

# SENOMAC-Studie: Lymph-ICF nach einem Jahr

## STÖRUNGEN, EINSCHRÄNKUNGEN UND TEILHABEPROBLEM FRAGEBOGEN FÜR LYMPHÖDEME DER OBEREN GLIEDMAßEN (LYMPH-ICF-OG)

Randomisierungs-ID:

Datum:

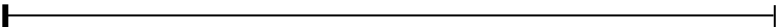
Beschwerden im Bereich des Arms und/oder der Hand nach der Behandlung von Brustkrebs können neben physischen und mentalen Folgen ebenso eine Anzahl an Einschränkungen in der Ausübung von Aktivitäten mit sich bringen.

Dieser Fragebogen beinhaltet **29 Fragen**, die auf Basis von Informationen von Personen, die wegen Brustkrebs behandelt wurde, erstellt wurden.

Nach jeder Frage sehen Sie eine waagrechte Linie, die an den äußeren Enden mit den Worten „ganz und gar nicht“, „sehr viel“ oder „sehr gut“ versehen ist. Bei jeder Frage markieren Sie mit einem kurzen senkrechten Strich, wie Sie Ihre Beschwerden einschätzen. Wenn Sie keine Probleme mit der beschriebenen Beschwerde haben, markieren Sie „ganz und gar nicht“ ganz links. **Wenn Sie sehr viele Probleme mit der beschriebenen Beschwerde haben, markieren Sie ganz rechts („sehr viel“).** **Wenn diese Aktivität nicht auf Sie zutrifft, markieren Sie den Kreis „nicht zutreffend“.**

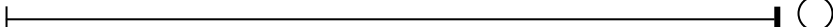
Zum Beispiel:

1. Haben Sie Schmerzen im Arm- und/oder Handbereich? Ganz und gar nicht Sehr viel



*Markieren Sie ganz links, wenn Sie überhaupt keine Schmerzen haben.*

2. Können Sie im Garten arbeiten? Sehr gut Ganz und gar nicht



*Markieren Sie ganz rechts, wenn Sie aufgrund Ihres Lymphödems so gut wie überhaupt nicht im Garten arbeiten können. Wenn Sie keinen Garten haben oder sich aus anderen Gründen nicht mit dieser Aktivität beschäftigen, kreuzen Sie den Kreis „⊗ nicht zutreffend“ ganz rechts an.*

Wählen Sie die Antwort, die mit Ihrer eigenen Situation in den **letzten 2 Wochen am besten übereinstimmt**. Versuchen Sie nicht zu lang über jede Frage nachzudenken und versuchen Sie zu jeder Frage eine Antwort zu geben.

Dieses ist ein persönlicher Fragebogen, der durch Sie ausgefüllt werden muss. Versuchen Sie während des Ausfüllens des Fragebogens die Fragen nicht mit einer anderen Person zu besprechen. Wenn Sie über den Inhalt der Fragen nicht sicher sind, beantworten Sie die Fragen so, wie Sie sie verstehen.

# SENOMAC-Studie: Lymph-ICF nach einem Jahr

## Körperliche Funktionen

Fühlt sich Ihr Arm/ Ihre Hand:

*Ganz und gar nicht* ↓ *Sehr viel* ↓

1. Schwer (ermüdet) an? |-----|

2. Steif an? |-----|

3. Geschwollen an? |-----|

Haben Sie am Arm / an der Hand:

*Ganz und gar nicht* ↓ *Sehr viel* ↓

4. Kraftverlust? |-----|

5. Kribbeln? |-----|

6. Schmerzen? |-----|

7. Gespannte Haut? |-----|

## Mentale Funktionen

Aufgrund der Probleme am Arm / an der Hand:

*Ganz und gar nicht* ↓ *Sehr viel* ↓

8. Fühlen Sie sich traurig? |-----|

9. Fühlen Sie sich entmutigt? |-----|

10. Haben Sie mangelndes Selbstvertrauen? |-----|

11. Fühlen Sie sich angespannt? |-----|

## Aktivitäten im Haushalt

Können Sie trotz Ihrer Beschwerden:

*Sehr gut* ↓ *Ganz und gar nicht* ↓

12. Putzen (schrubben, staubsaugen, wischen)? |-----| ○

13. Kochen? |-----| ○

14. Bügeln? |-----| ○

15. Im Garten arbeiten? |-----| ○

↑  
*nicht zutreffend*

## Mobilität

*Sehr gut* ↓ *Ganz und gar nicht* ↓

-----|-----|

# SENOMAC-Studie: Lymph-ICF nach einem Jahr

Können Sie trotz Ihrer Beschwerden:

16. Überkopftätigkeiten (z.B. etwas aufhängen) ausführen?
17. Schwere Gegenstände aufheben oder tragen (z.B. Eimer Wasser, Einkäufe)?
18. Auf der betroffenen Seite schlafen?
19. Am Computer arbeiten (>30 Minuten)?
20. Sonnenbaden?
21. Auto fahren?
22. Wandern (>2km)?
23. Fahrrad fahren?
- ↑  
nicht zutreffend

## **Bedeutende Lebensbereiche und soziales Leben**

Können Sie trotz Ihrer Beschwerden:

*Sehr gut*

*Ganz und gar nicht*

- ↓
24. In den Urlaub fahren?
25. Ihre Hobbies ausführen?
26. Sport treiben?
27. Kleidung tragen, die Sie gerne anziehen?
28. Ihren Beruf (bezahlte Tätigkeit) ausüben?
29. Soziale Aktivitäten mit Freunden ausüben (z. B. zu Feiern und Konzerten gehen, essen gehen)?
- ↑  
nicht zutreffend