**Deutsche Version des Index zum Beitrag pflegender Angehöriger zur Selbstpflege bei Patienten mit Herzinsuffizienz (G-CC-SCHFI)**

(GERMAN VERSION OF THE CAREGIVER CONTRIBUTION TO SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX)

**Wir möchten Sie bitten, über die Unterstützung, die Sie der Person mit Herzschwäche in den letzten Monaten gegeben haben, nachzudenken. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **Wie häufig empfehlen Sie der Person, um die Sie sich kümmern, folgende Tätigkeiten durchzuführen (oder wie häufig führen Sie diese Tätigkeiten durch, weil die Person, um die sie sich kümmern, dazu selbst nicht in der Lage ist)?** | | | | |  |
|  |  | **Nie oder selten** | **Manchmal** | **Oft** | **Immer oder täglich** |  |
| A1 | Sich zu wiegen. |  |  |  |  |  |
| A2 | Die Fußknöchel auf Schwellungen zu überprüfen. |  |  |  |  |  |
| A3 | Versuchen, nicht krank zu werden (z.B. durch Grippeimpfung, Kontakt mit kranken Menschen zu meiden). |  |  |  |  |  |
| A4 | Sich ein wenig körperlich zu betätigen. |  |  |  |  |  |
| A5 | Termine mit dem Haus-/Facharzt oder dem/der Gesundheits- und Krankenpfleger/in einzuhalten. |  |  |  |  |  |
| A6 | Salzarm zu essen. |  |  |  |  |  |
| A7 | Sich 30 Minuten zu bewegen. |  |  |  |  |  |
| A8 | Nicht zu vergessen, die Medikamente einzunehmen. |  |  |  |  |  |
| A9 | Beim Essen auswärts oder bei Besuchen nach salzarmen Speisen zu fragen. |  |  |  |  |  |
| A10 | Ein System (Tablettenbox, Erinnerungszettel) zur Erinnerung an die Medikamenteneinnahme zu nutzen. |  |  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B** | **Viele Patienten haben auf Grund ihrer Herzschwäche Symptome. Atembeschwerden und geschwollene Fußknöchel sind übliche Symptome der Herzschwäche.**  **Hatte im letzten Monat die Person, um die Sie sich kümmern, Atembeschwerden oder geschwollene Fußknöchel? Bitte nur eine Antwort einkreisen.** | | | | |  |
|  | Nein |  | 0 |  |  |  |
|  | Ja |  | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B** | **Wenn die Person, um die Sie sich kümmern, im letzten Monat Atembeschwerden oder geschwollene Fußknöchel hatte….**  **Wie schnell haben Sie dies als Symptom der Herzschwäche erkannt?** | | | | |  |
| B11 | Hatte diese Beschwerden nicht |  | **n/a** |  |  |  |
|  | Habe ich nicht erkannt |  | **0** |  |  |  |
|  | Nicht schnell |  | **1** |  |  |  |
|  | Ziemlich schnell |  | **2** |  |  |  |
|  | Schnell |  | **3** |  |  |  |
|  | Sehr schnell |  | **4** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B** | **Wenn die Person, um die Sie sich kümmern, Atembeschwerden oder geschwollene Fußknöchel hat, wie wahrscheinlich ist es, dass Sie folgende Maßnahmen empfehlen oder selbst durchführen?** | | | | |  |
|  |  | **Nicht wahrscheinlich** | **Ziemlich wahrscheinlich** | **Wahrscheinlich** | **Sehr wahrscheinlich** |  |
| B12 | Reduzieren von Salz im Essen. |  |  |  |  |  |
| B13 | Reduzieren der Flüssigkeitsmenge. |  |  |  |  |  |
| B14 | Einnehmen einer extra Wassertablette. |  |  |  |  |  |
| B15 | Den Haus-/Facharzt oder den/die Gesundheits- und Krankenpfleger/in zu konsultieren. |  |  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B** | **Denken Sie an die Maßnahme, die Sie zuletzt versucht haben, als die Person, um die Sie sich kümmern, Atembeschwerden oder geschwollene Fußknöchel hatte.**  **Wie sicher waren Sie, dass diese Maßnahme geholfen oder nicht geholfen hat?** | | | | | |  |
| B16 | **Trifft nicht zu** | **Ich habe nichts versucht** | **Nicht sicher** | **Ziemlich sicher** | **Sicher** | **Sehr sicher** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C** | **Wie sicher sind Sie sich im Allgemeinen, dass Sie in Bezug auf die Person, um die Sie sich kümmern, folgende Dinge tun können?** | | | | |  |
|  |  | **Nicht sicher** | **Ziemlich sicher** | **Sehr sicher** | **Äußerst sicher** |  |
| C17 | Sie/ihn von Symptomen der Herzschwäche freizuhalten. |  |  |  |  |  |
| C18 | Den Behandlungsempfehlungen zu folgen. |  |  |  |  |  |
| C19 | Die Bedeutung der Symptome einzuschätzen. |  |  |  |  |  |
| C20 | Veränderungen in ihrer/seiner Gesundheit zu erkennen, wenn sie auftreten. |  |  |  |  |  |
| C21 | Etwas zu tun, was ihre/seine Symptome lindert. |  |  |  |  |  |
| C22 | Einzuschätzen, wie gut eine Maßnahme wirkt. |  |  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |  |