**INDEX DER SELBSTPFLEGE BEI HERZINSUFFIZIENZ (HERZSCHWÄCHE)**

*Alle Antworten sind vertraulich.*

**Denken Sie darüber nach, wie Sie sich im letzten Monat gefühlt haben, während Sie diesen Fragebogen ausfüllen.**

**TEIL A:**

Nachfolgend ist eine Liste mit Massnahmen aufgeführt, mit denen Personen mit Herzinsuffizienz (Herzschwäche) sich selbst helfen.

Wie oft oder routinemässig tun Sie selber Folgendes?

(**eine** Zahl einkreisen)

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

**TEIL B:**

Im Folgenden sind einige Dinge aufgelistet, die von Personen mit Herzinsuffizienz (Herzschwäche) gewöhnlich überwacht werden. Wie oft tun Sie Folgendes?

(**eine** Zahl einkreisen)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nie** |  | **Manch-mal** |  | **Immer** |
| 1. Täglich das Gewicht kontrollieren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Auf Veränderungen, wie Sie sich fühlen, achten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Nebenwirkungen von Medikamenten im Auge behalten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Bemerken, ob Sie bei normalen Aktivitäten mehr als gewöhnlich ermüden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ihre Gesundheitsfachperson fragen, wie sie den Gesundheitszustand einschätzt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Symptome (damit meinen wir den eigenen Körper und das eigene Wohlbefinden) beobachten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ihre Fussknöchel auf Schwellungen prüfen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Sich bei Aktivitäten (z.B. schnellem Gehen, Treppen steigen, Waschen) auf Kurzatmigkeit beobachten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Symptome dokumentieren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Das letzte Mal, als Sie Symptome der Herzinsuffizienz (z. Bsp. Mühe beim Atmen, Schwellungen der Fussknöchel) hatten…**

(**eine** Zahl einkreisen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kein Symp-tom gehabt** | **Symp-tom nicht erkannt** | **Nicht sofort** |  | **Einiger-massen schnell** |  | **Sehr schnell** |
| 1. Wie schnell haben Sie erkannt,  dass Sie Symptome hatten? | 99 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Wie schnell wussten Sie, dass das Symptom auf die Herz-insuffizienz zurück-zuführen war? | 99 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**TEIL C:**

Nachfolgend sind Massnahmen aufgelistet, die Personen mit Herzinsuffizienz (Herzschwäche) anwenden, um Ihre Symptome zu kontrollieren. **Wenn Sie Symptome haben: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie eine dieser Massnahmen anwenden?**

(**eine** Zahl einkreisen)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Unwahr-schein-lich** |  | **Einiger-massen wahr-schein-lich** |  | **Sehr wahr-schein-lich** |
| 1. Das Salz, welches Sie an diesem Tag einnehmen, weiter reduzieren? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ihre Flüssigkeitsaufnahme reduzieren? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ein Medikament einnehmen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ihre Gesundheitsfachperson zur Beratung anrufen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ein Familienmitglied oder einen Freund um Rat fragen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Versuchen herauszufinden, weshalb Sie Symptome haben? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Sich schonen, bis Sie sich besser fühlen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### **Denken Sie an eine Massnahme, die Sie das letzte Mal ergriffen haben, als Sie Symptome der Herzinsuffizienz (z. Bsp. Mühe beim Atmen) hatten…**

(**eine** Zahl einkreisen)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ich habe nichts gemacht** | **Nicht sicher** |  | **Einiger-massen sicher** |  | **Sehr sicher** |
| 1. Führte die Massnahme, die Sie angewendet haben, dazu, dass Sie sich besser fühlten? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**TEIL D:**

Wie zuversichtlich sind Sie im Allgemeinen, dass Sie…

(**eine** Zahl einkreisen)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nicht zuversichtlich |  | Einigermassen zuversichtlich |  | Sehr zuversichtlich |
| 1. … sich frei halten können von Symptomen der Herzinsuffizienz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. … dem Therapie- und Behandlungsplan folgen können, den Sie erhalten haben? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. … am Therapie- und Behandlungsplan festhalten können, auch wenn es schwierig ist? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. … routinemässig Ihr Befinden beobachten können? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. … routinemässig Ihr Befinden beobachten können, auch wenn es schwierig ist? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. … Veränderungen in Ihrer Gesundheit erkennen können, wenn sie auftreten? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. … die Bedeutung Ihrer Symptome erkennen und richtig einschätzen können? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. … etwas unternehmen können, um Ihre Symptome zu lindern? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. … an der Massnahme festhalten können, welche Ihre Symptome lindert, auch wenn es schwierig ist? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. … einschätzen können, wie gut eine Massnahme funktioniert? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**VIELEN DANK FÜR DAS AUSFÜLLEN DIESES FRAGEBOGENS!**