



Forschungsprojekt

„Gesundheit und Information in der Schwangerschaft“

Hochschule Neubrandenburg in Zusammenarbeit mit der AOK M/V

Betreuung: Prof. Dr. Thomas Elkeles; Studentische Mitarbeit: S. Thoms, K. Bahr

Fragebogen zur Bewertung der Schwangerenvorsorge

0: Persönliche Angaben

01: Wie alt sind Sie?

02: Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

Förder- und Sonderschulabschluss

Abschluss 8. Klasse

Volksschul-/Hauptschulabschluss

Mittlere Reife/Realschulabschluss

Abschluss 10. Klasse (POS)

Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)

Abitur (Hochschulreife), auch Berufsausbildung mit Abitur

Anderen Abschluss,

und zwar _____

Nichts davon, habe (noch) keinen Schulabschluss

03: Wo sind Sie wohnhaft?

Stadt Neubrandenburg Landkreis Ostvorpommern

Landkreis Demmin Landkreis Uecker-Randow

Landkreis Mecklenburg-Strelitz Landkreis Güstrow

Landkreis Müritz Sonstiges,
und zwar _____

04: Sind Sie Erstgebärende? ja nein

05: Leben Sie in einer Partnerschaft? ja nein

A: Geburtsvorbereitungskurs

A1: Wie gut fühlen Sie sich aufgrund des Kurses auf die Entbindung vorbereitet?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

A2: In welchem Maße sind Ihre Ängste um das Kind durch den Kurs zurück gegangen?

sehr stark stark mäßig kaum gar nicht

A3: Inwieweit sind Ihre Ängste vor dem Geburtsschmerz durch den Kurs weniger geworden?

A4: In welchem Maße haben Sie Mitspracherecht bei der Gestaltung des Kurses?

A5: Inwieweit fühlen Sie sich aufgrund des Kurses in der Lage, selbständig Warnsignale Ihres Körpers zu erkennen?

A6: Inwieweit geben Ihnen die Informationen, die in dem Kurs vermittelt wurden, das Selbstvertrauen, Ihre Interessen auch gegenüber Gesundheitsexperten (z.B. Ärzte, medizinisches Personal) durchzusetzen?

A7: Inwieweit werden die Schwerpunkte Information, Gespräche und Körperübungen im Kurs entsprechend Ihren Bedürfnissen angeboten?

weiter mit Frage A9

A8: Wenn Sie Frage A7 mit „mäßig“ oder schlechter bewertet haben, wovon wünschen Sie sich mehr? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an! (Mehrere Antworten sind möglich.)

- Informationsanteile
 - Gesprächsanteile
 - Körperübungen
 - Sonstiges, und zwar:
-

A9: (Nur für Kursteilnehmerinnen, die in einer Partnerschaft leben.)

	sehr stark	stark	mäßig	kaum	gar nicht
Inwiefern ermöglicht es der Kurs Ihrem Partner, in dem von Ihnen gewünschten Maße an der Geburtsvorbereitung mitzuwirken?	<input type="checkbox"/>				

B: Schwangerenvorsorge allgemein

	sehr stark	stark	mäßig	kaum	gar nicht
B1: In welchem Maße geht Ihr Frauenarzt auf Ihre Bedürfnisse und Ängste in Bezug auf die Schwangerschaft ein?	<input type="checkbox"/>				

B2: In welchem Maße klärt Sie Ihr Frauenarzt über Nutzen und Risiken der in der Schwangerschaft empfohlenen medizinischen Untersuchungen auf?	<input type="checkbox"/>				
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

B3: (Nur für Kursteilnehmerinnen, die in einer Partnerschaft leben.)

Inwiefern wird Ihr Partner in dem von Ihnen gewünschten Maße in die Schwangerenvorsorge beim Frauenarzt einbezogen?	<input type="checkbox"/>				
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

B4: In welchem Maße sind die Informationen, die Sie beim Frauenarzt und im Geburtsvorbereitungskurs erhalten, aufeinander abgestimmt?	<input type="checkbox"/>				
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

B5: In welchem Maße wünschen Sie sich neben der Betreuung durch den Gynäkologen und den Geburtsvorbereitungskurs noch weitere Beratungsangebote?	<input type="checkbox"/>				
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

B6: Hat Ihr Frauenarzt Sie über weitere Beratungsangebote informiert?

ja nein

B7: Kennen Sie das Programm BabyCare?

ja

nein

Wenn Sie diese Frage mit "Nein" beantwortet haben, ist die Befragung an dieser Stelle beendet. Vielen Dank!

B8: Wie haben Sie von dem Programm erfahren? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Frauenarzt | <input type="checkbox"/> | Familien- bzw. Bekanntenkreis | <input type="checkbox"/> |
| Krankenkasse | <input type="checkbox"/> | Internet | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: | <input type="checkbox"/> | Zeitschrift | <input type="checkbox"/> |

B9: Nehmen Sie an dem Programm BabyCare teil?

ja nein

weiter mit Frage B11

B10: Warum nehmen Sie nicht an dem Programm teil?

	Trifft...				
	völlig zu	überwiegend zu	teilweise zu	kaum zu	überhaupt nicht zu
Mir fehlt die Zeit mich mit dem Programm auseinander zu setzen.	<input type="checkbox"/>				
Meiner Meinung nach gibt es bereits genügend Informationsangebote zum Thema Schwangerschaft und Geburt.	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich bereits ausreichend durch meinen Frauenarzt und/oder Hebamme informiert.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe schon ausreichende Erfahrungen in vorherigen Schwangerschaften und Geburten gesammelt.	<input type="checkbox"/>				
Ich glaube nicht, dass dieses Programm für mich	<input type="checkbox"/>				

hilfreich sein kann.

Ich finde das Konzept von BabyCare zu unpersönlich.

Das Ausfüllen von Fragebögen ist mir zu umständlich.

Ich bin nicht bereit, für die Teilnahme an dem Programm finanziell aufzukommen und meine Krankenkasse übernimmt die Kosten nicht.

Ich bin nicht bereit, im Vorfeld für das Programm zu zahlen, um erst später die Kosten von der Krankenkasse erstattet zu bekommen.

Sonstiges,
und zwar _____

⇒ An dieser Stelle endet für Sie die Befragung, Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

B11: Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie wie stark zu?

	Trifft...				
	völlig zu	überwiegend zu	teilweise zu	kaum zu	überhaupt nicht zu
Das Handbuch ist gut verständlich.	<input type="checkbox"/>				
Die Informationen aus dem Handbuch sind hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
Das BabyCare-Antwortschreiben hat meine Erwartungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>				
Die Informationen aus dem Antwortschreiben sind auf meine Bedürfnisse zugeschnitten.	<input type="checkbox"/>				
Das Programm hat mir neue Erkenntnisse gebracht.	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich durch die Teilnahme an dem Programm sicherer im Umgang mit der Schwangerschaft.	<input type="checkbox"/>				
Ich versuche, die Empfehlungen im Alltag umzusetzen.	<input type="checkbox"/>				
Ich bin durch BabyCare gesundheitsbewusster geworden.	<input type="checkbox"/>				

B12: Bitte bewerten Sie das Programm BabyCare mit einer Schulnote!

1 = sehr gut

2 = gut

3 = befriedigend

4 = ausreichend

5 = mangelhaft

6 = ungenügend

Schulnote (mit bis zu einer Dezimalstelle) bitte hier eintragen:

,

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!