

SPARRA-Fragebogen für Menschen mit erhöhtem Risiko für Rheumatoide Arthritis

Vielleicht haben Sie folgende Beschwerden bereits im Zuge Ihrer momentanen Gelenksprobleme wahrgenommen. Bitte geben Sie an, ob Sie unten angeführte Beschwerden kennen und wann diese zum ersten Mal auftauchten. Wenn Sie zum Beispiel seit drei Monaten Gelenksschmerzen haben, Ihre Gelenke seit 4 Jahren geschwollen sind, Sie aber bis jetzt keine Gelenksteifigkeit gespürt haben, dann füllen Sie folgendes aus:

Beispiel für mögliche Beschwerden	Vorhanden (früher oder jetzt) bzw. nicht vorhanden	Wenn ja, wie lange ist es her seit Sie diese Beschwerden zum ersten Mal wahrgenommen haben?
Gelenksschmerzen	Früher/jetzt/nicht	3 Monat(e)/Jahr(e)
Gelenksschwellungen	Früher/jetzt/nicht	4 Monat(e)/Jahr(e)
Gelenksteifigkeit	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)

In den letzten beiden Zeilen der Tabelle (auf Seite 2) können Sie weitere Beschwerden anführen, die sie wahrgenommen haben.

Mögliche Beschwerden	Vorhanden (früher oder jetzt) bzw. nicht vorhanden	Wenn ja, wie lange ist es her seit Sie diese Beschwerden zum ersten Mal wahrgenommen haben?
Gelenksschmerzen	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Gelenksschwellungen	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Gelenksteifigkeit	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Überwärmung in Gelenken/hitzende Gelenke	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Kribbeln in den Gelenken	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Taubheitsgefühl	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Veränderung der Hautfarbe über irgendwelchen Gelenken	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Muskelkrämpfe	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Schwächegefühl oder Kraftlosigkeit	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Müdigkeit/Erschöpfungszustand	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Emotionale Belastung (wie Traurigkeit, Sorgen, Verstimmung)	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Konzentrationsschwächen	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Schlafstörungen	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)

Mögliche Beschwerden	Vorhanden (früher oder jetzt) bzw. nicht vorhanden	Wenn ja, wie lange ist es her seit Sie diese Beschwerden zum ersten Mal wahrgenommen haben?
Weitere Beschwerden: _____	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)
Weitere Beschwerden: _____	Früher/jetzt/nicht	... Monat(e)/Jahr(e)

Wenn Sie **vor** Ihren jetzigen Gelenksproblemen weitere Beschwerden hatten, die Ihnen wichtig erscheinen, führen Sie diese bitte hier an:

Die Antworten auf die folgenden Fragen sollen uns helfen mehr über die Art der Beschwerden zu verstehen, die sie **im letzten Monat** wahrgenommen haben. Denken Sie nicht lange über die Antworten nach, sondern beantworten Sie die Fragen bitte einfach spontan. Lesen Sie bitte jede Frage und kreisen Sie die für Sie passendste Antwort ein, zum Beispiel:

Beispiel für eine Frage				
a) An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat X in Ihren Gelenken gehabt?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 2)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen

1: Gelenkschmerz				
1a) An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat Gelenkschmerzen gehabt?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 2)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
1b) Wie ausgeprägt waren diese Gelenkschmerzen im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
1c) Welchen Einfluss haben die Gelenkschmerzen auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittleren Einfluss	Einen großen Einfluss
1d) Wie lassen sich die Gelenkschmerzen am besten beschreiben?	Brennende Schmerzen	Stechende Schmerzen	Ziehende Schmerzen	Andere Art von Schmerz. Bitte beschreiben Sie: _____ _____
1e) Wandert der Gelenkschmerz von einem Gelenk zum anderen?	Nein	Von den Armen zu den Beinen	Von den Beinen zu den Armen	Von einer Seite zur anderen

F2: Gelenksschwellung

2a) An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat geschwollene Gelenke gehabt?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 3)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
2b) Wie ausgeprägt waren diese Gelenksschwellungen im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
2c) Welchen Einfluss haben die Gelenksschwellungen auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss
2d) In welchen Bereichen waren Ihre Gelenke geschwollen? (kreisen Sie diese bitte ein)	Hand: Einseitig Beidseitig	Arm (Ellbogen/ Schulter): Einseitig Beidseitig	Fuß: Einseitig Beidseitig	Bein (Knie/Hüfte): Einseitig Beidseitig

F3: Gelenksteifigkeit				
3a) An wie vielen Tagen haben sich Ihre Gelenke im letzten Monat steif und unbeweglich angefühlt?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 4)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
3b) Wie ausgeprägt war diese Gelenksteifigkeit im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
3c) Wenn Sie die Gelenksteifigkeit am Morgen spüren, wie lange dauert diese an?	Ich habe keine Morgensteifigkeit	Für weniger als eine Stunde: ... Minuten*	Für 1 bis 2 Stunden	Den ganzen Vormittag
3d) Welchen Einfluss hat die Gelenksteifigkeit auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss
3e) In welchen Bereichen nehmen Sie die Gelenksteifigkeit wahr? (kreisen Sie diese bitte ein)	Hand: Einseitig Beidseitig	Arm (Ellbogen/ Schulter): Einseitig Beidseitig	Fuß: Einseitig Beidseitig	Bein (Knie/Hüfte): Einseitig Beidseitig

* Bitte geben Sie die durchschnittliche Dauer in Minuten an.

F4: Überwärmung in Gelenken/hitzende Gelenke				
4a) An wie vielen Tagen hatten Sie im letzten Monat überwärmte Gelenke/hitzende Gelenke?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 5)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
4b) Wie ausgeprägt war diese Überwärmung in den Gelenken im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
4c) Welchen Einfluss haben die überwärmten/hitzenden Gelenke auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss
4d) In welchen Bereichen nehmen Sie die Überwärmung der Gelenke wahr? (kreisen Sie diese bitte ein)	Hand: Einseitig Beidseitig	Arm (Ellbogen/ Schulter): Einseitig Beidseitig	Fuß: Einseitig Beidseitig	Bein (Knie/Hüfte): Einseitig Beidseitig

F5: Kribbeln in den Gelenken				
5a) An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat Kribbeln in den Gelenken gespürt?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 6)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
5b) Wie ausgeprägt war dieses Kribbeln in den Gelenken im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
5c) Welchen Einfluss hat dieses Kribbeln auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss
5d) In welchen Bereichen nehmen Sie dieses Kribbeln wahr? (kreisen Sie diese bitte ein)	Hand: Einseitig Beidseitig	Arm (Ellbogen/ Schulter): Einseitig Beidseitig	Fuß: Einseitig Beidseitig	Bein (Knie/Hüfte): Einseitig Beidseitig

F6: Taubheitsgefühl

6a) An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat ein Taubheitsgefühl gespürt?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 7)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
6b) Wie ausgeprägt war dieses Taubheitsgefühl im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
6c) Welchen Einfluss hat dieses Taubheitsgefühl auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss
6d) In welchen Bereichen nehmen Sie dieses taube Gefühl wahr? (kreisen Sie diese bitte ein)	Hand: Einseitig Beidseitig	Arm (Ellbogen/ Schulter): Einseitig Beidseitig	Fuß: Einseitig Beidseitig	Bein (Knie/Hüfte): Einseitig Beidseitig

F7: Veränderung der Hautfarbe über irgendwelchen Gelenken (unnatürlich rötlich, bläulich oder bräunlich)

7a) An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat eine Veränderung der Hautfarbe über irgendwelchen Gelenken wahrgenommen?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 8)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
7b) Wie ausgeprägt war diese Veränderung der Hautfarbe im Bereich der Gelenke im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
7c) Welchen Einfluss hat die Veränderung der Hautfarbe auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss
7d) In welchen Bereichen nehmen Sie eine Veränderung der Hautfarbe wahr? (kreisen Sie diese bitte ein)	Hand: Einseitig Beidseitig	Arm (Ellbogen/ Schulter): Einseitig Beidseitig	Fuß: Einseitig Beidseitig	Bein (Knie/Hüfte): Einseitig Beidseitig

F8: Muskelkrämpfe				
8a) An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat Muskelkrämpfe gehabt?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 9)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
8b) Wie ausgeprägt waren diese Muskelkrämpfe im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
8c) Welchen Einfluss haben die Muskelkrämpfe auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss
8d) In welchen Bereichen haben Sie diese Muskelkrämpfe? (kreisen Sie diese bitte ein)	Hand: Einseitig Beidseitig	Arm (Ellbogen/ Schulter): Einseitig Beidseitig	Fuß: Einseitig Beidseitig	Bein (Knie/Hüfte): Einseitig Beidseitig

F9: Schwächegefühl oder Kraftlosigkeit				
9a) An wie vielen Tagen haben Sie sich im letzten Monat schwach und kraftlos gefühlt?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 10)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
9b) Wie ausgeprägt war dieses Gefühl der Schwäche/Kraftlosigkeit im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
9c) Welchen Einfluss hat dieses Schwächegefühl/die Kraftlosigkeit auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss
9d) In welchen Bereichen haben Sie dieses Gefühl der Schwäche/Kraftlosigkeit erlebt? (kreisen Sie diese bitte ein)	Hand: Einseitig Beidseitig	Arm (Ellbogen/ Schulter): Einseitig Beidseitig	Fuß: Einseitig Beidseitig	Bein (Knie/Hüfte): Einseitig Beidseitig

F10: Erschöpfungszustand/ Müdigkeit				
10a) An wie vielen Tagen haben Sie sich im letzten Monat erschöpft/müde gefühlt?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 11)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
10b) Wie ausgeprägt waren diese Erschöpfungszustände/die Müdigkeit im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
10c) Welchen Einfluss haben diese Erschöpfungszustände/ die Müdigkeit auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss

F11: Emotionale Belastung (wie Traurigkeit, Sorgen, Verstimmung)				
11a) An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat emotionale Belastung (wie Traurigkeit, Sorgen, Verstimmung) empfunden?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 12)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
11b) Wie ausgeprägt war diese emotionale Belastung im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
11c) Welchen Einfluss hat diese emotionale Belastung auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss

F12: Konzentrationsschwäche				
12a) An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat Schwierigkeiten gehabt sich zu konzentrieren?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 13)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
12b) Wie ausgeprägt war diese Konzentrationsschwäche im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
12c) Welchen Einfluss hat diese Konzentrationsschwäche auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss




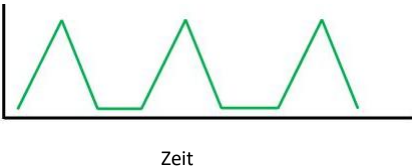

F13: Schlafstörungen				
13a) An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat schlecht geschlafen?	0 Tagen (gehen Sie weiter zur Frage 14)	1 bis 5 Tag(en)	6 bis 15 Tagen	16 bis 30 Tagen
13b) Wie ausgeprägt waren diese Schlafstörungen im letzten Monat?	Kaum	Etwas	Mittelmäßig	Stark
13c) Welchen Einfluss haben diese Schlafstörungen auf Ihre Alltagstätigkeiten (wie Arbeit, Haushaltsführung, Kinderbetreuung und soziale Aktivitäten) gehabt?	Keinen Einfluss	Einen geringen Einfluss	Einen mittelmäßigen Einfluss	Einen großen Einfluss

F14: Verwenden Sie bitte diese Tabelle um anzugeben, wie stark Ihre Schmerzen im letzten Monat im Durchschnitt in jeder der hier angeführten Körperregionen waren. Kreisen Sie dazu jeweils die Nummer ein, die Ihrem Schmerzlevel am ehesten entspricht. 0 bedeutet kein Schmerz und 3 starker Schmerz.

	Kein	Wenig	Mittelmäßig	stark		Kein	Wenig	Mittelmäßig	stark
A Linke Finger	0	1	2	3	I Rechte Finger	0	1	2	3
B Linkes Handgelenk	0	1	2	3	J Rechtes Handgelenk	0	1	2	3
C Linker Ellbogen	0	1	2	3	K Rechter Ellbogen	0	1	2	3
D Linke Schulter	0	1	2	3	L Rechte Schulter	0	1	2	3
E Linke Hüfte	0	1	2	3	M Rechte Hüfte	0	1	2	3
F Linkes Knie	0	1	2	3	N Rechtes Knie	0	1	2	3
G Linkes Sprunggelenk	0	1	2	3	O Rechtes Sprunggelenk	0	1	2	3
H Linke Zehen	0	1	2	3	P Rechte Zehen	0	1	2	3
Q Nacken	0	1	2	3	R Rücken	0	1	2	3

F15: Diese Frage beschäftigt sich damit, wie sich Ihre Beschwerden seit dem ersten Auftreten entwickelt haben. Wählen Sie bitte **die Abbildung aus den unten angeführten, die am besten beschreibt**, wie sich die Beschwerden im Lauf der Zeit entwickelt haben.

Vom ersten Auftreten bis jetzt haben Ihre Beschwerden:

	Kreuzen Sie bitte das Feld an, welches den Verlauf Ihrer Beschwerden am besten beschreibt:	
<p>15a) rasch an Stärke zugenommen und sind dann gleichgeblieben (wie die Abbildung auf der rechten Seite)</p>	<p>Stärke der Beschwerden</p>  <p>Zeit</p>	<input type="checkbox"/>
<p>15b) schrittweise an Stärke zugenommen (wie die Abbildung auf der rechten Seite)</p>	<p>Stärke der Beschwerden</p>  <p>Zeit</p>	<input type="checkbox"/>
<p>15c) einmal zu-, dann wieder abgenommen, wobei immer Beschwerden vorhanden waren (wie die Abbildung auf der rechten Seite)</p>	<p>Stärke der Beschwerden</p>  <p>Zeit</p>	<input type="checkbox"/>
<p>15d) zu-, dann wieder abgenommen, wobei es immer auch beschwerdefreie Zeiten gab (wie die Abbildung auf der rechten Seite)</p>	<p>Stärke der Beschwerden</p>  <p>Zeit</p>	<input type="checkbox"/>
<p>15f) Sollten die oberen Abbildungen nicht dem entsprechen, was Sie selbst erlebt haben, nutzen Sie bitte den Platz auf der rechten Seite, um den Verlauf Ihrer Beschwerden aufzuzeichnen und hier unterhalb zu beschreiben:</p> <hr/> <hr/>	<p>Stärke der Beschwerden</p>  <p>Zeit</p>	<input type="checkbox"/>