

Tag		Monat		Jahr			

ID #			

## INDEX DER BEITRÄGE VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN ZUR SELBSTPFLEGE BEI HERZINSUFFIZIENZ V.2

*Alle Antworten sind vertraulich.*

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Wir möchten wissen, was Sie für die Person mit Herzinsuffizienz (Herzschwäche) tun. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

### TEIL A:

Wie oft sorgen Sie dafür, dass die Person mit Herzinsuffizienz, um die Sie sich kümmern, Folgendes tut? Bzw. wie oft tun Sie es für die Person, weil sie es nicht selber kann?

(eine Zahl einkreisen)

	Nie		Manch- mal		Immer
1. Versuchen zu vermeiden, krank zu werden (Sie waschen sich z.B. Ihre Hände)?	1	2	3	4	5
2. Sich Bewegung verschaffen (z. B. einen Spaziergang machen, bei welchem sie/er ausser Atem kommt; die Treppen benutzen)?	1	2	3	4	5
3. Sich salzarm ernähren?	1	2	3	4	5
4. Regelmässig eine Gesundheitsfachperson aufsuchen?	1	2	3	4	5
5. Verordnete Medikamente einnehmen, ohne eine Dosis zu versäumen?	1	2	3	4	5
6. Beim Auswärtsessen salzarmes Essen bestellen?	1	2	3	4	5
7. Dafür sorgen, jährlich eine Grippeimpfung zu erhalten?	1	2	3	4	5
8. Zu Besuch bei Freunden und Familie um salzarmes Essen bitten?	1	2	3	4	5
9. Etwas haben oder ein System nutzen, das hilft, an die Einnahme von Medikamenten zu denken?	1	2	3	4	5
10. Einer Gesundheitsfachperson Fragen zu Medikamenten stellen?	1	2	3	4	5

<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			Jahr			

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ID #			

**TEIL B:**

Im Folgenden sind einige Dinge aufgelistet, die von Personen mit Herzinsuffizienz (Herzschwäche) gewöhnlich überwacht werden. Wie oft sorgen Sie dafür, dass die Person, um die Sie sich kümmern, dies tut? Bzw. wie oft tun Sie es für sie, wenn sie es nicht selber kann?

(eine Zahl einkreisen)

	Nie		Manchmal		Immer
11. Täglich das Gewicht kontrollieren?	1	2	3	4	5
12. Auf Veränderungen, wie sie/er sich fühlt, achten?	1	2	3	4	5
13. Nebenwirkungen von Medikamenten im Auge behalten?	1	2	3	4	5
14. Bemerkten, ob sie/er bei normalen Aktivitäten mehr als gewöhnlich ermüdet?	1	2	3	4	5
15. Eine Gesundheitsfachperson fragen, wie sie den Gesundheitszustand der Person mit Herzinsuffizienz einschätzt?	1	2	3	4	5
16. Symptome (damit meinen wir den Körper und das Wohlbefinden) der Person mit Herzinsuffizienz beobachten?	1	2	3	4	5
17. Fussknöchel auf Schwellungen prüfen?	1	2	3	4	5
18. Sie/ihn bei Aktivitäten (z.B. schnellem Gehen, Treppen steigen, Waschen) auf Kurzatmigkeit beobachten?	1	2	3	4	5
19. Symptome dokumentieren?	1	2	3	4	5

		/			/				
Tag			Monat			Jahr			

ID #			

**Das letzte Mal, als die Person, um die Sie sich kümmern, Symptome der Herzinsuffizienz (z.B. Mühe beim Atmen, Schwellungen der Fussknöchel) hatte ...**

(eine Zahl einkreisen)

	Kein Symptom gehabt	Symptom nicht erkannt	Nicht sofort		Einigermaßen schnell		Sehr schnell
20. Wie schnell haben Sie <u>erkannt</u> , dass sie/er Symptome hatte?	99	0	1	2	3	4	5
21. Wie schnell wussten Sie, dass das Symptom auf die Herzinsuffizienz zurückzuführen war?	99	0	1	2	3	4	5

		/			/				
Tag			Monat			Jahr			

ID #			

**TEIL C:**

Nachfolgend sind Massnahmen aufgelistet, die Personen mit Herzinsuffizienz (Herzschwäche) anwenden, um ihre Symptome zu kontrollieren. Wenn die Person mit Herzinsuffizienz Symptome hat: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie ihr/ihm empfehlen, eine dieser Massnahmen anzuwenden (bzw. dass Sie es für sie/ihn tun, wenn sie/er es nicht selber kann)?

(eine Zahl einkreisen)

	Unwahr- scheinlich	2	Einiger- massen wahr- scheinlich	4	Sehr wahr- scheinlich
22. Das Salz, welches sie/er an diesem Tag einnimmt, weiter reduzieren?	1	2	3	4	5
23. Die Flüssigkeitsaufnahme reduzieren?	1	2	3	4	5
24. Ein Medikament einnehmen?	1	2	3	4	5
25. Eine Gesundheitsfachperson zur Beratung anrufen?	1	2	3	4	5
26. Ein Familienmitglied oder einen Freund um Rat fragen?	1	2	3	4	5
27. Versuchen herauszufinden, weshalb sie/er Symptome hat?	1	2	3	4	5
28. Vorschlagen, dass sie/er sich schont, bis sie/er sich besser fühlt?	1	2	3	4	5

		/			/				
Tag			Monat			Jahr			

ID #			

Denken Sie an eine Massnahme, die Sie das letzte Mal ergriffen haben, als die Person, um die Sie sich kümmern, Symptome der Herzinsuffizienz (z.B. Mühe beim Atmen) hatte.

(eine Zahl einkreisen)

	<b>Ich habe nichts gemacht</b>	<b>Nicht sicher</b>		<b>Einigermaßen sicher</b>		<b>Sehr sicher</b>
29. Führte die Massnahme, die Sie angewendet haben, dazu, dass sie/er sich besser fühlte?	0	1	2	3	4	5

VIELEN DANK FÜR DAS AUSFÜLLEN DIESES FRAGEBOGENS!