**KWESTIONARIUSZ SAMOOPIEKI W NIEWYDOLNOŚCI SERCA**

**(ang. SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX)**

*Wszystkie odpowiedzi są poufne*

Proszę pomyśleć o wykonywanych czynnościach dotyczących samoopieki

oraz towarzyszących im odczuciach w ciągu ostatniego miesiąca.

**SEKCJA A:**

Poniżej zostały wymienione niektóre zachowania, które osoba z niewydolnością serca może wprowadzić w celu utrzymania zdrowia i dobrego samopoczucia. Proszę wskazać, jak często wykonuje Pan/Pani te czynności? Prosimy o zakreślenie jednej cyfry przy każdej pozycji.

# (Prosimy o zakreślenie **jednej** cyfry)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nigdy |  | Czasami |  | Zawsze |
| 1. Unikanie zachorowania (np. mycie rąk)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Podejmowanie dowolnej aktywności fizycznej (np. szybki spacer, pójście na zakupy, wejście po schodach)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Stosowanie diety o niskiej zawartości soli? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Przestrzeganie terminów wizyt kontrolnych? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Przyjmowanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim bez pomijania dawek? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.Zamawianie potraw o niskiej zawartości soli, podczas jedzenia poza domem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Poddawanie się corocznym szczepieniom przeciwko grypie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Wybieranie potraw o niskiej zawartości soli podczas wizyt u przyjaciół i rodziny? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Korzystanie z metody/systemu ułatwiającego pamiętanie o przyjmowaniu leków? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Uzyskiwanie od pracowników medycznych informacji o stosowanym leczeniu/lekach? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SEKCJA B:**

Poniżej wymienione są parametry stanu zdrowia, które pacjenci z niewydolnością serca zwykle monitorują. Prosimy o wskazanie, jak często Pan/Pani wykonuje następujące czynności w celu kontrolowania swego stanu zdrowia?

# (Prosimy o zakreślenie **jednej** cyfry)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nigdy** | |  | **Czasami** | |  | **Zawsze** | |
| 11. Codzienne monitoruje Pan/Pani masę ciała? | 1 | | 2 | 3 | | 4 | 5 | |
| 12. Uważnie obserwuje Pan/Pani zmiany swojego samopoczucia? | 1 | |  | 3 | | 4 | 5 | |
| 13. Zwraca Pan/Pani uwagę na skutki uboczne leków? | 1 | | 2 | 3 | | 4 | 5 | |
| 14.Zauważa Pan/Pani większe niż zwykle zmęczenie, podczas podejmowania codziennych aktywności? | 1 | | 2 | 3 | | 4 | 5 | |
| 15.Pyta Pan/Pani swojego lekarza o swój stan zdrowia? | | 1 | 2 | | 3 | 4 | | 5 |
| 16. Uważnie monitoruje Pan/Pani objawy? | | 1 | 2 | | 3 | 4 | | 5 |
| 17. Sprawdza Pan/Pani występowanie obrzęków na kostkach? | | 1 |  | | 3 | 4 | | 5 |
| 18. Sprawdza Pan/Pani, czy nie ma duszności podczas wykonywania aktywności takich jak kąpiel, ubieranie? | | 1 | 2 | | 3 | 4 | | 5 |
| 19.Notuje Pan/Pani codziennie swoje objawy w dzienniku? | | 1 | 2 | | 3 | 4 | | 5 |

**Kiedy ostatnio Pan/Pani miał/a objawy…**

# (Prosimy o zakreślenie **jednej** cyfry)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nie miałem objawów** | **Nie rozpoznałem objawów** | **Niezbyt szybko** |  | **Dosyć szybko** |  | **Bardzo szybko** |
| 20. Jak szybko udało się Panu/Pani rozpoznać objawy? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Jak szybko udało się Panu/Pani skojarzyć te objawy z niewydolnością serca? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECTION C:**

**Poniżej zostały wymienione niektóre zachowania, które osoby z niewydolnością serca podejmują w celu monitorowania i kontrolowania objawów. Proszę wskazać, jak często Pan/Pani podejmuje te zachowania w przypadku wystąpienia objawów niewydolności serca.**

# (Prosimy o zakreślenie **jednej** cyfry)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mało prawdopodobne** |  | **Umiarkowanie prawdopodobne** |  | **Bardzo prawdopodobne** |
| 22.Dodatkowe ograniczenie w tym dniu ilość soli w pożywieniu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ograniczenie spożycia płynów? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Przyjęcie leków? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Kontakt z pielęgniarką/lekarzem w celu zasięgnięcia porady? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Proszenie o radę rodzinę lub przyjaciół? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Próba rozpoznania powodów wystąpienia objawów? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ograniczenie aktywności do momentu poprawy samopoczucia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Pomyśl o leczeniu, które Pan/Pani stosowała, kiedy ostatnio wystąpiły objawy….**

(Prosimy o zakreślenie **jednej** cyfry)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nic nie zrobiłem** | **Nie jestem pewien** |  | **Umiarkowanie pewien** |  | **Całkowicie pewien** |
| 1. Czy zastosowane leczenie sprawiło, że Pa/Pani poczuła się lepiej? | **0** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SEKCJA D**:

**Na ile jest Pan/Pani pewien/pewna, że jest w stanie ...............**

# (Prosimy o zakreślenie **jednej** cyfry)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nie czuję się pewnie** |  | **Umiarkowanie pewien** |  | **Całkowicie pewien** |
| 1. Utrzymywać stabilny stan zdrowia bez objawów? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Stosować się do zaleconego planu leczenia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Wytrwać w przestrzeganiu zaleconego planu leczenia, nawet jeśli jest to trudne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Monitorować rutynowo swój stan zdrowia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Wytrwać w rutynowej obserwacji swojego stanu zdrowia, nawet jeśli jest to trudne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Rozpoznawać zmiany stanu swojego zdrowia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Oceniać istotność występujących objawów? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Podejmować działania łagodzące występujące objawy? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Wytrwać w poszukiwaniu leczenia, nawet jeśli jest to trudne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39.Ocenić, na ile skuteczne jest zastosowane leczenie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!**