

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP – The German Socio-Economic Panel Study at DIW Berlin

2014

SOEP 2014 – Erhebungsinstrumente 2014 (Welle 31) des Sozio-oekonomischen Panels: Mutter und Kind (Neugeboren), Altstichproben

TNS Infratest Sozialforschung

Running since 1984, the German Socio-Economic Panel Study (SOEP) is a wide-ranging representative longitudinal study of private households, located at the German Institute for Economic Research, DIW Berlin.

The aim of the SOEP Survey Papers Series is to thoroughly document the survey's data collection and data processing.

The SOEP Survey Papers is comprised of the following series:

Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

Series B – Survey Reports (Methodenberichte)

Series C – Data Documentations (Datendokumentationen)

Series D – Variable Descriptions and Coding

Series E – SOEPmonitors

Series F – SOEP Newsletters

Series G – General Issues and Teaching Materials

The SOEP Survey Papers are available at
<http://www.diw.de/soepsurveypapers>

Editors:

Prof. Dr. Gert G. Wagner, DIW Berlin and Technische Universität Berlin

Prof. Dr. Jürgen Schupp, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Please cite this paper as follows:

TNS Infratest Sozialforschung. 2014. SOEP 2014 – Erhebungsinstrumente 2014 (Welle 31) des Sozio-oekonomischen Panels: Mutter und Kind (Neugeborenen), Altstichproben. SOEP Survey Papers 239: Series A. Berlin: DIW/SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

Contact: DIW Berlin
SOEP
Mohrenstr. 58
10117 Berlin

Email: soepapers@diw.de

TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG

**SOEP 2014 – ERHEBUNGSINSTRUMENTE 2014
(WELLE 31) DES SOZIO-OEKONOMISCHEN
PANELS: MUTTER UND KIND (NEUGEBOREN),
ALTSTICHPROBEN**

München, 2014

Leben in Deutschland

Befragung 2014
zur sozialen Lage
der Haushalte



Fragebogen: „Mutter und Kind“

Herzlichen Glückwunsch – noch nachträglich – zur Geburt Ihres Kindes! Für das „Leben in Deutschland“ ist die nachwachsende Generation besonders wichtig. In diesem kurzen Fragebogen geht es um Kinder, die **im Jahr 2013 oder 2014 geboren** wurden. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung des Kindes. Da es auch um die Schwangerschaft geht, richtet sich der Fragebogen nur an die Mütter.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.

Wir bitten Sie aber herzlich,

- unserem Mitarbeiter die Fragen zu beantworten
- **oder** den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

A

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen
Ih. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname der Mutter:

Personen Nr.:

--	--

Bitte in Druckbuchstaben

1. Wie heißt Ihr neugeborenes Kind?

Vorname des Kindes:

Personen Nr.:

--	--

Bitte in Druckbuchstaben

2. In welchem Jahr und Monat wurde Ihr Kind geboren?

2013

2014.....

Monat:

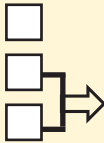
--	--

3. An welchem Ort fand die Entbindung statt?

Zu Hause.....

Im Krankenhaus.....

Sonstiges.....



War es eine Entbindung mit Kaiserschnitt?

Ja.....

Nein.....

4. In der wievielten Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

In der .Woche

5. Wie groß und schwer war Ihr Kind zum Zeitpunkt der Geburt?

Geburtsgewicht in Gramm

Körpergröße in cm

Kopfumfang in cm

6. Haben Sie Ihr Kind gestillt, und wenn ja, wie lange?

Stille immer noch.....

Habe nur in den ersten vier Wochen gestillt.....

Habe länger gestillt und zwar:..... Monate

Nein, habe nicht gestillt.....

7. Gab es bei Ihrem Kind in den ersten drei Monaten nach der Geburt ernste gesundheitliche Probleme, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten?

Ja..... => und zwar: Tage

Nein.....

8. Nach der Geburt erhält man ein „Kinder-Untersuchungsheft“ für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (U2, U3, usw.). Welche war die letzte durchgeführte Untersuchung bei Ihrem Kind?

Es wurde keine dieser Untersuchungen durchgeführt.....

9. Wurden bei Ihrem Kind Anhaltspunkte für Verzögerungen, Störungen oder Behinderungen festgestellt?

Ja, bei der "U" Untersuchung..... Nein..... ➔ Frage 11!

Ja, bei einer anderen Untersuchung..

10. Welche der im Folgenden genannten Verzögerungen, Störungen oder Behinderungen wurden bei Ihrem Kind festgestellt?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Wahrnehmung (Sehen, Hören).....

Motorik (Greifen, Krabbeln, Laufen).....

Neurologische Störung (Krämpfe u.ä).....

Sprache (Lautbildung, Spracherwerbsstörung).....

Regulation (untröstbares Schreien, dauerhafte Schlaf- oder Essstörung).....

Chronische Krankheit.....

Körperliche Behinderung.....

Geistige Behinderung.....

Sonstiges.....

11. Um Ihr wieviertes Kind handelt es sich bei dem Neugeborenen?

Es ist das te Kind.

12. Handelt es sich um Ihr leibliches Kind?

Ja..... Nein..... ➔ Frage 15!
 ↓

13. War Ihre Schwangerschaft eher ungeplant oder eher geplant?

Eher ungeplant.....
 Eher geplant.....
 Erfolgte mit medizinischer Unterstützung
 (Hormonbehandlung, IVF)

14. Wie war Ihr körperliches und seelisches Befinden im letzten Drittel der Schwangerschaft und in den ersten drei Monaten nach der Geburt?

	Sehr gut	Gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
Körperliches Befinden:				
Im letzten Drittel der Schwangerschaft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den ersten drei Monaten nach der Geburt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelisches / Psychisches Befinden:				
Im letzten Drittel der Schwangerschaft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den ersten drei Monaten nach der Geburt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Bedingt durch die Geburt eines Kindes verändern sich ja die Lebensumstände. Man macht neue Erfahrungen und entwickelt neue Erwartungen an die Zukunft. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Meine Lebensumstände haben sich sehr stark verändert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Aufziehen meines Kindes bereitet mir Glück und Freude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft am Ende meiner Kräfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Rolle als Mutter ist für mich sehr befriedigend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich den neuen Aufgaben und Anforderungen oft nicht gewachsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lerne über das Kind auch andere Menschen kennen und knüpfe neue Kontakte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide darunter, auf meine Rolle als Mutter eingeschränkt zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meinem Kind viel Zärtlichkeit zu geben, ist mir sehr wichtig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gesundheit meines Kindes macht mir Sorgen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. **Lebt der Vater des Kindes hier im Haushalt?**

Ja..... Nein

17. **Wie stark fühlen Sie sich von Ihrem Partner bei der Betreuung des Kindes unterstützt?**

Sehr stark.....
 Stark.....
 Eher wenig.....
 Gar nicht..... Trifft nicht zu, es gibt keinen Partner ...

18. **Sind Sie selbst die Hauptbetreuungsperson Ihres Kindes?**

Ja..... Nein

19. **Wenn Sie einmal an eine normale Woche denken:**

Gibt es außer Ihnen andere Personen oder Einrichtungen, die die Betreuung des Kindes zeitweise übernehmen? Wenn ja, welche Personen oder Einrichtungen sind das und wie viele Stunden pro Woche übernehmen sie die Betreuung?

	Ja	Stunden	
(Ehe) Partner.....	<input type="checkbox"/> ⇒		
Großeltern des Kindes	<input type="checkbox"/> ⇒		
Ältere Geschwister des Kindes	<input type="checkbox"/> ⇒		
Andere Verwandte.....	<input type="checkbox"/> ⇒		
Tagesmutter.....	<input type="checkbox"/> ⇒		
Krippe.....	<input type="checkbox"/> ⇒		
Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> ⇒		Nein, niemand..... <input type="checkbox"/>

20. **Wie sehen Sie ihr Kind heute?
 Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?**

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Mein Kind ist meist fröhlich und zufrieden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist leicht erregbar und weint häufig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist schwer zu trösten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist neugierig und aktiv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist eher zurückhaltend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A Welches Datum haben wir heute und um wie viel Uhr haben Sie den Fragebogen beendet?

<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Tag	Monat	Stunde	Minute

Interviewer:

Listen-Nr.	Lfd. Nr.	Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers