

Datum der Angaben (bitte ausfüllen)	Code (wird von ZpGA ausgefüllt)
-------------------------------------	---------------------------------



FRAGEBOGEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Studie zu Belastungen während der Corona-Pandemie

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

vielen Dank für Ihr Interesse an dieser Studie!

Worum geht es?

Die Corona-Pandemie hat den Alltag vieler Menschen maßgeblich verändert, insbesondere den pflegender Angehöriger.

Daher möchten wir herausfinden, welche Belastungen und Schwierigkeiten pflegende Angehörige während der Corona-Pandemie erfahren haben, wie sie mit diesen umgegangen sind und was ihnen dabei geholfen hat.

Ziel der Befragung ist, das Stress-, Belastungs- und Bewältigungserleben pflegender Angehöriger dadurch besser verstehen und so geeignete Unterstützungsangebote entwickeln zu können.

Ihre Teilnahme

Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig und Sie haben das Recht, die Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen abzubrechen. Hieraus entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

Bearbeitungsdauer

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ca. 20-30 Minuten. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Wählen Sie die Antwort, die am ehesten Ihren Gedanken und Gefühlen entspricht.

Anonymität und Vertraulichkeit der Daten

Während der gesamten Studie wird auf Ihre Anonymität und die Vertraulichkeit Ihrer Daten geachtet. Wir erheben keine Daten, die Ihre Daten mit Ihrer Person in Verbindung setzen könnten. Somit ist zu keinem Zeitpunkt ein Rückschluss auf Ihre Person möglich. Ihre Angaben werden nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Wohin mit Ihrem Fragebogen?

Ihr Fragebogen muss bitte bis zum 31.01.2021 per Post, Email oder Fax zum Zentrum für psychische Gesundheit in Mainz (s.u.) gelangen. Gerne können Sie einen der beiliegenden beschrifteten Rückumschläge mit dem Hinweis „Porto zahlt Empfänger“ hierfür benutzen.

Bitte achten Sie darauf, auf den Briefumschlag nicht Ihren Namen oder Ihre Adresse zu schreiben, damit Ihre Anonymität gewahrt bleibt.

Kontaktdaten Studienleiterin:

Dr. med. Katharina Geschke
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA)
Landeskrankenhaus (AöR)
Hartmühlenweg 2-4
55122 Mainz
Telefon: (0157) 80 69 67 59
Telefax: (06131) 378 - 2804
k.geschke@zpga.landesskrankenhaus.de

Kontaktdaten für Fragen:

Teresa Weber
Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA)
Landeskrankenhaus (AöR)
Hartmühlenweg 2-4
55122 Mainz
Telefon: (06131) 378 - 3101
Telefax: (06131) 378 - 2804
t.weber@zpga.landesskrankenhaus.de

Für etwaige Rückfragen steht Ihnen das Studienteam jederzeit zur Verfügung.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!



Dr. med. Katharina Geschke

Angaben zu Ihrer Person

Ich bin	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Ich bin	_____ Jahre alt	
Ich bin	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> berentet	<input type="checkbox"/> berufstätig in Teilzeit <input type="checkbox"/> berufstätig in Vollzeit
Höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschule / Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Fachabitur	<input type="checkbox"/> Allgemeine Hochschulreife <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Habilitation
Eigenes Netto-Einkommen pro Jahr im Durchschnitt	<input type="checkbox"/> < 10.000 € <input type="checkbox"/> 10.000 – 30.000 € <input type="checkbox"/> 30.000 – 50.000 €	<input type="checkbox"/> 50.000 – 70.000 € <input type="checkbox"/> 70.000 – 90.000 € <input type="checkbox"/> > 90.000 €
Ich lebe im	<input type="checkbox"/> ländlichen	<input type="checkbox"/> städtischen Gebiet
Sind Sie mit COVID-19 positiv getestet worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie an COVID-19 symptomatisch erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie Kontakt zu einer mit COVID-19 infizierten Person?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde Ihnen eine Quarantäne vom Gesundheitsamt angeordnet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Er/Sie ist	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Er/Sie ist	_____ Jahre alt	
Er/Sie ist mein	<input type="checkbox"/> Kind/Stiefkind <input type="checkbox"/> Schwiegervater/ -mutter	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad
Körperliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Demenz-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist er/sie mit COVID-19 positiv getestet worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist er/sie an COVID-19 symptomatisch erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte er/sie Kontakt zu einer mit COVID-19 infizierten Person?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde ihn/ihr eine Quarantäne vom Gesundheitsamt angeordnet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Angaben zur Pflegesituation außerhalb der Corona-Pandemie
(Bitte beziehen Sie Ihre Angaben auf Dezember 2019)**

Ich pflege meinen Angehörigen seit	<input type="checkbox"/> _____ Jahren	<input type="checkbox"/> erst seit der Corona-Pandemie	
Ich pflege normalerweise	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe <input type="checkbox"/> mit Hilfe von Verwandten, Nachbarn und Bekannten <input type="checkbox"/> mit professioneller Hilfe (bitte nächste Frage beachten)		
Welche professionelle Hilfe haben Sie normalerweise (Mehrfach-Antwort möglich)?	<input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Seniorenbetreuung <input type="checkbox"/> Senioren-WG <input type="checkbox"/> Teilstationäre <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung (Tages- oder Nachtpflege)	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Pflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Vollstationäre <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Keine	
Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie mit der Pflege Ihres Angehörigen normalerweise im Durchschnitt?	<input type="checkbox"/> <20	<input type="checkbox"/> 20-40	<input type="checkbox"/> >40 Stunden
Normalerweise lebe ich mit dem zu pflegenden Angehörigen	<input type="checkbox"/> im selben Haus <input type="checkbox"/> in derselben Stadt (Fahrzeit < 1 Stunde) <input type="checkbox"/> in derselben Stadt (Fahrzeit > 1 Stunde) <input type="checkbox"/> nicht in derselben Stadt (Fahrzeit < 1 Stunde) <input type="checkbox"/> nicht in derselben Stadt (Fahrzeit > 1 Stunde)		
Normalerweise ist mein eigener Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> mangelhaft <input type="checkbox"/> ungenügend	
Normalerweise ist die Pflege zeitlich überfordernd.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
Normalerweise ist die Pflege psychisch überfordernd.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
Normalerweise ist die Pflege körperlich überfordernd.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		

Angaben zur Pflegesituation während der Corona-Pandemie

(Bitte beziehen Sie Ihre Angaben auf April 2020, d.h. auf den Monat der Pandemie, in dem in Deutschland ein „Lockdown“ war. In dieser Zeit galten Kontaktverbote, Geschäfte waren geschlossen, etc.)

Hat sich etwas an Ihrer Pflegesituation durch die Corona-Pandemie verändert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ich pflegte während der Pandemie	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe <input type="checkbox"/> mit Hilfe von Verwandten, Nachbarn und Bekannten <input type="checkbox"/> mit professioneller Hilfe (bitte nächste Frage beachten)	
Welche professionelle Hilfe hatten Sie während der Pandemie (Mehrfach-Antwort möglich)?	<input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> Stundenweise Seniorenbetreuung <input type="checkbox"/> Senioren-WG <input type="checkbox"/> Teilstationäre Pflegeeinrichtung (Tages- oder Nachtpflege)	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Pflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Keine
Welche professionellen Hilfen haben Sie während der Pandemie nicht erhalten, obwohl Sie sie benötigt hätten (z.B. weil der Dienst abgesagt, die Tagespflege geschlossen wurde, Aufnahmestopp im Pflegeheim galt oder die 24-Stunden-Pflegekraft nicht einreisen konnte)?	<input type="checkbox"/> Beratung zu Pflege bzw. Pflegeleistungen und deren Inanspruchnahme <input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> Stundenweise Seniorenbetreuung <input type="checkbox"/> Senioren-WG	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Pflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Teilstationäre Pflegeeinrichtung (Tages- oder Nachtpflege)
Wie viele Stunden pro Woche verbrachten Sie mit der Pflege Ihres Angehörigen während der Pandemie im Durchschnitt?	<input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 20-40 <input type="checkbox"/> >40 Stunden	
Während der Corona-Pandemie lebte ich mit dem zu pflegenden Angehörigen	<input type="checkbox"/> im selben Haus <input type="checkbox"/> in derselben Stadt (Fahrzeit < 1 Stunde) <input type="checkbox"/> in derselben Stadt (Fahrzeit > 1 Stunde) <input type="checkbox"/> nicht in derselben Stadt (Fahrzeit < 1 Stunde) <input type="checkbox"/> nicht in derselben Stadt (Fahrzeit > 1 Stunde)	
Musste Ihr pflegebedürftiger Angehöriger während der Corona-Pandemie stationär im Krankenhaus behandelt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mussten Sie aufgrund der Pflege Ihres Angehörigen eine oder mehrere der folgenden Dinge in Anspruch nehmen?	<input type="checkbox"/> Arbeitszeitreduzierung <input type="checkbox"/> Familienpflegezeit <input type="checkbox"/> Pflegezeit <input type="checkbox"/> ähnliches, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> Zinsloses Darlehen vom Bundesamt f. Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben <input type="checkbox"/> nein	
Waren Sie betroffen von	<input type="checkbox"/> Kurzarbeit <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit? <input type="checkbox"/> ähnliches, nämlich: _____	
Haben Sie Ihre Überstunden und/oder den Jahresurlaub zur Pflege aufbrauchen müssen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hätten Sie sich mehr finanzielle Unterstützung gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? (Mehrfach-Antwort möglich)	<input type="checkbox"/> Flächendeckende und erreichbare Schulungen zur praktischen Hygiene für pflegende Angehörige wären sinnvoll gewesen. <input type="checkbox"/> Ich hätte eine Schulung zur praktischen Hygiene online ...besucht. <input type="checkbox"/> Kostenlose Schutzausrüstung und Hygiene-Material für pflegende Angehörige wäre sinnvoll gewesen. <input type="checkbox"/> Ich hatte teilweise keine Schutzausrüstung oder Hygienematerial, da keines erhältlich war. <input type="checkbox"/> Ich habe im Rahmen der Schutzmaßnahmen die Anzahl der weiteren Pflegepersonen verringert, um die Infektionswahrscheinlichkeit zu senken. <input type="checkbox"/> Es gab einen Plan, falls ich selbst als Pflegeperson ausgefallen wäre. <input type="checkbox"/> Ich stand völlig alleine da.		
Während des „Lockdowns“ war mein Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mangelhaft.	<input type="checkbox"/> befriedigend. <input type="checkbox"/> ungenügend
Während des „Lockdowns“ war die Pflege zeitlich überfordernd.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
Während des „Lockdowns“ war die Pflege psychisch überfordernd.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
Während des „Lockdowns“ war die Pflege körperlich überfordernd.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		

Wie groß war Ihre Angst vor einer Covid-19-Infektion bei der pflegebedürftigen Person?											
Überhaupt keine Angst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	panische Angst 10

Wie groß war Ihre Angst vor einer Covid-19-Infektion bei Ihnen?											
Überhaupt keine Angst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	panische Angst 10

Bezogen auf den „Lockdown“ (Monat April 2020):

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Haben Sie eine feste Tagesstruktur während des „Lockdowns“ geschaffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bewusst angenehme Aktivitäten in diese Tagesstruktur eingebaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bewusst Bewegung (z. B. Spaziergänge oder Übungen für zuhause) in Ihren Tagesauflauf eingebaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie soziale Kontakte aufrechterhalten, z. B. durch Telefonate, Video-Chats und E-Mails oder Briefe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hilfe von z.B. Kindern, Nachbarn oder Unterstützungsgruppen in Anspruch genommen? Z. B. zum Einkaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War der Hausarzt Ihres pflegebedürftigen Angehörigen ausreichend gut zu erreichen und hat diesen unkompliziert weiterbehandelt und versorgt während des „Lockdowns“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bezogen auf den „Lockdown“ (Monat April 2020):

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

Im April...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

World Health Organization (WHO). Wellbeing measures in primary health care: the DepCare project. Copenhagen: World Health Organization; 1998.

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihren Gedanken und Gefühlen während des „Lockdowns“ (Monat April 2020). Bitte geben Sie für jede Frage an, wie oft Sie in entsprechender Art und Weise gedacht oder gefühlt haben.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
Wie oft hatten Sie im Monat April das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im Monat April sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im Monat April das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im Monat April das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>				

PERCEIVED STRESS SCALE (PSS). Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., Wölfling, K., & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale - psychometric characteristics in a representative German community sample. BMC psychiatry, 16, 159. – Kurzform mit Fragen 2, 4, 5, 10.

Bitte wählen Sie bei den folgenden Fragen jeweils die Antwort aus, die Ihrem Befinden während des „Lockdowns“ (Monat April 2020) am besten entsprochen hat.

	Ja	Nein
Waren Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihnen oft langweilig gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie die meiste Zeit guter Laune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlten Sie sich die meiste Zeit glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlten Sie sich oft hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blieben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaubten Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fanden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamen Sie sich in Ihrem Zustand ziemlich wertlos vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlten Sie sich voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fanden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaubten Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GDS-15. Sheikh JI, Yesavage JA (1986) Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 5:165–173.

Was sind Ihre Wünsche und Erwartungen gewesen? Wo hätte es besser oder anders laufen sollen? Was haben Sie gelernt? Wie werden Sie sich und Ihren Haushalt auf eine weitere Pandemie vorbereiten?

Geben Sie bitte an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen jeweils zustimmen:

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Neutral	Stimme eher zu	Stimme vollkommen zu
Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brief Resilience Scale (BRS). Chmitorz A, Wenzel M, Stieglitz R-D, Kunzler A, Bagusat C, Helmreich I, et al. (2018) Population-based validation of a German version of the Brief Resilience Scale. PLoS ONE 13(2): e0192761.

Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft:

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft voll und ganz zu
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="checkbox"/>				
Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	<input type="checkbox"/>				
Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	<input type="checkbox"/>				

ASKU. Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (2012). ASKU - Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала [Fragebogen]. In Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.), Elektronisches Testarchiv (PSYNDEX Tests-Nr. 9006490). Trier: ZPID.

Wie fühlen Sie sich im Moment (d.h. in den letzten zwei Wochen)?

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich jetzt fühlen.

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

World Health Organization (WHO). Wellbeing measures in primary health care: the DepCare project. Copenhagen: World Health Organization; 1998.

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihren Gedanken und Gefühlen in den letzten zwei Wochen. Bitte geben Sie für jede Frage an, wie oft Sie in entsprechender Art und Weise gedacht oder gefühlt haben.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
Wie oft hatten Sie in den letzten zwei Wochen das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich in den letzten zwei Wochen sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie in den letzten zwei Wochen das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie in den letzten zwei Wochen das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>				

PERCEIVED STRESS SCALE (PSS). Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., Wölfling, K., & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale - psychometric characteristics in a representative German community sample. BMC psychiatry, 16, 159. – Kurzform mit Fragen 2, 4, 5, 10.

Bitte wählen Sie bei den folgenden Fragen jeweils die Antwort aus, die Ihrem Befinden in den letzten zwei Wochen am besten entsprochen hat.

	Ja	Nein
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihnen oft langweilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich oft hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommen Sie sich in Ihrem Zustand ziemlich wertlos vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GDS-15. Sheikh JI, Yesavage JA (1986) Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 5:165–173.

Ziel des folgenden Abschnittes ist es herauszufinden, wie Ihre **derzeitige Situation** aussieht. Schauen Sie dazu bitte erneut auf die **vergangenen vier Wochen** zurück.

Meine Kraftspender

Meine innere Haltung

	Ja	Eher Ja	Eher Nein	Nein
Ich habe mich freiwillig und bewusst entschieden, die Pflege zu übernehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die Anforderungen der Pflege entdecke ich neue, positive Seiten an mir, an der pflegebedürftigen Person und/oder an unserem Verhältnis zueinander.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhole mich schnell von Stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich mit Informationen zum Erkrankungsbild der pflegebedürftigen Person und zu Hilfsangeboten auseinandergesetzt und fühle mich kompetent in meiner Pflegeleistung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Energiequellen

	Ja	Eher Ja	Eher Nein	Nein
Es gelingt mir trotz erhöhter Anforderungen, eigene Interessen (wie Hobbys, Sport) zu verfolgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich spanne weitere Personen (z. B. Familienmitglieder, Freund/in, professionelle Pfleger/innen, externe Betreuungsangebote) in die Pflege ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bekomme unterstützende Rückmeldungen für meine Leistungen als Pflegenden/r.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Menschen, auf die ich mich immer verlassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich empfinde im Alltag Freude, z. B. wenn ich angenehmen Aktivitäten nachgehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Kräftezehrer

Schwierigkeiten im Umgang mit der pflegebedürftigen Person

	Ja	Eher Ja	Eher Nein	Nein
Die pflegebedürftige Person ist körperlich eingeschränkt und benötigt Unterstützung in Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Anziehen, Waschen, Bewegung, Essen), die ich nur schwer leisten kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die pflegebedürftige Person zeigt schwierige Verhaltensweisen, die mich belasten (z. B. lehnt Hilfe ab, zeigt aggressives Verhalten, Schlafstörungen, Interessenlosigkeit).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann die pflegebedürftige Person keine Stunde allein lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die pflegebedürftige Person hat sich durch die Erkrankung nachteilig verändert (ist z. B. reizbarer, negativer, weniger mitfühlend, hat geistig abgebaut).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Alltag ergeben sich viele Konflikte und Streitigkeiten mit der pflegebedürftigen Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allgemeine Belastungen meiner Lebenssituation

	Ja	Eher Ja	Eher Nein	Nein
Neben den Pflegeaufgaben bin ich im Alltag durch zusätzliche Schwierigkeiten belastet (z. B. eigener Gesundheitszustand, Sorge um weitere Familienmitglieder, Vereinbarkeit Pflege-Familie-Beruf).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide täglich an körperlichen Beschwerden (z. B. Schmerzen, Atemnot, ungewollter Gewichtsverlust, Herzklopfen, Schwindel, Erkrankungen des Bewegungsapparates).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine finanzielle Situation bereitet mir Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vernachlässige meine eigene Gesundheit (z. B. Versäumnis von Vorsorgeuntersuchungen, Schlafmangel, ungesunde Ernährung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Gefühl, der Vielfalt an Anforderungen in meinem Alltag nicht gerecht zu werden (dies kann sich z. B. durch Antriebslosigkeit, Schlafprobleme, Freudlosigkeit oder Gereiztheit äußern).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE). Wuttke-Linnemann A., Halsband C. A. & Fellgiebel, A. (2020). Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE). Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).

ENDE – HERZLICHEN DANK!