie ohne Hilfe sitzen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja → Wie schwierig ist es für Sie, über einen längeren Zeitraum (z.B. 30 Minuten) ohne Hilfe zu sitzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
180. Können Sie ohne Hilfe stehen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja → Wie schwierig ist es für Sie, über einen längeren Zeitraum (z.B. 30 Minuten) ohne Hilfe zu stehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Fähigkeit, gewisse Aktivitäten zu bewältigen. Bitte wählen Sie die Antwort, die am besten beschreibt, wie gut sie die Aktivität ohne Hilfe einer anderen Person, aber mit den Hilfsmitteln die Sie normalerweise brauchen, ausführen können (z.B. Rutschbrett, elektronisches Bett).

Sind Sie in der Lage ...	Ohne Schwierigkeiten	Mit geringen Schwierigkeiten	Mit einigen Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Gar nicht
181. ... vom Boden hoch zu kommen, wenn Sie auf dem Rücken liegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
182. ... eine schwere Tür aufzustossen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
183. ... sich auf den Rücken zu legen, wenn Sie auf dem Bettrand sitzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diskriminierung

184. Wurden Sie jemals aufgrund Ihrer Rückenmarksverletzung diskriminiert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein >> *weiter zu Frage 186*

185. Haben Sie sich deswegen an eine entsprechende Stelle gewendet?

- ☐ Ja

An wen haben Sie sich gewendet?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Behindertenorganisation oder deren Fachstelle z.B. SPV, Pro Infirmis, Inclusion Handicap
- ☐ Behörde z.B. kantonales Gesundheits- und Sozialdepartement
- ☐ Arbeitgeber
- ☐ Andere, nämlich: *✍*

Wurde das Problem gelöst?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Problem konnte gelöst werden
- ☐ Problem konnte teilweise gelöst werden
- ☐ Problem konnte nicht gelöst werden

- ☐ Nein

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Habe das Problem selber gelöst
- ☐ Wusste nicht genau wie ich das Problem angehen kann
- ☐ Glaube dass keine Fachstelle oder Organisation das Problem lösen kann
- ☐ War mir zu aufwendig
- ☐ Anderes, nämlich *✍*

Suche nach Gesundheitsinformationen

186. Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie diejenigen Informationen haben oder bekommen können, die Sie benötigen, um das Auftreten von rückenmarksverletzungsbezogenen Komplikationen zu minimieren?

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Wenig
- ☐ Einigermassen
- ☐ Sehr
- ☐ Vollkommen

187. Gibt es Aspekte in Bezug auf Ihre Rückenmarksverletzung, über die Sie gerne mehr Informationen hätten?


- ☐ Ja, über welche Themen?



- ☐ Nein

188. Welche Quellen benutzen Sie hauptsächlich, um rückenmarksverletzungsbezogene Informationen zu bekommen?


Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Andere Personen mit Querschnittlähmung
- ☐ Betroffenenorganisationen
- ☐ Fachleute z.B. Ärzte, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter
- ☐ Online-Medien
- ☐ Presse
- ☐ Andere, nämlich: 

Geschafft!

**Sie haben somit die gesamte SwiSCI Befragung 2017 abgeschlossen.
Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre wertvolle Mitarbeit!**

Falls Sie noch Kommentare und Anmerkungen anbringen möchten, haben Sie hier die Gelegenheit dazu:



.....

.....

.....

.....