

Leben in Deutschland

Befragung 2003
zur sozialen Lage
der Haushalte

Fragebogen: „Mutter und Kind“

Herzlichen Glückwunsch – noch nachträglich – zur Geburt Ihres Kindes! Für das „Leben in Deutschland“ ist die nachwachsende Generation besonders wichtig. In diesem kurzen Fragebogen geht es um Kinder, die **im Jahr 2002 oder 2003 geboren** wurden. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung des Kindes. Da es auch um die Schwangerschaft geht, richtet sich der Fragebogen nur an die Mütter.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.
Wir bitten Sie aber herzlich,
- unserem Mitarbeiter die Fragen zu beantworten
- oder den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen
lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:
Person Nr.:

Vorname der Mutter:

Bitte in Druckbuchstaben

1. Wie heißt Ihr neugeborenes Kind?

Person Nr.:

Vorname des Kindes:

Bitte in Druckbuchstaben

2. In welchem Jahr und Monat wurde Ihr Kind geboren?

Monat: 200

3. An welchem Ort fand die Entbindung statt?

- Zu Hause
- Im Krankenhaus
- Sonstiges

4. In der wievielten Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

In der . Woche

5. Wie groß und schwer war Ihr Kind zum Zeitpunkt der Geburt?

- Geburtsgewicht in Gramm.....
- Körpergröße in cm.
- Kopfumfang in cm.....

6. Nach der Geburt erhält man ein „Kinder-Untersuchungsheft“ für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (U2, U3, usw.).

Welche war die letzte durchgeführte Untersuchung bei Ihrem Kind?

Es wurden keine dieser Untersuchungen durchgeführt

7. Wurden bei Ihrem Kind Verzögerungen, Störungen oder Behinderungen der folgenden Art festgestellt?

☞ Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Ja:

- Wahrnehmung (Sehen, Hören)
- Motorik (Greifen, Krabbeln, Laufen)
- Neurologische Störung (Krämpfe u.ä)
- Sprache (Lautbildung, Spracherwerbsstörung)
- Regulation (untröstbares Schreien, dauerhafte
Schlaf- oder Essstörung)
- Chronische Krankheit
- Körperliche Behinderung
- Geistige Behinderung
- Nein, nichts davon

8. Wie oft haben Sie in den ersten drei Monaten nach der Geburt wegen gesundheitlicher Probleme des Kindes ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

mal *☞ (Falls Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.)*

Gar nicht.....

9. Gab es bei Ihrem Kind in den ersten drei Monaten nach der Geburt ernste gesundheitliche Probleme, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten?


Ja..... ⇒ und zwar..... Tage

Nein....

10. Um Ihr wieviertes Kind handelt es sich bei dem Neugeborenen?

Es ist das te Kind.

11. Handelt es sich um Ihr leibliches Kind?

Ja.....  **Sie springen auf Frage 14!**

12. War Ihre Schwangerschaft eher ungeplant oder eher geplant?

Eher ungeplant
 Eher geplant
 Erfolgte mit medizinischer Untersuchung
 (Hormonbehandlung, IVF).....

13. Wie war Ihr körperliches und seelisches Befinden im letzten Drittel der Schwangerschaft, während der Geburt und in den ersten drei Monaten nach der Geburt?

	Sehr gut	Gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
Körperliches Befinden				
Im letzten Drittel der Schwangerschaft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den ersten drei Monaten nach der Geburt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelisches/ Psychisches Befinden:				
Im letzten Drittel der Schwangerschaft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den ersten drei Monaten nach der Geburt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Bedingt durch die Geburt eines Kindes verändern sich ja die Lebensumstände.

**Man macht neue Erfahrungen und entwickelt neue Erwartungen an die Zukunft.
 Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Meine Lebensumstände haben sich sehr stark verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Aufziehen meines Kindes bereitet mir Glück und Freude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft am Ende meiner Kräfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Rolle als Mutter ist für mich sehr befriedigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich den neuen Aufgaben und Anforderungen oft nicht gewachsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lerne über das Kind auch andere Menschen kennen und knüpfe neue Kontakte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide darunter, auf meine Rolle als Mutter eingeschränkt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meinem Kind viel Zärtlichkeit zu geben, ist mir sehr wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Lebt der Vater des Kindes hier im Haushalt?

Ja.....

Nein

16. Wie stark fühlen Sie sich von Ihrem Partner bei der Betreuung des Kindes unterstützt?

Sehr stark

Stark

Eher wenig

Gar nicht

Trifft nicht zu, gibt keinen Partner ...

17. Sind Sie selbst die Hauptbetreuungsperson Ihres Kindes?

Ja.....

Nein

18. Wenn Sie einmal an eine normale Woche denken.

Gibt es außer Ihnen andere Personen, die die Betreuung des Kindes zeitweise übernehmen? Wenn, ja, welche Personen sind das und wie viele Stunden pro Woche übernehmen sie die Betreuung?

	Ja	Stunden	
(Ehe) Partner	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
Großeltern des Kindes	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
Ältere Geschwister des Kindes	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
Andere Verwandte	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
Tagesmutter	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
Krippe	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	Nein, niemand..... <input type="checkbox"/>

19. Wie sehen Sie Ihr Kind heute?

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu?

Trifft voll zu **Trifft eher zu** **Trifft eher nicht zu** **Trifft gar nicht zu**

Die Gesundheit meines Kindes macht mir Sorgen..... ===== ===== =====

Mein Kind ist meist fröhlich und zufrieden..... ===== ===== =====

Mein Kind ist leicht erregbar und weint häufig ===== ===== =====

Mein Kind ist schwer zu trösten..... ===== ===== =====

Mein Kind ist neugierig und aktiv..... ===== ===== =====

Listen- Nr.	Lfd. Nr.	Tag	Monat	Abrechnungs-Nummer	Unterschrift des Interviewers
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>