

Sehr geehrte Eltern, liebe Betroffene!

Die Lebensqualität für Menschen mit Hörbehinderung in Vorarlberg zu erheben und gegebenenfalls zu verbessern, ist das Ziel einer Arbeitsgruppe, die sich im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung gebildet hat.

Als ersten Schritt führen wir eine Erhebung durch, um die Situation für Menschen mit Hörbehinderung festzustellen und Anregungen zur Optimierung aufzunehmen.

Als selbst Betroffene/r bzw. als Eltern von betroffenen Kindern kennen Sie die Bedürfnisse und Probleme von Menschen mit Hörbehinderung sehr gut.

Deshalb möchten wir Sie bitten, uns mit Ihrem Beitrag zu helfen, einen guten Überblick über die aktuelle Situation zu bekommen. Dazu dient dieser Fragebogen.

Dieser Fragebogen ist recht umfangreich, da wir der Überzeugung sind, dass Ihr Wissen uns viel bringen kann und wir möchten uns dafür bedanken, dass Sie sich für die Beantwortung Zeit nehmen.

Es besteht auch die Möglichkeit, anstatt den Fragebogen auszufüllen, ein persönliches Gespräch (gerne auch in Gebärdensprache) zu vereinbaren (Kontakt siehe unten).

Die Ergebnisse der Befragung sollen Grundlage für einen gemeinsamen offenen Austausch auf einer Fachtagung bieten, zu der wir Sie schon jetzt herzlich einladen.

Die Tagung findet am Samstag 26.11.2011 von 9.00 – 17.30 Uhr im Festspielhaus Bregenz statt.

Alle Menschen mit Hörbehinderung, deren Angehörige und Dienstleister für Menschen mit Hörbehinderung sind eingeladen und sollen auf Basis der Ergebnisse dieser Studie gemeinsam Verbesserungsvorschläge ausarbeiten.

Für Ihr Interesse und Engagement danken wir herzlich schon im Voraus.



Mag. Karl-Heinz Marent MBA

Projektleiter im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung - Integrationshilfe

Kontakt für persönliche Gespräche:

Sinnfabrik, Brandgasse 9, 6900 Bregenz, T 0664 1220702, karlheinz.marent@aon.at

www.sinnfabrik.eu/leichter hoeren

Anleitung zum Genießen und Ausfüllen des Fragebogens:

Genießen Sie unsere süße Aufmerksamkeit. Wahre Genießer können diesen süßen Leckerbissen bis zu 20 Minuten lang auf der Zunge zergehen lassen und die meisten Menschen brauchen im Durchschnitt 30 Minuten für das Ausfüllen dieses Fragebogens. Nutzen Sie diese Zeit, um den Fragebogen mit Ihrem persönlichen Wissen zu füllen.

Kreuzen Sie Ihre Antwort in den dafür vorgesehen Kästchen an. Oft ist es schwierig eine umfassende Beurteilung vorzunehmen. Versuchen Sie dennoch so spontan wie möglich zu antworten. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach aus. Gerne können Sie uns auch persönliche Mitteilungen dazuschreiben.

Selbstverständlich werden Ihre Informationen vertraulich behandelt und Ergebnisse werden nur in anonymisierter Form präsentiert. Dafür garantiere ich als Projektleiter und dazu bin ich als Psychologe von Berufswegen verpflichtet.

Wir bitten Sie, den Fragebogen mittels beigelegtem Kuvert an uns zurück zu senden (bitte bis spätestens 15. Juli 2011).

Und nun bedanken wir uns im Voraus und wünschen Ihnen unterhaltsame Minuten beim Ausfüllen. Vielen Dank!

Dipl. Psych. Karl-Heinz Marent MBA

(Projektleitung im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung – Integrationshilfe)

Eine Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens und Informationen zum Projekt finden Sie auch als Video in Gebärdensprache unter www.sinnfabrik.eu/leichterhoeren

Für wen füllen Sie diesen Fragebogen aus?

- Ich selbst als Betroffene/r.....
- Für mein Kind als Elternteil.....

Wenn Sie diesen Fragebogen als Eltern für Ihre Kinder ausfüllen, beantworten Sie die Fragen so, wie sie glauben, dass Ihr Kind antworten würde. Sollten Sie mehrere hörbehinderte Kinder haben, können Sie gerne bei uns noch weitere Fragebögen bestellen.

1 Daten zur Hörbehinderung und zum Hörstatus

a) Seit wann sind Sie hörbehindert?

- seit Geburt.....
- mit 0 bis 3 Jahren.....
- mit 3 bis 6 Jahren.....
- mit 6 bis 9 Jahren.....
- nach 9 Jahren.....
- Altersschwerhörigkeit.....
- keine Angaben oder unbekannt

b) Haben Sie neben Ihrer Hörbehinderung noch eine weitere Behinderung (z.B. Sehbehinderung, Gehbehinderung,...)

- Ja.....
- Wenn Ja, welche?

c) Was ist die Ursache Ihrer Hörbehinderung?

- Körperliche Erkrankung
- Unfall/Verletzung.....
- Erkrankungen während der Schwangerschaft
- Geburtskomplikationen
- Vererbt.....
- Altersschwerhörigkeit.....
- keine Angaben oder unbekannt
- Medikamente
- andere:
-

d) Bewerten Sie Ihre Hörbehinderung mit Hörhilfen:

leicht

mittel

schwer

taub

e) Bewerten Sie Ihre Hörbehinderung ohne Hörhilfen:

leicht

mittel

schwer

taub

f) Tragen Sie Hörgeräte oder CI (Cochlea-Implantat)?

keine Hörhilfen – keine Geräte

CI und Hörgerät

1 oder 2 Hörgeräte (kein CI)

1 oder 2 CI (kein Hörgerät)

2 Daten zur Zufriedenheit, zum Benachteiligungsempfinden und Integrationserleben

a) Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Bereichen?

	Zufriedenheit				
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Ziemlich	Ausserordentlich
Im Allgemeinen mit Ihrem jetzigen Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Ihrer jetzigen Arbeitsstelle/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Ihrer Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Ihrer Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit der Art, wie Hörende mit Ihnen sprechen (lautsprachlich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b) Wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Ziemlich	Ausserordentlich
	Meine Lesefähigkeit ist gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde die Gebärdensprache wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beherrsche die Gebärdensprache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich gut in Gebärdensprache, mit Menschen die Gebärdensprache beherrschen, unterhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin auf den Gebrauch von Gebärdensprache angewiesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle hörgeschädigten Kinder sollten Gebärdensprache erlernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle hörgeschädigten Kinder sollten die Lautsprache erlernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es sollte die Möglichkeit geben, dass hörbehinderte Kinder mit Gebärdensprache und gesprochener Sprache erzogen werden (bilingual)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b) Wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Ziemlich	Ausserordentlich
Ich kann mit der Lautsprache meinen Alltag eigenständig bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann telefonieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich als Mensch mit Hörbehinderung benachteiligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich nur unter Hörbehinderten gut integriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in der Gesellschaft gut integriert und aufgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde, dass die meisten Menschen Respekt gegenüber Menschen mit Hörbehinderung zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Welche Vorteile und welche Schwierigkeiten sehen Sie im Gebrauch der Gebärdensprache?

.....

.....

.....

.....

d) Welche Vorteile und welche Schwierigkeiten sehen Sie im Gebrauch der Lautsprache?

.....

.....

.....

.....

3 Unterstützungsleistungen

a) Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Angeboten und was sind für Sie persönlich die wichtigsten (hilfreichsten) Angebote?

	Zufriedenheit					Wichtigkeit				
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Ziemlich	Ausserordentlich	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Ziemlich	Ausserordentlich
Technische Versorgung (Hörgeräte,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulische Angebote und Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pädagogisch-therapeutische Angebote und Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beraterische Angebote und Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung des Landesentrums für Hörgeschädigte (LZH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technische Hilfsmittel (Telefon, email,)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolmetscher (Gebärdensprache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialarbeiter bzw. Kommunikationsassistenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Welche weiteren Angebote nutzen Sie?

.....

.....

.....

.....

.....

c) Was wären weitere wichtige Unterstützungsleistungen bzw. Angebote?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

d) Wenn Sie Gebärdensprachdolmetscher verwenden, in welchen Situationen?

Arzt, Gesundheitsdienste,

Behörden, Amtsgeschäfte,

privat

andere:

.....

e) Anregungen und Wünsche an das Landeszentrum für Hörgeschädigte LZH?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 Kommunikation zu anderen (Freunden, Eltern, hörende und nicht hörende)

a) Wie kommunizieren folgende Personen vorwiegend mit Ihnen?

	Eltern	PartnerIn	Hörende Freunde Bekannte	Hörbehinderte Freunde Bekannte
lautsprachlich, sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit LBG (lautsprachbegleitende Gebärden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Gebärdensprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Beurteilen Sie wie zufrieden Sie insgesamt mit der Kommunikation mit folgenden Personen sind:

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Ziemlich	Ausserordentlich
Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PartnerIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörende Freunde und Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörbehinderte Freunde und Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaft im Allgemeinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Welche Form der Kommunikation ist für Sie persönlich die angenehmste?

lautsprachlich, sprechen

mit LBG (lautsprachbegleitende Gebärden)

mit Gebärdensprache

anders:

.....

6 Mediennutzung

a) Woher beziehen Sie vorwiegend ihre Informationen?

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorträge, Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitung, Bücher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Andere Informationsquellen:

.....

.....

.....

c) Wünsche und Anregungen in Bezug auf die Mediennutzung:

.....

.....

.....

.....

.....

7 Daten zu Schul- und Berufsbildung

a) Abschluss: Mein höchster Schulabschluss ist...

- kein Schulabschluss
- Volksschul-, Hauptschulabschluss, 9. Klasse/Polytechnischer Lehrgang
- Mittlere Reife (Berufsbildende mittlere Schule)
- Berufsbildende Höhere Schule (zB HAK, HLW)
- Matura (Allgemeine Hochschulreife)
- anderer Schulabschluss:
-

b) Berufsabschluss: Ich habe...

- keinen Berufsabschluss
- eine abgeschlossene Berufs-Ausbildung (zB Lehre)
- ein abgeschlossenes Studium
- anderer Berufsabschluss:
-

c) Schulform: Ich war in einer...

- Schule für Hörende (Regelschule)
- Schule für Hörgeschädigte
- anderen Förderschule, Sonderschule
- einem Internat
- andere Schulform:
-

d) Wünsche und Anregungen in Bezug auf die Situation in der Schule:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8 Daten zur Arbeitssituation

a) Berufstätigkeit: Ich bin jetzt hauptsächlich

vollzeit berufstätig

teilzeit berufstätig

arbeitslos

In Ausbildung/Schule.....

erwerbsunfähig, in Frührente.....

Pensionist

Hausfrau/Hausmann.....

Sie sind jetzt nicht berufstätig? Beantworten Sie die Fragen bitte für Ihren letzten Arbeitsplatz!

b) Wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu Schule und Beruf zu?

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Ziemlich	Ausserordentlich
In der Schule wurde/wird auf meine Bedürfnisse eingegangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Hörbehinderung hat meinen Berufsweg mitbestimmt, beeinflusst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menschen mit Hörbehinderung haben heute die gleichen Möglichkeiten bei der Schulwahl, wie Menschen ohne Hörbehinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menschen mit Hörbehinderung haben heute die gleichen Möglichkeiten bei der Berufswahl, wie Menschen ohne Hörbehinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meinem schulischen Umfeld wurde/wird auf meine Hörbehinderung Rücksicht genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meinem beruflichen Umfeld wurde/wird auf meine Hörbehinderung Rücksicht genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c) Wenn Sie noch nie berufstätig waren, bitte weiter mit Thema 9!

d) Wie häufig haben Sie Ihren Arbeitsplatz gewechselt?

_____ x

e) Arbeitgeber: Mein Arbeitgeber ist / war ein(e)

Integrationsfirma, -projekt, Werkstatt

privater Arbeitgeber

öffentlicher Arbeitgeber (z.B. Land, Bund, Kommune).....

f) Unternehmensgröße: Ich arbeite / arbeitete in einem Unternehmen mit

1 bis 9 Beschäftigten

10 bis 49 Beschäftigten

50 bis 249 Beschäftigten

250 und mehr Beschäftigten

g) Verdienst: Mein Netto-Gehalt ist/war im Monat circa

- weniger als 1.000 Euro
- 1.000 bis 1.500 Euro
- 1.501 bis 2.000 Euro
- über 2.000 Euro

h) Arbeitssituation: Beurteilen Sie die Arbeitssituation auf Ihren jetzigen bzw. auf ihren letzten Arbeitsplatz. Wie zufrieden sind/waren Sie?

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Ziemlich	Ausserordentlich
mit Ihrer jetzigen/letzten Arbeitssituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit der Unterstützung in Ihrer Firma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit dem Kontakt zu KollegInnen an Ihrem Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit Ihrem derzeitigen/letzten Einkommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

i) Wünsche / Anregungen in Bezug auf die Situation im Berufsleben:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9 Nur für Betroffene über 15 Jahren - ansonsten weiter mit Thema 10

Hier eine Reihe von Fragen, welche sich auf verschiedene Aspekte unseres Lebens beziehen. Bitte kreuzen Sie die Zahl an, welche Ihrer Antwort entspricht, wobei die Zahlen 1 und 7 Extremantworten darstellen. Wenn die Antwort unterhalb 1 für Sie zutrifft, dann kreuzen Sie die 1 an; wenn die Antwort unter der Zahl 7 für Sie zutrifft, dann kreuzen Sie die 7 an. Wenn Sie Ihre Antwort irgendwo zwischen 1 und 7 sehen, kreuzen Sie die Zahl an, die Ihrer Beurteilung am besten entspricht. Bitte geben Sie immer nur eine Antwort pro Frage.

a) Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

sehr selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

b) Ist es in der Vergangenheit vorgekommen, dass Sie vom Verhalten von Menschen überrascht waren, die Sie gut zu kennen glaubten?

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das ist immer wieder passiert

c) Ist es vorgekommen, dass Sie von Menschen enttäuscht wurden, auf die Sie gezählt hatten?

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das ist immer wieder passiert

d) Bis jetzt hatte Ihr Leben ...

überhaupt keine klaren Ziele 1 2 3 4 5 6 7 sehr klare Ziele

e) Haben Sie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

f) Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

g) Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie ...

eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Schmerz und Langeweile

h) Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr selten oder nie

i) Kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich haben, die Sie lieber nicht spüren würden?

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr selten oder nie

j) Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr selten oder nie

k) Wenn etwas passierte, hatten Sie dann im Allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung ...

über- oder unterschätzen

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 richtig einschätzen

l) Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr selten oder nie

m) Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie die unter Kontrolle halten können?

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr selten oder nie

10 Zusammenfassende Statements

a) Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zum Thema Hörbehinderung. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Ziemlich	Ausserordentlich
Die Angebote für Menschen mit Hörbehinderung haben sich in den letzten Jahren verbessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Integration von Menschen mit Hörbehinderung wird ausreichend gefördert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Vergleich zu anderen Ländern sind die Unterstützungsleistungen für Menschen mit Hörbehinderung in Vorarlberg gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich beziehe meine Unterstützungsleistungen fast ausschließlich über das Landeszentrum für Hörgeschädigte (LZH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Kostenbeteiligung der öffentlichen Hand ist ausreichend. (Förderung Schule, institutionelle Angebote, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die angebotenen Hilfen sind zu zentralisiert, es soll mehr Unterstützung in den einzelnen Regionen in Vorarlberg geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Kultur der Gehörlosen, insbesondere der Gebärdensprache, soll verstärkt gefördert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die heutige Situation für hörgeschädigte Kleinkinder ist gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die heutige Situation für Kinder im Pflichtschulalter ist gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die heutige berufliche Situation für Menschen mit Hörschädigung ist gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Möglichkeit der Teilhabe für Menschen mit Hörbehinderung an Freizeitangeboten (Kino, Theater, Vereinsaktivitäten,...) ist gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem bin ich mit der Situation wie sie ist zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Statistik: Daten zu Familie, Wohnsituation, Hörbehinderung

a) Fragen zu Ihrer Familie

	Ja	Nein
Haben Sie Geschwister?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein oder mehrere Geschwister auch hörbehindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre Mutter hörbehindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Vater hörbehindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie eine/n PartnerIn haben, ist sie/er auch hörbehindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Wie viele Kinder haben Sie

c) Falls Sie Kinder haben: Wie viele Kinder sind hörbehindert?

d) Wohnsituation: Wie wohnen Sie zurzeit?

Alleine	<input type="checkbox"/>
mit Ihrem/Ihrer Partner/in und Kindern	<input type="checkbox"/>
mit Ihrem/Ihrer Partner/in	<input type="checkbox"/>
WG mit Hörbehinderten (WG= Wohngemeinschaft)	<input type="checkbox"/>
WG mit Hörenden zusammen	<input type="checkbox"/>
bei Ihren Eltern	<input type="checkbox"/>
in einem Wohnheim	<input type="checkbox"/>
in einer betreuten Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/>

anderes:

e) In welchem Bezirk wohnen Sie?

<input type="checkbox"/> Bregenz	<input type="checkbox"/> Dornbirn	<input type="checkbox"/> Feldkirch	<input type="checkbox"/> Bludenz
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

f) Wie viele Einwohner hat Ihre Heimatgemeinde?

<input type="checkbox"/> bis 2.500	<input type="checkbox"/> zwischen 2.500 und 10.000	<input type="checkbox"/> über 10.000
------------------------------------	--	--------------------------------------

g) Alter

 Jahre

h) Geschlecht

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
-----------------------------------	-----------------------------------

