

OxCAP-MH

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Lebensqualität insgesamt.

<p>1 Wenn Sie sich mit gleichaltrigen Menschen vergleichen, schränkt Ihr Gesundheitszustand Ihre Alltagsaktivitäten auf irgendeine Weise ein?</p> <p><i>[Bitte kreuzen Sie eine Antwort an]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Immer</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens</p> <p><input type="checkbox"/> Manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr selten</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>2 Können Sie Freunde oder Verwandte in geselligem Rahmen treffen?</p> <p><i>[Bitte kreuzen Sie eine Antwort an]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Immer</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens</p> <p><input type="checkbox"/> Manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr selten</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>3 Wie oft haben Sie in den vergangenen 4 Wochen weniger Schlaf gefunden, weil Sie sich Sorgen gemacht haben?</p> <p><i>[Bitte kreuzen Sie eine Antwort an]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Immer</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens</p> <p><input type="checkbox"/> Manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr selten</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>4 Wie oft konnten Sie in den vergangenen 4 Wochen Ihre Freizeitaktivitäten genießen?</p> <p><i>[Bitte kreuzen Sie eine Antwort an]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Immer</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens</p> <p><input type="checkbox"/> Manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr selten</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>5 Wie geeignet oder ungeeignet ist Ihre Wohnsituation für Ihre derzeitigen Bedürfnisse?</p> <p><i>[Bitte kreuzen Sie eine Antwort an]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sehr geeignet</p> <p><input type="checkbox"/> Ziemlich geeignet</p> <p><input type="checkbox"/> Weder geeignet noch ungeeignet</p> <p><input type="checkbox"/> Ziemlich ungeeignet</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr ungeeignet</p>
<p>6 Bitte geben Sie an, wie sicher Sie sich fühlen, wenn Sie allein in der Nähe Ihrer Wohnung zu Fuß unterwegs sind:</p> <p><i>[Bitte kreuzen Sie eine Antwort an]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sehr sicher</p> <p><input type="checkbox"/> Ziemlich sicher</p> <p><input type="checkbox"/> Weder sicher noch unsicher</p> <p><input type="checkbox"/> Ziemlich unsicher</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr unsicher</p>

<p>7 Bitte geben Sie an, wie wahrscheinlich es Ihrer Meinung nach ist, dass Sie in Zukunft angegriffen werden (einschließlich sexueller und häuslicher Gewalt):</p> <p><i>[Bitte kreuzen Sie eine Antwort an]</i></p>	<input type="checkbox"/> Sehr wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Ziemlich wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Weder wahrscheinlich noch unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> Ziemlich unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> Sehr unwahrscheinlich				
<p>8 Wie wahrscheinlich ist es Ihrer Meinung nach, dass Sie diskriminiert werden?</p> <p><i>[Bitte kreuzen Sie eine Antwort an]</i></p>	<input type="checkbox"/> Sehr wahrscheinlich <i>(Weiter mit 8a)</i> <input type="checkbox"/> Ziemlich wahrscheinlich <i>(Weiter mit 8a)</i> <input type="checkbox"/> Weder wahrscheinlich noch unwahrscheinlich <i>(Weiter mit 9)</i> <input type="checkbox"/> Ziemlich unwahrscheinlich <i>(Weiter mit 9)</i> <input type="checkbox"/> Sehr unwahrscheinlich <i>(Weiter mit 9)</i>				
<p>8a Aus welchen der folgenden Gründe ist es Ihrer Meinung nach wahrscheinlich, dass Sie diskriminiert werden?</p> <p><i>[Bitte kreuzen Sie bis zu drei Antworten an]</i></p>	<input type="checkbox"/> Volkszugehörigkeit/ethnische Zugehörigkeit <input type="checkbox"/> Geschlecht <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> Sexuelle Orientierung <input checked="" type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> Gesundheitszustand oder Behinderung (einschließlich geistiger Gesundheit)				
<p>9 Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder nicht zustimmen:</p> <p><i>[Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jeweils eine Antwort an]</i></p>	Stimme stark zu	Stimme zu	Stimme weder zu noch nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
<p>9a Ich kann Entscheidungen beeinflussen, die sich auf mein Wohngebiet auswirken.</p>					
<p>9b Ich kann meine Ansichten frei äußern, auch meine politischen und religiösen Ansichten.</p>					
<p>9c Ich kann Pflanzen, Tiere und die Natur würdigen und wertschätzen.</p>					
<p>9d Ich respektiere, wertschätze und würdige die Menschen in meiner Umgebung.</p>					
<p>9e Mir fällt es leicht, die Liebe, Fürsorge und Unterstützung meiner Familie und/oder Freunde anzunehmen und zu genießen.</p>					
<p>9f Ich kann selbst frei entscheiden, wie ich mein Leben lebe.</p>					
<p>9g Ich kann meiner Fantasie freien Lauf lassen und mich kreativ ausdrücken (z.B. durch Kunst, Literatur, Musik, usw.).</p>					
<p>9h Ich habe Zugang zu interessanten Aktivitäten (oder Erwerbstätigkeit).</p>					