

SWIFS (Swiss Infant Feeding Study)

FRAGEBOGEN

Liebe MUTTER,

Sie halten den Fragebogen der SWIFS-Studie in den Händen. SWIFS ist eine Studie zu Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr und der Gesundheit von Mutter und Kind, die im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit durch das Schweizerische Tropen und Public Health Institut durchgeführt wird.

Wir möchten Sie einladen, den Fragebogen auszufüllen. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mit beiliegendem, vorfrankiertem Couvert an uns zurück.

Bitte versuchen Sie alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie nicht sicher sind, gibt es die Möglichkeit „Weiss nicht“ anzukreuzen. Beispielsweise:

Frage xx: Ja Nein Weiss nicht

In der Regel ist eine Antwort pro Frage korrekt, doch manchmal mag es mehrere Antworten geben, diese Fragen sind mit dem Satz „*Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen*“ gekennzeichnet. Sollten keine der Antworten auf Ihre Situation/Ihr Kind zutreffen, können Sie „Anderes“ ankreuzen und handschriftlich ergänzen. Beispielsweise:

Frage xx (Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen):

xxx

xxx

Anderes



Haben Sie Fragen an uns? Möchten Sie uns etwas mitteilen? Dann können Sie uns gerne kontaktieren oder am Ende des Fragebogens Ihre Bemerkungen aufschreiben.

Für Ihre Teilnahme möchten wir Ihnen ganz herzlich danken!

Ihr SWIFS Studien-Team

Tel. +41 061 284 83 88 (Sekretariat: Nora Bauer), E-Mail: swifs-tph@unibas.ch

Fragen zu Ihrem jüngsten Kind

Falls Sie Zwillinge bzw. Mehrlinge geboren haben, füllen Sie bitte diesen Fragebogen für das erstgeborene Zwillings- bzw. Mehrlingskind aus. Für das zweitgeborene Zwillings- bzw. Mehrlingskind füllen Sie bitte den für Sie beigelegten Fragebogen für Zwillinge aus.

- 1 Geburtsdatum Ihres Kindes** _____
- 2 Geschlecht Ihres Kindes** Mädchen Junge
- 3 Geburtsgewicht Ihres Kindes in Gramm** _____ g
- 4 Schwangerschaftsdauer bis zur Geburt** _____ Wochen und _____ Tage

Fragen zur Schwangerschaft mit Ihrem jüngsten Kind

- 5 War der Zeitpunkt Ihrer Schwangerschaft** geplant ungeplant
- 6 In welcher Schwangerschaftswoche waren Sie das erste Mal wegen Ihrer Schwangerschaft bei einer Ärztin, einem Arzt oder einer Hebamme in Kontrolle, beziehungsweise Untersuchung?**

In der _____ Schwangerschaftswoche

Ich weiss es nicht mehr

- 7 Wurden Sie vor oder am Anfang der Schwangerschaft von einer Ärztin, einem Arzt, einer Hebamme oder einer anderen medizinischen Fachperson zu folgenden Themen beraten?**

	Ja, ich wurde beraten	Nein, ich wurde nicht beraten	Ich weiss es nicht mehr
Einnahme von Folsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einnahme von Supplementen (Vitamine, Eisen, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährung während der Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft und Stillzeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 Haben Sie vor/während der Schwangerschaft Ihres jüngsten Kindes Folsäure eingenommen?

- Nein
- Ja, mindestens 1 Monat vor der Empfängnis.
- Ja, vor der 8. Schwangerschaftswoche.
- Ja, nach der 8. Schwangerschaftswoche.
- Ich weiss es nicht mehr.

Falls ja, wie oft haben Sie Folsäure eingenommen?

- Weniger als 1x pro Monat.
- 1-3x pro Monat.
- 1-3x pro Woche.
- 4-6x pro Woche.
- Täglich.
- Ich weiss es nicht mehr.
- Anderes: _____

9 Haben Sie während der Schwangerschaft Ihres jüngsten Kindes eine spezielle Nahrungsergänzung oder ein Kombipräparat eingenommen (auch wenn nur vorübergehend)?

	Ja, weniger als 1x pro Monat	Ja, 1-3x pro Monat	Ja, 1-3x pro Woche	Ja, 4-6x pro Woche	Ja, täglich	Ich weiss es nicht
<input type="checkbox"/> Kombipräparate (wie z.B. Elevit [®] , Andreavit [®])	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Vitamine	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Mineralstoffe (wie z.B. Calcium, Eisen, Magnesium)	0	0	0	0	0	0

10 Wieviel wogen Sie vor der Schwangerschaft? _____ kg

11 Wieviel haben Sie bis zum Ende der Schwangerschaft zugenommen? _____ kg

12 Hatten Sie Komplikationen während der Schwangerschaft?

- Nein
- Ja

Falls ja: Welche Komplikationen?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Blutungen
- Hoher Blutdruck
- Vorzeitige Wehen
- Eiweiss im Urin
- Schwangerschaftsdiabetes
- Schwangerschaftstoxikose
(=Schwangerschaftsvergiftung)

andere Komplikationen, nämlich: _____

13 Haben Sie vor der Geburt Informationen zum Stillen erhalten?

- Nein, ich habe keine Informationen zum Stillen erhalten.
- Nein, ich brauchte keine Informationen zum Stillen.
- Ja

Falls ja: Von wo/wem haben Sie die Informationen erhalten?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Aus einem Geburtsvorbereitungskurs.
- Von einer Hebamme.
- Von der Ärztin/vom Arzt.
- Von Freundinnen oder Verwandten.
- Buch/elektronische Medien.
- Andere Quellen, und zwar: _____

14 Welche Einstellung zum Stillen hatten Sie während der Schwangerschaft?

- Ich hatte mir vorgenommen zu stillen.
- Ich wollte es auf mich zukommen lassen.
- Ich wollte nicht stillen.

15 Welche Einstellung zum Stillen hatte der Vater des Kindes?

- Er fand es wichtig, dass ich unser Kind stille.
- Er konnte sich beides vorstellen (Stillen oder nicht).
- Er war dagegen, dass ich unser Kind stille.
- Er hat sich nicht mit Fragen der Säuglingsernährung befasst.
- Ich weiss es nicht.

16 Welche Einstellung haben Sie zum Stillen/Abpumpen am Arbeitsplatz?

- Ich habe/hätte kein Problem damit, am Arbeitsplatz zu stillen.
- Mir wäre es unangenehm, am Arbeitsplatz zu stillen.
- Ich habe keine eindeutige Meinung dazu.

Fragen zur Geburt

17 Wo wurde Ihr Kind geboren?

- In folgender Klinik/Spital: Name _____ Ort _____
- In folgendem Geburtshaus: Name _____ Ort _____
- Zuhause
- Anderes: _____

18 Wurde ein Kaiserschnitt gemacht?

- Nein
- Ja

Falls ja, welche Aussage trifft zu?

- Der Kaiserschnitt war geplant, es war mein Wunsch.
- Der Kaiserschnitt war geplant, ich hatte bereits früher einen Kaiserschnitt.
- Der Kaiserschnitt war geplant, aus medizinischen Gründen.
- Der Kaiserschnitt war ungeplant, es kam während der Geburt zu Komplikationen/einem Notfall.

19 Erhielten Sie Schmerzmittel während der Geburt?

- Nein
- Ja, ich erhielt Schmerzmittel.
- Ja, eine Periduralanästhesie, auch PDA genannt (Rückenmark-Teilnarkose).
- Ich es weiss nicht mehr.

20 Gab es Komplikationen bei der Geburt?

- Nein
- Ja

Falls ja: Welche Komplikationen?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Abnorme Lage des Kindes (z.B. Steisslage).
- Sauerstoffmangel beim Kind.
- Zangengeburt/Saugglocke.
- Grosser Blutverlust mit Bluttransfusion.
- Andere Komplikationen, nämlich: _____

Falls ja: Kam es nach der Geburt zu einer Trennung von Ihnen und Ihrem Kind?

- Nein
- Ja, ich wurde auf eine andere Station/in ein anderes Spital verlegt.
- Ja, mein Kind wurde auf eine andere Station/in ein anderes Spital verlegt.

21 Konnten Sie Ihr Kind sofort nach der Geburt zu sich nehmen?

- Mein Kind wurde mir sofort nach der Geburt auf die Brust/den Bauch/in die Arme gelegt.
- Ich konnte mein Kind sehen, jedoch nicht sofort nach der Geburt zu mir nehmen.
- Nein, das war nicht möglich.

22 Wann machte Ihr Kind einen ersten Trinkversuch an der Brust? Dabei ist es egal, ob es wirklich getrunken hat oder nicht.

- Innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt
- Innerhalb der zweiten Stunde nach der Geburt
- Später
- Nie

Die erste Zeit nach der Geburt

23 War Ihr Kind während der ersten Lebenstage längere Zeit von Ihnen getrennt?

- Nein, es war Tag und Nacht bei mir.
- Ja, es war ein- bis zweimal ein paar Stunden von mir getrennt.
- Mein Kind war tagsüber bei mir, nachts schlief es in einem anderen Zimmer.
- Anderes: _____

24 Haben Sie Ihr Kind gestillt?

- Ja
- Nein

Falls Sie nicht gestillt haben: Was waren Ihre Gründe nicht zu stillen?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Ich wünschte es so.
- Ich war sehr müde/erschöpft.
- Ich nehme Medikamente, die das Stillen nicht erlauben.
- Ich habe/hatte gesundheitliche Probleme.
- Mein Kind hat/hatte gesundheitliche Probleme.
- Ich habe ungeeignete Brustwarzen.
- Ich hatte Schwierigkeiten beim Stillen eines früheren Kindes.
- Es liess sich nicht mit meiner beruflichen Tätigkeit vereinbaren.
- Es liess sich nicht mit meinen Haushalts- und familiären Verpflichtungen vereinbaren.
- Anderer Gründe: _____

25 Was hat Ihr Kind in den ersten Lebenstagen zu trinken erhalten?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Es erhielt Muttermilch (ich habe gestillt oder Milch abgepumpt).
- Es erhielt Wasser.
- Es erhielt Maltodextrinlösung (Zuckerwasser).
- Es erhielt Säuglingsanfangsnahrung.
- Etwas anderes: _____
- Ich weiss nicht, ob es noch etwas anderes als Muttermilch erhalten hat.

26 Wie lange blieben Sie nach der Geburt im Spital, der Klinik resp. im Geburtshaus?

- _____ Tage
- Ich habe ambulant geboren.
 - Ich habe zu Hause geboren.
 - Anderes: _____

27 In den ersten Tagen zu Hause (nach Entlassung aus dem Spital / der Klinik / dem Geburtshaus oder nach einer Hausgeburt) wer hat Sie zu Hause betreut, unterstützt und entlastet?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Mein Partner
- Jemand aus der Familie: _____
- Hebamme
- Spitex
- Jemand anderes: _____
- Niemand

Falls Sie zu Hause von einer Hebamme betreut wurden, wie oft hat Sie die Hebamme besucht?

_____mal

28 Hatte Ihr Kind während der ersten Lebenstage/-wochen gesundheitliche Probleme?

- Nein
- Ja

Falls ja: Welche Probleme?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Probleme durch Frühgeburtlichkeit
- Ungenügende Gewichtszunahme
- Gelbsucht mit Phototherapie (Bestrahlung mit blauem Licht)
- Infektion
- Atempausen
- Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
- Andere Komplikationen: _____

Fragen zu Ihrem Aufenthalt im Spital/in der Klinik/im Geburtshaus. Falls Sie ambulant oder zu Hause geboren haben, fahren Sie bitte auf Seite 8 bei Frage 33 weiter.

29 Haben Sie im Spital/Klinik/Geburtshaus Gratis-Müsterli mit Säuglingsanfangsnahrung erhalten?

- Nein
- Ja

30 Hat Ihr Kind im Spital/Klinik/Geburtshaus einen Nuggi erhalten?

- Nein
- Ja
- Ich weiss es nicht.

31 Hat Ihr Kind im Spital/Klinik/Geburtshaus vom Schoppen getrunken?

- Nein
- Ja
- Ich weiss es nicht.

32 Wurden Sie im Spital/Klinik/Geburtshaus zum Thema Stillen, Rückbildung, Säuglingspflege u.a. beraten?

- Nein, ich wurde im Spital/Klinik/Geburtshaus nicht beraten.
- Nein, ich habe genug Erfahrung und brauchte keine Beratung.
- Ja

Falls ja, zu welchen Themen wurden Sie beraten und wie zufrieden waren Sie mit der Beratung?

(Sie können mehrere Themen ankreuzen)

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Teilweise zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/> Stillen	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Rückbildung	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Säuglingspflege	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Anderes: _____	0	0	0	0	0

Fragen zum Stillen. Falls Sie Ihr Kind nicht gestillt haben, fahren Sie bitte beim Ernährungsprotokoll Frage 45 auf Seite 12 weiter

33 Wurden Sie im Wochenbett d.h. in den allerersten Tagen nach der Geburt zum Thema Stillen beraten?

- Nein, ich wurde nicht beraten (weiter zu Frage 35).
- Nein, ich habe genug Erfahrung und brauchte keine Beratung (zu Frage 35).
- Ja

Falls ja, von wem wurden Sie beraten und wie zufrieden waren Sie?
(Sie können mehrere Beratungspersonen ankreuzen)

		Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Teilweise zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/> Hebamme	__mal	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Stillberaterin	__mal	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Pflegefachfrau	__mal	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Mütter- und Väterberaterin	__mal	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Kinderarzt/ Kinderärztin	__mal	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Andere:	__mal	0	0	0	0	0

34 Welche der folgenden Techniken rund ums Stillen wurde Ihnen dabei gezeigt?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Mehrere verschiedene Stillpositionen.
- Das Anlegen des Kindes (Mund an Brustwarze).
- Das Ausstreichen von Muttermilch von Hand.
- Das Abpumpen von Muttermilch.
- Brustmassage.
- Brustwarzenpflege.
- Anderes: _____
- Es wurde mir keine Technik gezeigt.

35 In welchem Rhythmus haben Sie am Anfang gestillt?

- Ich stillte, wann immer mein Kind Hunger anmeldete.
- Ich versuchte, einen Stundenplan einzuhalten.
- Anderes: _____

36 Hatten Sie am Anfang oder später im Alltag Schwierigkeiten beim Stillen?

- Nein, keine (weiter zu Frage 38).
- Nur geringe Schwierigkeiten.
- Grosse Schwierigkeiten.

Falls Sie Stillschwierigkeiten hatten (geringe oder grosse), welche?
(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

	Am Anfang	Später, im Alltag
<input type="checkbox"/> Wunde Brustwarzen.	0	0
<input type="checkbox"/> Milchstau, d.h. schmerzende, verhärtete, überwärmte Stellen.	0	0
<input type="checkbox"/> Brustentzündung (Mastitis).	0	0
<input type="checkbox"/> Schmerzhaftes Nachwehen beim Stillen.	0	0
<input type="checkbox"/> Ich hatte zu wenig Milch.	0	0
<input type="checkbox"/> Saugschwierigkeiten des Kindes.	0	0
<input type="checkbox"/> Ich war zeitweise sehr erschöpft.	0	0
<input type="checkbox"/> Anderes: _____	0	0

37 Wurden Sie bei diesen Stillschwierigkeiten beraten?

- Nein, ich wurde nicht beraten.
- Nein, ich habe/hatte genug Erfahrung und brauchte keine Beratung.
- Ja

Falls ja, von wem wurden Sie beraten und wie zufrieden waren Sie?
(Sie können mehrere Beratungspersonen ankreuzen)

		Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Teilweise zufrieden	Un- zufrieden	Sehr un- zufrieden
<input type="checkbox"/> Hebamme	___mal	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Stillberaterin	___mal	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Mütter- und Väterberaterin	___mal	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Kinderarzt/ Kinderärztin	___mal	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Gynäkologe/ Gynäkologin	___mal	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Andere: _____	___mal	0	0	0	0	0

38 Wie lange hat Ihr Kind nichts anderes als Muttermilch erhalten?

- Bis heute, denn ich stille ausschliesslich.
D.h. mein Kind erhält nur Muttermilch (weiter zu Frage 41).
- Bis es ___ Wochen (___ Monate) alt war. D.h. es erhielt zu diesem Zeitpunkt zum ersten Mal Brei, Tee oder Pulvermilch.

39 Stillen Sie Ihr Kind noch?

- Ja (weiter zu Frage 40).
- Nein, ich habe abgestillt als es ___ Wochen (___ Monate) alt war.

Falls Sie abgestillt haben, was hat zu Ihrer Entscheidung geführt, zu diesem Zeitpunkt aufzuhören?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Das Alter meines Kindes.
- Mein Kind hatte Hunger.
- Mein Kind wollte nicht mehr (so oft) an die Brust.
- Mein Kind bekam Zähne.
- Mein Kind war krank.
- Mein Kind war einige Tage nicht bei mir.
- Ich wollte mehr Spielraum für mich und meinen Mann.
- Ich war erschöpft.
- Ich hatte zu wenig Milch.
- Ich hatte Probleme mit den Brustwarzen.
- Ich hatte eine Brustentzündung.
- Es liess sich nicht mit meiner beruflichen Tätigkeit vereinbaren.
- Es liess sich nicht mit meinen Haushalts- und familiären Verpflichtungen vereinbaren.
- Andere Gründe: _____

40 Wurden Sie bei der Einführung von Beikost beraten?

- Nein, ich wurde nicht beraten.
- Nein, ich habe genug Erfahrung und brauchte keine Beratung.
- Ja

Falls ja, von wem wurden Sie beraten und wie zufrieden waren Sie mit der Beratung?

(Sie können mehrere Beratungspersonen ankreuzen)

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Teilweise zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/> Hebamme	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Stillberaterin	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Mütter- und Väterberaterin	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Kinderarzt / Kinderärztin	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Andere: _____	0	0	0	0	0

Fragen zum Stillen und Arbeiten.

Falls Sie zur Zeit nicht erwerbstätig oder falls Sie selbstständig erwerbend sind, fahren Sie bitte auf Seite 12 beim Ernährungsprotokoll (Frage 45) weiter.

- 41** Gibt es an Ihrem Arbeitsplatz einen geeigneten Raum, in den Sie sich zum Stillen oder Abpumpen zurückziehen können?
- Nein
 - Ja
 - Ich weiss es nicht
- 42** Gibt es an Ihrem Arbeitsplatz eine Möglichkeit, abgepumpte Milch gekühlt aufzubewahren?
- Nein
 - Ja
 - Ich weiss es nicht
- 43** Werden Stillpausen/die Zeit für das Abpumpen von Ihrem Arbeitgeber als Arbeitszeit angesehen und als solche vergütet?
- Nein
 - Ja, vollständig
 - Ja, zur Hälfte
 - Anderes _____
 - Ich weiss es nicht
- 44** Wie haben Sie von Ihren Rechten als stillende Arbeitnehmerin erfahren?
(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)
- Ich weiss nicht, was meine Rechte als stillende Arbeitnehmerin sind.
 - Ich wurde von meinem Arbeitgeber informiert.
 - Ich habe mich selber informiert.
 - Anderes _____

Ernährung Ihres Kindes während der letzten 24 Stunden

45 Wir bitten Sie, alles aufzuschreiben, was Ihr Kind in den letzten 24 Stunden zu essen oder zu trinken erhalten hat. Bitte geben Sie auch an, wie oft Ihr Kind in der Zeit ein Lebensmittel oder eine Flüssigkeit erhalten hat.

Datum: _____

<input type="checkbox"/> Stillmahlzeit	___mal	
<input type="checkbox"/> Wasser	___mal	
<input type="checkbox"/> Tee	___mal	<input type="checkbox"/> ungesüsst <input type="checkbox"/> gesüsst
<input type="checkbox"/> Säuglingsanfangsmilch	___mal	
<input type="checkbox"/> Säuglingsfolgemilch	___mal	
<input type="checkbox"/> Frucht- und/oder Gemüsesaft	___mal	<input type="checkbox"/> verdünnt mit Wasser <input type="checkbox"/> unverdünnt <input type="checkbox"/> selbst hergestellt <input type="checkbox"/> gekauft
<input type="checkbox"/> Kuhmilch	___mal	<input type="checkbox"/> verdünnt mit Wasser <input type="checkbox"/> unverdünnt
<input type="checkbox"/> andere Getränke	___mal	
<input type="checkbox"/> Früchtebrei	___mal	<input type="checkbox"/> selbst hergestellt <input type="checkbox"/> gekauft <input type="checkbox"/> mit Getreide, welche: _____
<input type="checkbox"/> Früchte in Stücken	___mal	
<input type="checkbox"/> Gemüsebrei	___mal	<input type="checkbox"/> selbst hergestellt <input type="checkbox"/> gekauft <input type="checkbox"/> mit Getreide, welche: _____
<input type="checkbox"/> Gemüse in Stücken	___mal	
<input type="checkbox"/> Getreidebrei /-schoppen/Milchbrei mit Getreide	___mal	<input type="checkbox"/> selbst hergestellt <input type="checkbox"/> gekauft Welche Getreide: _____
<input type="checkbox"/> Zugabe von Öl/Fett	___mal	
<input type="checkbox"/> Zugabe von Zucker	___mal	
<input type="checkbox"/> Fleisch	___mal	
<input type="checkbox"/> Fisch	___mal	
<input type="checkbox"/> Ei	___mal	
<input type="checkbox"/> Jogurt	___mal	<input type="checkbox"/> ungesüsst <input type="checkbox"/> gesüsst
<input type="checkbox"/> ungesüsst Waffeln, Zwieback, Brot	___mal	
<input type="checkbox"/> süsse Biskuits, Waffeln, Zwieback	___mal	
<input type="checkbox"/> Andere Nahrung	___mal	Was genau? _____

Einführung von verschiedenen Getränken und Nahrungsmitteln

46 Bitte geben Sie möglichst genau an, wann Ihr Kind ein Nahrungsmittel oder eine Flüssigkeit zum ersten Mal erhalten hat.

Wasser	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Tee	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Säuglingsanfangsmilch	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Säuglingsfolgemilch	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Kuhmilch	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Gesüsstes Getränk	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Früchte	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Gemüse	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Kartoffeln	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Getreide	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Fleisch	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Fisch	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Ei	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Joghurt	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Süße Biskuits, Waffeln, Zwieback	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Ungesüsste Waffeln, Zwieback, Brot	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Süßigkeiten wie Schokolade, Bonbons	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	<input type="checkbox"/> noch nie
Anderes: _____	als es _____ _____	Wochen alt war/ Monate alt war	

Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

47 Hatte oder hat Ihr Kind je gesundheitliche Probleme?

- Nein
- Ja

Falls ja, war/ist Ihr Kind deswegen in ärztlicher Behandlung?

- Nein
- Ja

48 War Ihr Kind nach dem Wochenbett/ausserhalb der Geburtsphase einmal hospitalisiert?

- Nein
- Ja, wegen: _____

Falls ja, wie lange war Ihr Kind hospitalisiert?

- Weniger als 1 Woche
- 1-3 Wochen
- Länger als 3 Wochen

49 Hatte Ihr Kind schon einmal eine der folgenden Erkrankungen?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Nein
- Ja
 - Fieber
 - Erkältung (Schnupfen/Husten)
 - Atemwegserkrankung/Bronchitis
 - Magen-Darm Infekt
 - unklare Schmerzen oder Beschwerden
 - Anderes: _____
 - Lungenentzündung
 - Ohrenentzündung
 - Unfall
 - Koliken

50 Erhält Ihr Kind zurzeit Vitamin D: Wie häufig?

- Täglich
- 4-6x pro Woche
- 1-3x pro Woche
- 1-3x pro Monat
- Anderes: _____
- Ich gebe meinem Kind kein Vitamin D

Falls Sie Ihrem Kind zurzeit kein Vitamin D geben, haben sie früher einmal Vitamin D gegeben?

- Nein
- Ja, bis es _____ Monate alt war.

51 Haben Sie/werden Sie Ihrem Kind auch im Sommer Vitamin D geben?

- Nein
- Ja
- Ich weiss es nicht

- 52 Hat Ihr Kind in den letzten 24 Stunden eines der folgenden Vitamine oder Medikamente erhalten?** *(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)*
- Nein
 - Ja
 - Vitamin D
 - andere Vitamine
 - Schmerz- oder Fieberzäpfchen
 - Antibiotika
 - Homöopathische Medikamente, komplementärmedizinische Medikamente
 - andere Medikamente: _____
- 53 Im ersten Lebensjahr wird empfohlen, Kinder regelmässig bei der Kinderärztin oder dem Kinderarzt vorsorglich untersuchen zu lassen (mit einem, zwei, vier, sechs und neun Monaten). Haben Sie die empfohlenen Kontrolluntersuchungen bis jetzt wahrgenommen?**
- Nein
 - Ja
 - Ja, aber nicht zu den empfohlenen Zeitpunkten
 - Teilweise
- 54 Im ersten Lebensjahr wird in der Schweiz empfohlen, Kinder mit zwei, vier und sechs Monaten zu impfen. Haben Sie die empfohlenen Impfungen durchführen lassen?**
- Nein
 - Ja
 - Ja, aber nicht zu den empfohlenen Zeitpunkten.
 - Teilweise, ich habe folgenden Impfung(en) abgelehnt: _____
 - Ich weiss es nicht
- 55 Mit dem vollendeten ersten Lebensjahr wird in der Schweiz die sogenannte MMR Impfung empfohlen. Beabsichtigen Sie Ihr Kind gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) zu impfen?**
- Nein
 - Ja
 - Ja, mein Kind ist bereits geimpft.
 - Ja, aber zu einem späteren Zeitpunkt.
 - Ich weiss es noch nicht.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Schlafverhalten Ihres Kindes

- 56 Wo schläft Ihr Kind mehrheitlich?**
- Im gleichen Bett wie Sie oder im Babybalkon.
 - Im eigenen Bett aber im gleichen Zimmer wie Sie.
 - In einem anderen Zimmer als Sie.
- 57 Wie oft werden Sie nachts durchschnittlich durch Ihr Kind geweckt?**
 _____ mal pro Nacht.

Fragen zu Ihrer Gesundheit

58 Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sehr gut | <input type="checkbox"/> Schlecht |
| <input type="checkbox"/> So einigermaßen | <input type="checkbox"/> Sehr schlecht |
| <input type="checkbox"/> Mittelmässig | <input type="checkbox"/> Ich weiss es nicht |

59 Wie schwer und wie gross sind Sie? _____ kg, _____ cm

60 Wenn Sie an körperliche Aktivitäten denken, bei denen Sie zumindest ein bisschen ausser Atem kommen, z.B. zügiges Laufen, Gartenarbeit, Mutter- Kind Turnen, Rückbildungsgymnastik. An wie vielen Tagen pro Woche machen Sie solche Aktivitäten?

- Nie
An 1 2 3 4 5 6 7 Tagen pro Woche

Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage aktiv?
_____ Std. _____ Min pro Tag

61 Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung zum Schwitzen? Zum Beispiel durch Rennen, Velofahren, u.s.w.

- Nie
An 1 2 3 4 5 6 7 Tagen pro Woche

Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage körperlich aktiv?

_____ Std. _____ Min pro Tag

62 Haben Sie vor der Schwangerschaft geraucht?

- Nein
 Ja

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

63 Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht?

- Nein
 Ja

Falls ja, haben Sie in der Schwangerschaft aufgehört zu rauchen?

- Nein
 Ja, bei der Feststellung der Schwangerschaft
 Ja, im ersten Schwangerschaftsdrittel
 Ja, im zweiten Schwangerschaftsdrittel
 Ja, im letzten Schwangerschaftsdrittel
 Nein, aber ich habe auf _____ Zigaretten pro Tag reduziert.

64 Rauchen Sie zurzeit?

- Nein
 Ja

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

65 Benutzen Sie zurzeit ein hormonelles Verhütungsmittel (Antibaby Pille, Hormone enthaltende Spirale etc.)?

- Nein
- Ja

66 Haben Sie seit der Geburt Ihres jüngsten Kindes folgende Nahrungsergänzung oder Kombipräparate eingenommen?

	Ja, weniger als 1x pro Monat	Ja, 1-3x pro Monat	Ja, 1-3x pro Woche	Ja, 4-6x pro Woche	Ja, täglich	Ich weiss es nicht
<input type="checkbox"/> Kombipräparate (wie z.B. Elevit [®] , Andreavit [®])	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Vitamine	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Mineralstoffe (wie z.B. Calcium, Eisen, Magnesium)	0	0	0	0	0	0

67 Hatten Sie vor der Schwangerschaft jemals eine der folgenden Erkrankungen? Wurde die Erkrankung ärztlich diagnostiziert?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Nein, ich hatte keine Erkrankungen vor der Schwangerschaft.
- Ja
 - Hoher Blutdruck
 - Asthma
 - Allergien
 - Neurodermitis
 - Eine psychische Erkrankung
 - Diabetes
 - Andere: _____
 - ärztlich diagnostiziert
 - ärztlich diagnostiziert

Falls ja, wurden Sie im Vorfeld oder zu Beginn der Schwangerschaft von Ihrem Frauenarzt/Ihrer Frauenärztin hinsichtlich Ihrer Erkrankung/en beraten?

- Nein
- Ja
- Ich weiss es nicht mehr.

68 Hat der Vater des Kindes Asthma, Allergien oder Neurodermitis?

- Nein, er hat keine allergische Erkrankung.
- Ja
- Ich weiss es nicht

Falls ja, welche Erkrankung und wurde diese ärztlich diagnostiziert?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> ärztlich diagnostiziert |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> ärztlich diagnostiziert |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> ärztlich diagnostiziert |

69 Haben Sie im letzten Monat auf eine bestimmte Ernährung geachtet?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Nein, keine spezielle Diät / Ernährung
- Vegetarische Ernährung
- Vegetarische Ernährung mit Fisch
- Vegane Ernährung
- Biologisch hergestellte Nahrungsmittel
- Allergenfreie/Glutenfreie Ernährung
- Keinen/nicht zu viel Alkohol
- Andere Ernährungsweise oder Diät: _____

70 Wie oft leiden Sie zurzeit unter Müdigkeit?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nie | Selten | Manchmal | Oft | Sehr oft |
| <input type="radio"/> |

Im Folgenden würden wir gerne von Ihnen wissen, wie sehr Sie sich von Ihrem persönlichen Umfeld unterstützt fühlen.

71 Ich bin sicher, dass jemand mich im Haushalt unterstützt, wenn ich es brauche.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ja, immer | Meistens | Manchmal | Nein, eher nicht | Nein, gar nicht |
| <input type="radio"/> |
- Ich weiss es nicht.

72 Ich bin sicher, dass jemand da ist, wenn ich Hilfe brauche.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ja, immer | Meistens | Manchmal | Nein, eher nicht | Nein, gar nicht |
| <input type="radio"/> |
- Ich weiss es nicht.

73 Ich habe jemanden, dem ich mein Kind / meine Kinder jederzeit anvertrauen kann.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ja, immer | Meistens | Manchmal | Nein, eher nicht | Nein, gar nicht |
| <input type="radio"/> |
- Ich weiss es nicht.

74 Wie sehr fühlen Sie sich vom Vater des Kindes unterstützt?

Ich bin alleinerziehend (Weiter mit Frage 75)

Ich fühle mich von meinem Partner ...

bei der Kinderbetreuung

Sehr unterstützt ○	Eher unterstützt ○	Manchmal unterstützt ○	Eher weniger unterstützt ○	Gar nicht unterstützt ○
--------------------------	--------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

bei nächtlichen Wachphasen des Kindes oder der Kinder ...

Sehr unterstützt ○	Eher unterstützt ○	Manchmal unterstützt ○	Eher weniger unterstützt ○	Gar nicht unterstützt ○
--------------------------	--------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

bei der Haushaltsarbeit ...

Sehr unterstützt ○	Eher unterstützt ○	Manchmal unterstützt ○	Eher weniger unterstützt ○	Gar nicht unterstützt ○
--------------------------	--------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

im Fall von Krankheit des Kindes oder der Kinder ...

Sehr unterstützt ○	Eher unterstützt ○	Manchmal unterstützt ○	Eher weniger unterstützt ○	Gar nicht unterstützt ○
--------------------------	--------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

Wir möchten Ihnen einige Fragen zu Ihnen, Ihrer Familien- und der Arbeitssituation stellen.

75 Wie alt sind Sie? _____ Jahre

76 Wo wurden Sie geboren?

- Schweiz
 Anderes Land: _____

Falls Sie nicht in der Schweiz geboren wurden: Seit wann leben Sie in der Schweiz? Seit ___ ___ ___ (Jahr, z.B. 1985)

77 Welches ist Ihre Nationalität?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Schweizerin
 andere, nämlich: _____
 und (falls 2 Nationalitäten): _____

78 Welches ist die Nationalität des Vaters des Kindes?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Schweizer
 andere, nämlich: _____
 und (falls 2 Nationalitäten): _____

79 Welches ist Ihre Muttersprache?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Deutsch Französisch Italienisch Anderes: _____

80 Wo wohnen Sie zurzeit? _____ (PLZ) _____ (Kanton)

81 Wie würden Sie Ihren Haushalt beschreiben?

- Paar mit Kind/ern
- Ein-Eltern-Haushalt mit Kind/ern
- Anderer Haushalt

82 Wie ist Ihr Zivilstand?

- Verheiratet
- Geschieden
- Ledig
- Verwitwet
- Eingetragene Partnerschaft
- Aufgelöste Partnerschaft

83 Wie viele leibliche Kinder haben Sie, und wann sind Ihre Kinder geboren? Anzahl Kinder: _____

- 1. Kind _____ / _____ (Monat/Jahr)
- 2. Kind _____ / _____ (Monat/Jahr)
- 3. Kind _____ / _____ (Monat/Jahr)
- 4. Kind _____ / _____ (Monat/Jahr)

84 Waren Sie vor der Geburt Ihres letzten Kindes erwerbstätig?

- Nein
- Ja

Falls ja, zu wieviel Prozent waren Sie erwerbstätig? _____%

Wie lange haben Sie vom Arbeitgeber bezahlten Mutterschaftsurlaub bekommen?

- 14 Wochen
- 16 Wochen
- Keinen Anderes: _____

85 Sind Sie seit der Geburt Ihres Kindes wieder erwerbstätig?

- Nein
- Nein, aber ich plane wieder zu arbeiten, wenn mein Kind _____ Monate alt ist.
- Ja, seit mein Kind _____ Monate alt ist

Falls Sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen:

Zu wieviel Prozent arbeiten Sie? _____%

Wer betreut während Ihrer Arbeitszeit Ihr jüngstes Kind?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- ein Familienmitglied (z.B. Partner, Grosseltern)
- Kindertagesstätte
- Tagesmutter
- Nanny / Au Pair
- Anderes: _____

86 Welche Schule oder Ausbildungsstätte haben Sie zuletzt besucht?

- Obligatorische Schule
- Berufslehre oder Maturität
- Universität / Fachhochschule / höhere Berufsausbildung (Meisterdiplom)
- Kein Schulabschluss

87 War der Vater vor der Geburt Ihres letzten Kindes erwerbstätig?

- Nein
- Ja

**Falls er einer Erwerbstätigkeit nachging,
zu wie viel Prozent? _____%**

Hat er Vaterschaftsurlaub erhalten?

- Nein
- Ja, bezahlt
- Ja, unbezahlt
- Er hat Ferien bezogen.

88 Welche Schule oder Ausbildungsstätte hat der Vater des Kindes zuletzt besucht?

- Obligatorische Schule
- Berufslehre oder Maturität
- Universität / Fachhochschule / höhere Berufsausbildung (Meisterdiplom)
- Kein Schulabschluss

89 Wie hoch ungefähr ist das gesamte monatliche Nettoeinkommen von Ihrem Haushalt?

- weniger als 4500 Franken pro Monat
- zwischen 4500 und 6000 Franken pro Monat
- zwischen 6000 und 9000 Franken pro Monat
- über 9000 Franken pro Monat

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein: _____

- Ich habe Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens beansprucht (z.B. Übersetzung, Verständnisfragen)

**Mütter mit Zwillingen bzw. Mehrlingen bitten wir, den
Zwillingsfragebogen auszufüllen.**

***Der Fragebogen ist hier beendet – wir danken Ihnen herzlich für Ihre
Auskunft und Teilnahme.***

Ihr SWIFS Team

