



## Modifizierter Fragebogen für Apoplex, in Anlehnung an die „Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL)“

Die folgenden Fragen sollen gemäß den zutreffenden Ziffern angekreuzt werden, die von 1 (= keine Beschwerden, keine Hilfe wird benötigt) und 5 (=maximale Beschwerden, maximale Hilfe wird benötigt) reichen.

Wert	Fragen						Zutreffendes ankreuzen
<b>Abschnitt 1: Energie</b>							
1	Ich musste pausieren und mich den restlichen Tag lang erholen.	1	2	3	4	5	
2	Ich musste pausieren und mich den restlichen Tag erholen.	1	2	3	4	5	
3	Ich war zu müde, um zu tun, was ich tun wollte. .	1	2	3	4	5	
<b>Abschnitt 2: Familie</b>							
1	Ich habe nicht bei Aktivitäten mit meiner Familie teilgenommen, die keinen besonderen Grund hatten.	1	2	3	4	5	
2	Ich fühlte, dass ich meiner Familie eine Last war.	1	2	3	4	5	
3	Meine physische Konditionierung limitiert mich in meinem persönlichen Leben.	1	2	3	4	5	
<b>Abschnitt 3: Sprache</b>							
1	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Sprechen (Stottern, Unterbrechungen, fehlende Worte etc.)?	1	2	3	4	5	
2	Haben Sie Schwierigkeiten damit, das Telefon zu benutzen, weil Sie nicht klar genug sprechen können?	1	2	3	4	5	
3	Haben andere Leute Probleme, Sie zu verstehen?	1	2	3	4	5	
4	Haben Sie Schwierigkeiten damit, ein Wort, welches Sie suchen zu finden?	1	2	3	4	5	
5	Müssen Sie sich wiederholen, damit Sie von anderen verstanden werden?	1	2	3	4	5	
<b>Abschnitt 4: Mobilität</b>							
1	Haben Sie Beschwerden beim Laufen? (PatientIn kann nicht laufen, dann machen Sie mit Frage 4 weiter)	1	2	3	4	5	
2	Verlieren Sie das Gleichgewicht, wenn Sie sich nach vorne beugen, um etwas zu erreichen?	1	2	3	4	5	
3	Haben Sie Schwierigkeiten beim Steigen der Treppe?	1	2	3	4	5	
4	Müssen Sie häufiger stoppen oder sich erholen als Sie es wollen, wenn Sie laufen oder den Rollstuhl benutzen?	1	2	3	4	5	
5	Haben Sie Schwierigkeiten beim Stehen?	1	2	3	4	5	
6	Haben Sie Schwierigkeiten beim Aufstehen von einem Stuhl?	1	2	3	4	5	
<b>Abschnitt 5: Stimmung</b>							
1	Ich war mir unsicher über meine Zukunft.	1	2	3	4	5	
2	Andere Leute oder deren Aktivitäten interessierten mich nicht.	1	2	3	4	5	
3	Ich fühlte mich von anderen Leuten missachtet.	1	2	3	4	5	
4	Ich hatte wenig Selbstvertrauen.	1	2	3	4	5	
5	Ich hatte keinen Appetit	1	2	3	4	5	
<b>Abschnitt 6: Persönlichkeit</b>							
1	I war irritiert.	1	2	3	4	5	
2	Ich war ungeduldig mit anderen.	1	2	3	4	5	
3	Meine Persönlichkeit hat sich verändert.	1	2	3	4	5	

**Abschnitt 7: Eigenversorgung**

1	Brauchten Sie Hilfe beim Vorbereiten von Mahlzeiten?	1	2	3	4	5
2	Brauchten Sie Hilfe beim Essen?	1	2	3	4	5
3	Brauchten Sie Hilfe beim Anziehen? Zum Beispiel, um Schuhe anzuziehen oder den Reißverschluss zu schließen.	1	2	3	4	5
4	Brauchten Sie Hilfe um ein Bad oder eine Dusche zu nehmen?	1	2	3	4	5
5	Brauchten Sie Hilfe beim Benutzen der Toilette?	1	2	3	4	5

**Abschnitt 8: Sozialleben**

1	Ich ging nicht sooft aus, wie ich es wollte	1	2	3	4	5
2	Ich führte meine Hobbys kürzer durch als normalerweise.	1	2	3	4	5
3	I sah viele meiner Freunde weniger häufig als ich wollte.	1	2	3	4	5
4	Ich hatte weniger häufig Sex als ich es wollte.	1	2	3	4	5
5	Mein physischer Zustand wurde von meinem Sozialleben beeinflusst.	1	2	3	4	5

**Abschnitt 9: Denken**

1	Es war schwer für mich, mich zu konzentrieren.	1	2	3	4	5
2	Ich hatte Schwierigkeiten mich an Dinge zu erinnern.	1	2	3	4	5
3	Ich musste Dinge aufschreiben, um mich daran zu erinnern.	1	2	3	4	5

**Abschnitt 10: Funktionen der Oberen Extremität**

1	Hatten Sie Schwierigkeiten beim Schreiben?	1	2	3	4	5
2	Hatten Sie Schwierigkeiten beim Anziehen der Socken?	1	2	3	4	5
3	Hatten Sie Schwierigkeiten einen Reißverschluss zu ziehen?	1	2	3	4	5
4	Hatten Sie Schwierigkeiten einen Knopf zuzumachen?	1	2	3	4	5
5	Hatten Sie Schwierigkeiten beim Öffnen einer Flasche?	1	2	3	4	5

**Abschnitt 11: Vision**

1	Hatten Sie Schwierigkeiten dabei, den Fernseher gut genug zu sehen, um die Show genossen zu haben?	1	2	3	4	5
2	Hatten Sie Schwierigkeiten Dinge zu erreichen, weil Sie beim Sehen Probleme hatten?	1	2	3	4	5
3	Hatten Sie Beschwerden, weil Sie Dinge auf einer Seite nicht erkannt haben?	1	2	3	4	5

**Abschnitt 12: Arbeit / Produktivität**

1	Hatten Sie Schwierigkeiten beim Durchführen täglicher Arbeit im Haus?	1	2	3	4	5
2	Hatten Sie Schwierigkeiten beim Abschließen von Arbeiten, die Sie begonnen haben?	1	2	3	4	5
3	Hatten Sie Schwierigkeiten beim Durchführen der Arbeit, die Sie durchführen wollten?	1	2	3	4	5

**Punkte****Gesamtpunktzahl**

**Auswertung des Fragebogens:** Siehe Buch „*Physiotherapie Grundlagen (Best Practice), 3. Auflage*“