

Fragebogen Handlungsmöglichkeiten (capabilities) für einen aktiven Alltag

Frageblock 1 – Informationsgewinnung

Denken Sie an Ihr Lebensumfeld, d. h. Ihren Wohnort oder Ihre Nachbarschaft. *Pro Zeile eine Antwort.*

		Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
1	Ich weiß, wo ich mich über Bewegungsempfehlungen für mein Alter informieren kann, um gesund zu bleiben (z. B. Empfehlungen zu Häufigkeit/ Dauer von körperlicher Aktivität).	<input type="radio"/>				
2	Ich weiß, wo ich mich über Sport- und Bewegungsarten informieren kann, die ich persönlich in meinem Alter ausüben darf.	<input type="radio"/>				
3	Ich weiß, wo ich Informationen über örtliche Bewegungs- angebote finden kann.	<input type="radio"/>				

Frageblock 2 – Bewegung vor Ort

Denken Sie an Ihr Lebensumfeld, d. h. Ihren Wohnort oder Ihre Nachbarschaft. *Pro Zeile eine Antwort.*

		Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
4	Ich habe die Möglichkeit, nahegelegene Wege und Plätze zu nutzen, wie z. B. Spazier- und Wanderwege, Grünanlagen.	<input type="radio"/>				
5	Ich habe die Möglichkeit, mich in einer sicheren und geschützten Umgebung aufzuhalten (z. B. Wohnort, Nachbarschaft mit geringer Kriminalität).	<input type="radio"/>				

6	Ich habe die Möglichkeit, mich in einer barrierearmen Umgebung zu bewegen (z. B. Wohnort, Nachbarschaft ohne Sturz- und Stolpergefahr).	<input type="radio"/>				
7	Ich habe die Möglichkeit, zu Fuß zu gehen oder mit dem Fahrrad zu fahren, um von einem Ort zum anderen zu kommen.	<input type="radio"/>				
8	Ich habe die Möglichkeit, an Bewegungs- und Sportkursen teilzunehmen (z. B. in Vereinen, Fitnessstudios oder der VHS).	<input type="radio"/>				
9	Wenn ich das möchte, kann ich mich im Großen und Ganzen nach meinen Wünschen in meiner Nachbarschaft bewegen (z. B. Fahrradfahren, Spaziergehen).	<input type="radio"/>				

Fragenblock 3 – Soziale Unterstützung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Familie, Ihre Bekannten, Ihren Freundeskreis. *Pro Zeile eine Antwort*

		Ja	Nein
10	Mein soziales Umfeld (Familie, Freunde, Bekannte) unterstützt mich dabei körperlich aktiv zu sein.	<input type="radio"/> ↓ weiter zu Frage 11	<input type="radio"/> ↓ weiter zu Frage 15

		Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
11	Ich habe Familie, Freunde, Bekannte, die sich mit mir gemeinsam bewegen.	<input type="radio"/>				
12	Ich finde mit meiner Familie, meinen Freunden, Bekannten passende Angebote oder Möglichkeiten, um gemeinsam aktiv zu sein.	<input type="radio"/>				

13	Ich habe die Möglichkeit von meiner Familie, meinen Freunden, Bekannten motiviert zu werden, um mich zu bewegen.	<input type="radio"/>				
14	Wenn ich das möchte, habe ich die Möglichkeit, von meiner Familie, meinen Freunden, Bekannten entlastet zu werden, um Zeit für Bewegung zu haben.	<input type="radio"/>				

		Ja	Nein
15	Ich habe familiäre Verpflichtungen in meinem Alltag.	<input type="radio"/> ↓ weiter zu Frage 16	<input type="radio"/> ↓ weiter zu Frage 17

		Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
16	Ich habe die Möglichkeit, trotz familiärer Verpflichtungen körperlich aktiv zu sein.	<input type="radio"/>				

		Ja	Nein
17	Ich gehe einer beruflichen/ehrenamtlichen Tätigkeit nach.	<input type="radio"/> ↓ weiter zu Frage 18	<input type="radio"/> ↓ weiter zu Frage 20

		Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
18	Ich habe die Möglichkeit, trotz beruflicher/ehrenamtlicher Verpflichtungen, im gewünschten Umfang körperlich aktiv zu sein.	<input type="radio"/>				
19	Ich habe die Möglichkeit, mich während meiner beruflichen/ehrenamtlichen Tätigkeiten aktiv zu bewegen, wie ich das gerne möchte (z.B. Austragen des Gemeindebriefs).	<input type="radio"/>				

Fragenblock 4 – Körperliche Aktivität im Alltag

Wie würden Sie folgende Bereiche in Ihrem Alltag beschreiben? *Pro Zeile eine Antwort.*

		Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
20	Ich denke, dass regelmäßige Bewegung gut für meine Gesundheit ist.	<input type="radio"/>				
21	Mein Gesundheitszustand erschwert es mir, mich zu bewegen.	<input type="radio"/>				
22	Ich habe die Möglichkeit, mich in meinem Alltag in dem Umfang zu bewegen, wie ich das gerne möchte.	<input type="radio"/>				
23	Ich habe die Möglichkeit, Geld für Bewegung zur Verfügung zu haben (z. B. für Kursgebühren, Sportbekleidung).	<input type="radio"/>				
24	Ich habe die Möglichkeit, meine Freizeit nach meinen Bedürfnissen zu gestalten.	<input type="radio"/>				
25	Ich habe die Möglichkeit, mich zu Hause zu bewegen (z. B. in Form von Haus- und Gartenarbeit, Bewegungsübungen).	<input type="radio"/>				

		Ja	Nein
26	Gab es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Veränderungen wie beispielsweise Umzug in einen neuen Wohnort, berufliche Veränderung, Renteneintritt, Veränderung der Familienverhältnisse, etc.?	<input type="radio"/> ↓ weiter zu Frage 27	<input type="radio"/> ↓ weiter zu Frage 29

		Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
27	Beeinflusst diese Veränderung Ihre Möglichkeiten Ihr gewünschtes Bewegungsverhalten beizubehalten?	<input type="radio"/>				

		Positiv	Gleichbleibend	Negativ
28	Wie beeinflusst diese Veränderung Ihre Möglichkeiten Ihr gewünschtes Bewegungsverhalten beizubehalten?	○	○	○

Fragenblock 5 – Angaben zu meiner Person

Körperliche Aktivität		
29	An wie vielen Tagen in einer gewöhnlichen Woche betreiben Sie moderate körperliche Aktivität, bei der Atmung und Puls leicht zunehmen, wie flottes Gehen, Fahrrad fahren, Schwimmen etc. mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten?	Anzahl der Tage: _____
		<input type="checkbox"/> nie
30	An wie vielen Tagen in einer gewöhnlichen Woche gehen Sie zu Fuß oder fahren Sie mit dem Fahrrad, um von einem Ort zum anderen zu kommen, mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten?	Anzahl der Tage: _____
		<input type="checkbox"/> nie
31	Wie viele Stunden verbringen Sie an einem gewöhnlichen Tag mit Sitzen oder Ruhen (ohne Schlafenszeit)?	Anzahl der Stunden: <input type="checkbox"/> 1–3 <input type="checkbox"/> 4–6 <input type="checkbox"/> 7–9 <input type="checkbox"/> >10

		Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
32	Ich kann mich ohne Hilfsmittel bewegen (z. B. Gehhilfe, Rollstuhl).	○	○	○	○	○

		Sehr gut	Gut	Teils/teils	Schlecht	Sehr schlecht
33	Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bewerten?	○	○	○	○	○

34	Geburtsland:					
○	Deutschland	○	Anderes, und zwar: _____			

35	Alter:
Bitte tragen Sie Ihr Geburtsdatum (Monat / Jahr) ein: __ / ____	

36	Familienstand:		
<input type="radio"/>	Ledig	<input type="radio"/>	Verwitwet
<input type="radio"/>	Verheiratet, in Partnerschaft lebend	<input type="radio"/>	Geschieden, getrennt lebend

37	Wohnsituation:		
<input type="radio"/>	Eigener Haushalt (evtl. mit Partner*in)	<input type="radio"/>	Bei Angehörigen lebend (z. B. Kinder)
<input type="radio"/>	Wohneinrichtung (z. B. Pflegeheim, betreutes Wohnen)	<input type="radio"/>	Andere, und zwar: _____

38	Höchster allgemeinbildender Abschluss:		
<input type="radio"/>	Abitur, Fachhochschulreife	<input type="radio"/>	Hauptschulabschluss
<input type="radio"/>	Mittlere Reife	<input type="radio"/>	Meisterprüfung
<input type="radio"/>	Ohne Schulabschluss		

39	Ich gehöre zu einer oder mehrerer der folgenden Gruppen:		
<input type="radio"/>	Erwerbstätig	<input type="radio"/>	Rentner/ Pensionär, im Vorruhestand
<input type="radio"/>	Ehrenamtliche Verpflichtung	<input type="radio"/>	Hausmann, Hausfrau

40	Ich bin...		
<input type="radio"/>	weiblich	<input type="radio"/>	männlich
		<input type="radio"/>	divers

41	Haben Sie noch Anmerkungen?		

Damit sind wir am Ende unserer Befragung. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!