

Patient ID:

Datum:

Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Training

In den folgenden Fragen werden Sie gebeten, Ihre Meinung zum App-basierten Trainingsprogramm während der präoperativen Chemotherapie zu schildern

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Meinung zum TRAININGSPROGRAMM							
	Gar nicht		Ein wenig		Ziemlich		Sehr
1. Hat Ihnen das Trainingsprogramm gefallen?	1	2	3	4	5	6	7
2. Glauben Sie, dass das Trainingsprogramm Ihr körperliches Wohlbefinden verbessert hat?	1	2	3	4	5	6	7
3. Glauben Sie, dass das Trainingsprogramm Ihr geistiges Wohlbefinden verbessert hat?	1	2	3	4	5	6	7
4. Hat Ihnen gefallen, dass Sie die Trainingseinheiten in Ihrem eigenen Tempo planen konnten?	1	2	3	4	5	6	7
5. Hat Ihnen gefallen, dass die Übungen zu Hause durchgeführt werden können?	1	2	3	4	5	6	7
Falls 1,2,3 → Welchen Standort hätten Sie bevorzugt?	<input type="checkbox"/> In einem öffentlichen Fitnessstudio/Fitnesscenter <input type="checkbox"/> In einer Klinik für Physiotherapeuten/Sportphysiologen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____						
6. Hatten Sie beim Training zu Hause technische oder praktische Schwierigkeiten?	1	2	3	4	5	6	7
Falls 5,6,7 → Warum war es für Sie schwierig, die Trainingseinheiten zu Hause durchzuführen? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Mangel an Trainingsgeräten <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Bedienung des Computers/Tablets/Telefons <input type="checkbox"/> Probleme mit der App <input type="checkbox"/> Nicht genügend Platz <input type="checkbox"/> Ablenkung z. B. durch Partner/Kinder, Telefon, Haustiere etc. <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____						
Wie würden Sie den zeitlichen Umfang des Trainingsprogramms bewerten (120 Minuten Training/Woche)?	<input type="checkbox"/> viel zu viel <input type="checkbox"/> etwas zu viel <input type="checkbox"/> angemessen <input type="checkbox"/> etwas zu wenig <input type="checkbox"/> viel zu wenig						
Wie würden Sie die Intensität des Trainingsprogramms bewerten?	<input type="checkbox"/> viel zu leicht <input type="checkbox"/> etwas zu leicht <input type="checkbox"/> angemessen <input type="checkbox"/> etwas zu anstrengend <input type="checkbox"/> viel zu anstrengend						
Die folgenden Fragen beziehen sich auf die UNTERSTÜTZUNG BEIM TRAININGSPROGRAMM							
	Gar nicht		Ein wenig		Ziemlich		Sehr
7. Wie wichtig war es, gelegentlich Unterstützung vom Physiotherapeuten/Trainer/Betreuer zu bekommen?	1	2	3	4	5	6	7
8. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie während des gesamten Trainingsprogramms ausreichend Unterstützung vom Physiotherapeuten/Trainer/Betreuer erhalten haben?	1	2	3	4	5	6	7
9. Fühlten Sie sich willkommen, den Physiotherapeuten/Trainer/Betreuer zu kontaktieren, wenn Sie Fragen	1	2	3	4	5	6	7

Patient ID:

Datum:

oder Bedenken hatten?							
10. Fühlten Sie sich sicher, dass die Übungen korrekt ausgeführt wurden?	1	2	3	4	5	6	7
11. Hätten Sie ein persönlich betreutes Trainingsprogramm einem App-basierten Programm vorgezogen?	1	2	3	4	5	6	7
Falls 5,6,7 → Welche Häufigkeit der persönlichen Betreuung hätten Sie sich gewünscht?	<input type="checkbox"/> 2x pro Woche <input type="checkbox"/> 1x pro Woche <input type="checkbox"/> 1x pro Monat <input type="checkbox"/> Sonstiges						
12. Hätten Sie lieber zusammen mit anderen Teilnehmern trainiert?	1	2	3	4	5	6	7

In den folgenden Fragen werden Sie gebeten, Ihre Meinung zur Vitala-App zu schildern							
	Gar nicht		Ein wenig		Ziemlich		Sehr
13. War die App einfach zu navigieren?	1	2	3	4	5	6	7
14. Sind bei der Nutzung der App technische Probleme aufgetreten?	1	2	3	4	5	6	7
15. Hat Ihnen die Nutzung der App gefallen?	1	2	3	4	5	6	7
16. Hat die App Sie zur körperlichen Betätigung motiviert? ?	1	2	3	4	5	6	7
17. Hat Ihnen die Übungsauswahl in der App gefallen?	1	2	3	4	5	6	7
Falls 1,2,3 → Bitte beschreiben Sie, welche Übungen Ihnen nicht gefallen haben oder welche Übungen Sie sich gewünscht hätten							
18. Hatten Sie beim Ausführen der von der App angebotenen Übungen gesundheitliche Probleme (z. B. Muskelzerrungen, Schmerzen, Schwindel)?	1	2	3	4	5	6	7
Falls 5,6,7 → Bitte beschreiben Sie diese Probleme							

19. Glauben Sie, dass ein App-basiertes Trainingsprogramm als Standardbestandteil der Betreuung während der präoperativen Chemotherapie angeboten werden sollte?

Absolut nicht	Eher nicht	Weder noch	Eher dafür	Absolut ja
---------------	------------	------------	------------	------------

20. Haben Sie Vorschläge zur Verbesserung des Trainingsprogramms?

21. Gibt es weitere Anmerkungen, die Sie zu Ihren Erfahrungen mit der Neo-ACT-Studie machen möchten?
