

Fragebogen Herzverband



Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit werden Sie dazu eingeladen, an einer Studie mit dem Titel „**AHA-Help - Darstellung und Evaluierung des Selbsthilfe-Programms des Österreichischen Herzverbands (ÖHV)**“ teilzunehmen. Die Durchführung dieser Studie erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Herzverband. Die Koordinierung dieser Studie erfolgt durch das Institut für Allgemeinmedizin der JKU Linz.

Ihre Teilnahme ist in jeder Hinsicht freiwillig. Der Zweck dieser Studie ist es, Erkenntnisse über das Leistungsangebot des ÖHV zu gewinnen und zu evaluieren, wie dadurch die Krankheitsbewältigung der Mitglieder unterstützt werden kann. Durch eine Evaluierung können außerdem die Sichtbarkeit und Qualität der Programme optimiert werden.

Ihre Mitarbeit an dieser Studie ist ein essenzieller Beitrag zur Wissenserweiterung in diesem Bereich und bringt demnach sowohl einen wissenschaftlichen als auch sozialen Mehrwert. Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und Verfügbarkeit.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird als Teilnahme Einwilligung Ihrerseits gewertet. Dies ist eine anonyme Umfrage, ihre angegebenen Daten werden nicht mit ihrer Person in Zusammenhang gebracht.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und Ihr Engagement!

Vielen Dank und freundliche Grüße

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Erika Zelko

A. DEMOGRAPHISCHE DATEN

A.1 GESCHLECHT

- Männlich
- Weiblich
- Divers

A.2 ALTER

A.3 FAMILIENSTAND

- Ledig
- In einer Partnerschaft
- Verheiratet
- Geschieden
- Verwitwet

A.4 NATIONALITÄT

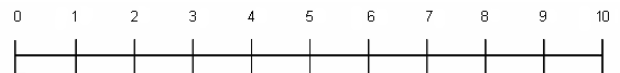
- AT
- DE
- Sonstiges: _____

A.5 HÖCHSTE ABGESCHLOSSENE AUSBILDUNG

- Volksschule
- Hauptschule
- Lehre/Berufsschule
- Gymnasium Unterstufe
- AHS/BHS mit Matura
- Universität oder Fachhochschule
 - Bachelor
 - Master
 - Doktorat
 - Sonstige: _____

B. WISSENSSTAND

B.1 WIE GUT SCHÄTZEN SIE IHR WISSEN ÜBER HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN EIN (BITTE KREUZEN SIE EINE ZAHL AN, JE HÖHER DESTO BESSER)



B.2 WAS SIND IHRER MEINUNG NACH RISIKOFAKTOREN FÜR HERZERKRANKUNGEN? (MEHRFACHAUSWAHL MÖGLICH)

- Bluthochdruck
- Vitaminmangel
- Diabetes
- Erhöhte Blutfettwerte
- Rauchen
- Übergewicht
- Schlechte Ernährungsgewohnheiten
- Bewegungsmangel
- Schlafstörungen
- Stress
- Sonstige: _____

B.3 BEI WELCHEN BESCHWERDEN DENKEN SIE AN DAS VORLIEGEN EINES HERZINFARKTES?

(MEHRFACHAUSWAHL MÖGLICH)

- Oberbauchschmerzen
- Brustschmerzen
- Engegefühl/Druck auf der Brust
- Herzasen/-stolpern
- Schwindel
- Übelkeit/Erbrechen
- Kaltschweißigkeit
- Atemnot
- Fieber
- Schmerzen im linken Arm
- Schmerzen im Hals-/Kieferbereich
- Unruhe, Beklemmungsgefühl bis hin zur Todesangst

B.4 WAS SIND IHRER MEINUNG NACH TYPISCHE ZEICHEN EINES SCHLAGANFALLS? (MEHRFACHAUSWAHL MÖGLICH)

- Einseitige Armlähmung
- Herabhängender Mundwinkel
- Einseitige Gesichtslähmung
- Sprachstörung
- Gleichgewichtsstörung
- Schwindel
- Plötzlicher starker Kopfschmerz
- Plötzliche einseitige Sehstörungen
- Halbseitige Gefühlsstörung

B.5 IHR*E PARTNER*IN HAT PLÖTZLICH STARKE BRUSTSCHMERZEN DIE IN DEN LINKEN ARM AUSSTRAHLEN. WIE REAGIEREN SIE?

- Ich gebe ihr*ihm ein Schmerzmittel und warte ca. eine Stunde ab, ob sich die Beschwerden bessern.
- Ich hole zuerst Rat bei meinen Nachbarn oder Angehörigen ein.
- Ich rufe zuerst den*die Hausärzt*in an.
- Ich rufe sofort die Rettung.

B.6 BEIM FRÜHSTÜCK FÄLLT IHNEN AUF, DASS IHR*E PARTNER*IN AUF EINMAL EIGENARTIG AUSSIEHT UND NICHT WIE GEWÖHNLICH SPRECHEN KANN. WIE REAGIEREN SIE?

- Ich bringe ihr*ihm ein Glas Wasser und warte ca. eine Stunde ab, ob sich die Beschwerden bessern.
- Ich hole zuerst Rat bei meinen Nachbarn oder Angehörigen ein.
- Ich rufe zuerst den*die Hausärzt*in an.
- Ich rufe sofort die Rettung.

B.7 BEI EINER FAMILIENFEIER BRICHT EIN FAMILIENMITGLIED AUF EINMAL BEWUSSTLOS ZUSAMMEN. WIE REAGIEREN SIE? (MEHRFACHAUSWAHL MÖGLICH)

- Ich beginne mit einer Herzdruckmassage.
- Ich überprüfe die Atmung.
- Ich führe eine Mund-zu-Mund-Beatmung durch.
- Ich rufe die Rettung.
- Ich hoffe, dass jemand anderer schnell die Hilfeleistung übernimmt.
- Ich bitte ein Familienmitglied einen Defibrillator zu holen.

B.8 SIE HABEN EINE HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNG. WELCHE MAßNAHMEN KÖNNEN IHRER MEINUNG NACH DAZU BEITRAGEN, DASS DIE ERKRANKUNG NICHT FORTSCHREITET? (MEHRFACHAUSWAHL MÖGLICH)

- Führen eines gesunden Lebensstils (gesundes Essen, ausreichende Bewegung, ausreichender Schlaf, nicht Rauchen, kein übermäßiger Alkoholkonsum, Vermeiden von Stress)
- Regelmäßige Einnahme verschriebener Medikamente
- Tägliche Einnahme eines Multivitaminpräparates
- Einnahme von Omega-3-Fettsäure-Präparaten
- Kur- oder Reha-Aufenthalte
- Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe
- Vorsorgeuntersuchungen
- Regelmäßige Kontrollen bei Ärzt*innen und Vertreter*innen anderer Gesundheitsberufe
- Wahrnehmen von komplementärmedizinischen Angeboten (Integrierte Medizin/Alternativmedizin)

B.9 WOHER BEKOMMEN SIE DIE MEISTEN MEDIZINISCHEN INFORMATIONEN ÜBER IHRE HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNG BZW. ÜBER GESUNDEN LEBENSSTIL? (BITTE BIS ZU 3 ANTWORTEN ANKREUZEN)

- Herzverband
- Hausärzt*in
- Fachärzt*in
- Internet
- Zeitschrift
- Fernsehen
- Radio
- Freunde
- Bekannte
- Sonstiges: _____

C. GESUNDHEITSDATEN

C.1 WIE GUT FÜHLEN SIE SICH BEZÜGLICH DES VORLIEGENS IHRER ERKRANKUNGEN INFORMIERT?

- Ich fühle mich sehr gut informiert
- Ich fühle mich gut informiert
- Ich fühle mäßig informiert
- Ich fühle mich nicht sehr gut informiert
- Ich fühle mich überhaupt nicht gut informiert

C.2 WELCHE ERKRANKUNGEN SIND BEI IHNEN BEKANT? (MEHRFACHAUWAHL MÖGLICH)

- Diabetes
- COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
- Nierenerkrankung
- Mb. Parkinson
- Demenz
- Rheuma
- Arthrose
- Herzschwäche
- Durchblutungsstörung der Beine (pAVK)
- Bluthochdruck
- Übergewicht
- Koronare Herzerkrankung (KHK)
- Arteriosklerose (Arterienverkalkung)
- Sonstige Herzerkrankungen
- Depression
- Krebserkrankung (aktuell oder in der Vergangenheit)
- Sonstige: _____

C.3 SEIT WANN HABEN SIE EINE HERZ-KREISLAUFERKRANKUNG?

_____ Jahre

C.4 WIE OFT HABEN SIE IM LETZTEN QUARTAL IHRE*^N HAUSÄRZT*^N IN BESUCHT?

_____ Mal

C.5 WIE OFT WAREN SIE IM LETZTEN QUARTAL EINE*^N FACHÄRZT*^N IN BESUCHT?

_____ Mal

C.6 WIE OFT WAREN SIE BEREITS IN EINEM KRANKENHAUS IN BEHANDLUNG?

_____ Mal

C.7 WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄßIG EIN?

C.8 FÜHREN SIE REGELMÄßIGE BLUTDRUCKSELBTMESSUNG DURCH?

- Ja
- Nein

C.9 WIE HOCH IST IHR ZULETZT GEMESSENER BLUTDRUCKWERT?

_____ mmHg

C.10 BITTE GEBEN SIE DIE FOLGENDEN DATEN AN

- a) Gewicht: _____ kg
- b) Größe: _____ cm

C.11 WIE HOCH SIND IHRE AKTUELLSTEN BLUTZUCKERWERTE UND BLUTFETTWERTE? BITTE GEBEN SIE DIE GENAUEN WERTE AN WENN IHNEN DIESE BEKANT SIND! (FALLS DIESE IHNEN UNBEKANT SIND, ÜBERSPRINGEN SIE DIESE FRAGE UND BEANTWORTEN SIE DIE FRAGE C.12)

Nüchtern-Blutzuckerwert: _____ mg/dl

HbA1c: _____ %

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl

LDL: _____ mg/dl

Triglyceride: _____ mg/dl

C.12 WIE HOCH SIND IHRE AKTUELLSTEN BLUTZUCKERWERTE UND BLUTFETTWERTE? BITTE WÄHLEN SIE BIS ZU ZWEI ANTWORTMÖGLICHKEITEN AUS!

- Erhöhte Blutzuckerwerte
- Normale Blutzuckerwerte
- Erhöhte Blutfettwerte
- Normale Blutfettwerte
- Weiß ich nicht

D. GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT (HRQoL)

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift DAS Kästchen an, dass Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

D.1 BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

D.2 FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

D.3 ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

D.4 SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

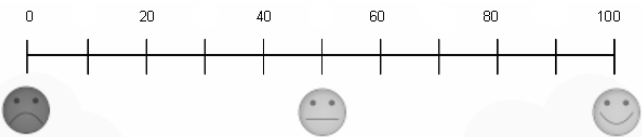
- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

D.5 ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

D.6 WIR WÜRDEN GERNE WISSEN, WIE GUT ODER SCHLECHT IHRE GESUNDHEIT HEUTE IST

Diese folgende Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen. 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt:



Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

E. AKZEPTANZ DER ARBEIT DER SELBSTHILFEGRUPPE DURCH DIE MITGLIEDER

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes im Kästchen darunter an.

Affektive Einstellung:

Gefällt Ihnen das Angebot des Herzverbands?

gefällt mir gar nicht	gefällt mir nicht	keine Meinung	gefällt mir	gefällt mir sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wohl fühlen Sie sich bei der Teilnahme am Programm des Herzverbands?

sehr unwohl	unwohl	keine Meinung	wohl	sehr wohl
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belastung

Wie viel Aufwand kostet es Sie am Herzverband teilzunehmen?

kein Aufwand	geringer Aufwand	keine Meinung	viel Aufwand	sehr viel Aufwand
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ethische Konsequenzen

Es gibt Auswirkungen auf meine persönliche Lebensführung durch die Teilnahme am Programm des Herzverbands.

stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	keine Meinung	stimme zu	stimme voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie fair ist das Angebot des Herzverbands für Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen?				
sehr unfair	unfair	keine Meinung	fair	sehr fair
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wahrgenommene Effektivität

Die Teilnahme am Programm des Herzverbands hat mich im Umgang mit meiner Herz-Kreislauf-Erkrankung gestärkt.

stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	keine Meinung	stimme zu	stimme voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kohärenz der Intervention

Mir ist klar, wie das Programm des Herzverbands mir helfen wird meine eigenständige Krankheitsbewältigung zu verbessern.

stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	keine Meinung	stimme zu	stimme sehr zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstwirksamkeit

Wie hoch schätzen Sie Ihre Fähigkeit am Programm des Herzverbands teilnehmen zu können ein?

sehr hoch	hoch	keine Meinung	niedrig	sehr niedrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opportunitätskosten

Die Teilnahme am Herzverband wirkt sich störend auf meine anderen Prioritäten aus.

stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	keine Meinung	stimme zu	stimme sehr zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Akzeptanz

Wie akzeptabel ist die Teilnahme am Programm des Herzverbands für Sie?

völlig inakzeptabel	Inakzeptabel	keine Meinung	akzeptabel	sehr akzeptabel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.9 WELCHEN NUTZEN HAT DIE TEILNAHME AM HERZVERBAND FÜR SIE PERSÖNLICH? BITTE KREUZEN SIE DIE AUSSAGEN AN DENEN SIE ZUSTIMMEN!

- Die Teilnahme an den Aktivitäten des Herzverbands stärkt mich im Umgang mit meiner Erkrankung.
- Der Herzverband ist ein wichtiges soziales Netzwerk für mich und gibt mir Kraft im Leben mit der Erkrankung.
- Der Herzverband gibt mir Unterstützung, die ich von Ärzt*innen und anderen Gesundheitsberufen nicht bekommen kann.
- Der Herzverband ist eine wichtige Quelle für vertrauenswürdige medizinische Informationen.
- Die Mitgliedschaft im Herzverband hilft mir mich im Gesundheitssystem zurecht zu finden.
- Die Teilnahme an den Aktivitäten des Herzverbands verbessert die Qualität meines Lebens.
- Sonstiges: _____