

Fragebogen zur Beanspruchung

Die folgenden Aussagen beschreiben Gefühle und Eindrücke, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit jede Aussage für Sie zutrifft.

		trifft gar nicht zu	über- wiegend nicht	eher nicht	teils, teils	eher ja	über- wiegend ja	trifft völlig zu
1	Ich habe oft den Eindruck, nicht alles schaffen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich fühle mich optimistisch und schwungvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich fühle mich manchmal machtlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich befürchte, dass meine Arbeit mich emotional verhärtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bei meiner Arbeit fühle ich mich oft entmutigt und denke darüber nach, ob ich den Job aufgeben soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Durch die Arbeit bin ich oft gereizt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich fühle mich manchmal wie ausgebrannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich muss mich manchmal zwingen, nicht grob zu einem Bewohner zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Es kommt vor, dass mich die Arbeit seelisch zu stark belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Hin und wieder verliere ich bei der Arbeit die Geduld und werde ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weiter Seite 2 >>

Nun folgen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit. Zunächst geht es darum, wie oft bei Ihnen die folgenden körperlichen Beschwerden auftreten:

(Schildern Sie bitte nicht Ihre vielleicht nur heute vorhandenen Beschwerden, sondern die Beschwerden, die während der letzten Zeit auftraten. Kreuzen Sie bitte immer ein Antwortkästchen an, und zwar das, welches noch am ehesten für Sie zutrifft.)

Wie häufig waren diese körperlichen Beschwerden in der letzten Zeit?		fast täglich	etwa 3x in der Woche	etwa 2x im Monat	etwa 2x im Jahr	praktisch nie
11	Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen noch müde und zerschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ist Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ermüden Sie schnell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand insgesamt während der letzten Zeit ein?		sehr gut	gut	teils, teils	eher schlecht	schlecht
15	Mein Gesundheitszustand ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei der nächsten Frage bitten wir Sie, zu einer Aussage Stellung zu nehmen, die Ihre außerberufliche Situation betrifft. Kreuzen Sie bitte das Antwortkästchen an, welches Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
16	Ich fühle mich oft als Außenseiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		voll und ganz	weitgehend	teilweise	nein
17	Können Sie sich in Ihrer Freizeit ausreichend entspannen (z. B. durch Erholung, Sport ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!