



### Checkliste: Erfassung der Müdigkeit

Wann	Wie
keine detaillierte Erfassung: keine bis geringe Müdigkeit (bei einer Skala von 0–10; 0–3 = keine oder geringe Müdigkeit)	<i>Erfassungsinstrument wählen:</i> Checkliste «Ursächliche Faktoren»  Offene Fragen nach Bischoff Willhelm/Hürny
detaillierte Erfassung: mässige oder starke Müdigkeit (bei einer Skala von 0–10: 4–6 = mässige, 7–10 = starke Müdigkeit)	Interviewfragen nach Piper  Müdigkeitsfragebogen FAQ
Aktivitätseinschränkung	Erfassungsinstrument VAS
Vorhandenen Faktoren, die zur Müdigkeit führen (siehe Checkliste)	Abgabe und Besprechung der Broschüre «Rundum Müde»

krebshliga schweiz  
ligue suisse contre le cancer  
lega cancro svizzera



Sponsor:

ORTHOBIO  
a division of  
JANSSEN-CILAG

Sponsor:



# Müdigkeit

## Checkliste Ursächliche Faktoren

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Datum der Erfassung \_\_\_\_\_

### Folgende ursächliche Faktoren sollten, gemeinsam mit dem Arzt, abgeklärt werden:

Hauptursachen	Durch den Tumor oder andere Krankheiten verursacht	Durch weitere Therapien verursacht
<input type="checkbox"/> Anämie <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Hypothyroidismus <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> psychische Belastung <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Radiotherapie <input type="checkbox"/> Immuntherapie	<input type="checkbox"/> Metastasierung <input type="checkbox"/> Knochenmarksinfiltration <input type="checkbox"/> Hypercalciämie <input type="checkbox"/> Hypernatriämie <input type="checkbox"/> Hyperkaliämie <input type="checkbox"/> Dehydratation <input type="checkbox"/> schlechter Ernährungszustand, Kachexie <input type="checkbox"/> Vitaminmangel <input type="checkbox"/> Endokrine Störungen (Hyper- oder Hypoglykämie) <input type="checkbox"/> Tumorfieber <input type="checkbox"/> Infekte <input type="checkbox"/> Kardiale, pulmonale Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Knochenmarkstransplantation <input type="checkbox"/> Medikamente: Opioide, Steroide, Sedativa, Antiemetika, Betablocker, Psychopharmaka

(Erstellt in Anlehnung an die Einteilung der Ursachen von Müdigkeit bei Stiefel et al.,1992 und Action on Fatigue, 1996)



# Müdigkeit

## Offene Fragen zur Erfassung von Müdigkeit

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Datum der Erfassung \_\_\_\_\_

Wo wird die Müdigkeit verspürt (Lokalisation) ?

Wie wird sie erlebt (Qualität) ?

Wie stark ist sie (Intensität) ?

Wie lange dauert sie an (zeitlicher Ablauf) ?

Gibt es erleichternde oder verstärkende Faktoren?

Treten Begleitsymptome auf?

Gibt es besondere Begleitumstände?



# Müdigkeit

## Interviewfragen zur Erfassung von Müdigkeit

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

### Folgende Fragen werden dem Patienten in einem Gespräch gestellt:

Sind Sie momentan müde?

Wie intensiv/stark ist zur Zeit Ihre Müdigkeit? Angabe in einer Skala von 0–10.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wann beginnt die Müdigkeit und wie lange dauert sie an?

Müdigkeitsmuster

- |                                      |   |                                   |                                 |   |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> kurzdauernd | <input type="checkbox"/> vorübergehend      | <input type="checkbox"/> oft      | <input type="checkbox"/> akut   | <input type="checkbox"/> zwischendurch  |
| <input type="checkbox"/> selten      | <input type="checkbox"/> vereinzelt         | <input type="checkbox"/> konstant | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> kontinuierlich |
| <input type="checkbox"/> chronisch   | <input type="checkbox"/> akut vorübergehend |                                   |                                 |   |

Unterscheidet sich die jetzige Müdigkeit in bezug auf Ausmass und Muster von der Müdigkeit vor Beginn Ihrer Erkrankung?

Anzeichen/Symptome von Müdigkeit?

- |  |                                     |   |   |
|--|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> müde Augen    | <input type="checkbox"/> müde Beine | <input type="checkbox"/> müde Arme      | <input type="checkbox"/> Müdigkeit am ganzen Körper |
| <input type="checkbox"/> Energiemangel | <input type="checkbox"/> Schwäche   | <input type="checkbox"/> Kraftlosigkeit | <input type="checkbox"/> Mangel an Ausdauer         |
| <input type="checkbox"/> andere        |                                     |   |   |



Haben Sie gerade jetzt irgendwelche anderen Symptome?

Wie intensiv/schwer sind diese Symptome? (0 – 10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Was verstärkt Ihre Müdigkeit?

Was bessert Ihre Müdigkeit?

Beeinflusst die Müdigkeit:

- Ihre Konzentrationsfähigkeit
- Ihre Fähigkeit zur Aufnahmefähigkeit/Aufnahmedauer für eine Tätigkeit?
- Ihr Gedächtnis       Munterkeit       Schläfrigkeit       Ihre Fähigkeit, klar zu denken

Wirkt die Müdigkeit stimmungsverändernd, macht sie:

- reizbar       ungeduldig       deprimiert       motivationslos       schnell gelangweilt

Wie belastend empfinden Sie die Müdigkeit?

Wie beurteilen Sie selbst Ihre Müdigkeit?

- als normal       abnormal       gewöhnlich       ungewöhnlich       andere Eigenschaften

In welcher Weise wirkt sich die Müdigkeit auf Ihre tägliche Routine und täglichen Aktivitäten aus?



# Müdigkeit

## Müdigkeitsfragebogen

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten, indem Sie die für Sie passende Antwort ankreuzen (entsprechende Zahl ankreuzen).

Die Antworten müssen sich auf die letzten 2 Wochen beziehen

	überhaupt nicht	wenig	mässig	sehr
1. Reagierten, handelten Sie langsamer? _____	0	1	2	3
2. Verspürten Sie ein extremes, ungewöhnliches Bedürfnis, sich auszuruhen? (unüblich für Sie) _____	0	1	2	3
3. Verspürten Sie ein Gefühl extremer, ungewöhnlicher Müdigkeit? _____	0	1	2	3
4. Erlebten Sie ein Gefühl von «ausgewunden sein», von Erschöpfung? _____	0	1	2	3
5. Verspürten Sie eine Schwäche, ein Verlust an Kraft? _____	0	1	2	3
6. Verspürten Sie ein allgemeines Unwohlsein? _____	0	1	2	3
7. Verspürten Sie schwere Glieder? _____	0	1	2	3
8. Verspürten Sie eine reduzierte, körperliche Leistungsfähigkeit? _____	0	1	2	3
9. Verspürten Sie einen Verlust an Energie? (verglichen mit üblicher Energie) _____	0	1	2	3
10. Brauchte es oft Überwindung, die sonst üblichen Aktivitäten durchzuführen? _____	0	1	2	3
11. Fühlten Sie sich während des Tages oft schläfrig? _____	0	1	2	3
12. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren? _____	0	1	2	3
13. Fühlten Sie sich vergesslicher als normalerweise? _____	0	1	2	3
14. War es für Sie schwierig, aufmerksam zu bleiben, z.B. Zuhören oder Lesen? _____	0	1	2	3
15. Hatten Sie den Wunsch, die Gedanken «abzuschalten»? _____	0	1	2	3
16. Verspürten Sie Angst? _____	0	1	2	3
17. Fühlten Sie sich angespannt? _____	0	1	2	3
18. Fühlten Sie sich ungeduldig? _____	0	1	2	3
19. Fühlten Sie sich traurig, deprimiert? _____	0	1	2	3
20. Hatten Sie nachts Schlafprobleme? _____	0	1	2	3

Es folgen noch weitere Fragen dazu, wie intensiv Sie die unübliche Müdigkeit letzte Woche und letzten Monat empfunden und wie stark Sie darunter gelitten haben.



Wenn Sie sich beispielsweise in der vergangenen Woche extrem stark, unüblich müde gefühlt haben, jedoch nicht komplett erschöpft waren, würden Sie einen Strich auf die Linie setzen wie folgt:

**Beispiel**

Ich fühle mich  
überhaupt nicht  
unüblich müde



Ich fühle mich  
extrem müde,  
komplett erschöpft

Den Strich ganz links auf der Linie zu setzen bedeutet, dass Sie überhaupt nicht unüblich müde waren. Je weiter Sie den Strich nach rechts setzen, desto mehr Müdigkeit geben Sie an. Wenn Sie den Strich ganz rechts setzen, bedeutet das, dass Sie extrem müde, komplett erschöpft waren.

Nun beantworten Sie bitte noch die letzten Fragen in dieser Weise. Besten Dank.

Wie stark fühlten Sie sich unüblich müde? (Unüblich bedeutet ungewöhnlich für Sie). Bitte setzen Sie einen geraden Strich dort auf die Linie, wo es der Müdigkeit, die Sie empfunden haben, am ehesten entspricht.

**In der letzten Woche:**

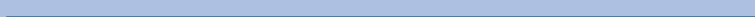
Ich fühle mich  
überhaupt nicht  
unüblich müde



Ich fühle mich  
extrem müde,  
komplett erschöpft

**Im letzten Monat:**

Ich fühle mich  
überhaupt nicht  
unüblich müde



Ich fühle mich  
extrem müde,  
komplett erschöpft

**Wenn Sie sich in einer dieser Zeitspanne unüblich müde fühlten, wie stark litten Sie unter dieser Müdigkeit?**

Ich litt überhaupt  
nicht darunter



Ich litt sehr stark  
darunter



# Müdigkeit

## Vorschlag zur Bewertung der Antworten

Die Antworten auf dem Fragebogen werden mit folgenden Punkten bewertet:

überhaupt nicht: 0 Punkte      wenig: 1 Punkt      mässig: 2 Punkte      sehr: 3 Punkte

Die Punkte werden durch Addieren errechnet. Mehr Punkte bedeutet mehr Müdigkeit. Bei 20 Antworten ist die höchstmögliche Punktezahl 60.

Es ist möglich, die Punkte der Sub-Skalen separat zusammenzuzählen.

### Physische Sub-Skala

Fragen 1 bis 11, höchstmögliche Punktezahl      33 (100%)

### Kognitive Sub-Skala

Fragen 12 bis 14, höchstmögliche Punktezahl      9 (100%)

### Affektive Sub-Skalen

Fragen 15 bis 19, höchstmögliche Punktezahl      15 (100%)

Frage 20 ist eine Einzelfrage, welche zu keiner Sub-Skala passt; höchstmögliche Punktezahl      3 (100%)

Total mögliche Punkte:      60 (100%)

Um die Müdigkeits-Dimensionen Quantität und Qualität und das Leiden darunter zu messen, stehen die zusätzlichen Linear- Analog Skalen zur Verfügung. Hier wird in Millimetern gemessen.

Sie können folgendermassen interpretiert werden:

0 Millimeter	überhaupt nicht (überhaupt nicht unüblich müde, bzw. ich leide überhaupt nicht darunter)
0-33 Millimeter	wenig
34-66 Millimeter	mässig
67-100 Millimeter	sehr, (total erschöpft, ich leide sehr darunter)



# Müdigkeit

## Einschätzung der Lebensqualität

Name \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Geschlecht M/W \_\_\_\_\_

Art des Tumors \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Behandlung:     Chemotherapie     Radiotherapie     Chemo- und Radiotherapie     andere

Sie finden unten drei Fragen zur Einschätzung Ihres Befindens. Zeichnen Sie ein Kreuz auf der Linie, um einzuschätzen, wie Sie sich in der letzten Woche gefühlt haben.

Beantworten Sie die Fragen, falls möglich, vor der Tumorthherapie.

**Wie war Ihre Energie in der letzten Woche?**

erschöpft \_\_\_\_\_ voller Energie

**Wie war Ihre Lebensqualität in der letzten Woche?**

sehr schlecht \_\_\_\_\_ sehr gut

**Wie konnten Sie Ihre täglichen Aktivitäten in der letzten Woche ausführen?**

sehr schlecht \_\_\_\_\_ sehr gut

Wenn Sie Ihren Hämoglobinwert kennen, können sie ihn hier notieren: \_\_\_\_\_ g/dl

