

**KWESTIONARIUSZ SAMOOPIEKI W NIEWYDOLNOŚCI SERCA**  
**(ang. SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX)**

Formatted: Polish

*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	2	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	2	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 <u>rozpoznać</u> objawy?	N/A	0	1	2	3	4	5
21. Jak szybko udało się Panu/Pani <u>skojarzyć</u> 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)

	<b>Mało prawdopodobne</b>		<b>Umiarkowanie prawdopodobne</b>		<b>Bardzo prawdopodobne</b>
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. Prośenie o radę rodzinę lub przyjaciół?	1	2	3	4	5
27. Próba rozpoznania powodów wystąpienia objawów?	1	2	3	4	5
28. 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)

	<b>Nic nie zrobiłem</b>	<b>Nie jestem pewien</b>		<b>Umiarkowanie pewien</b>		<b>Całkowicie pewien</b>
29. 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)

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
30. <u>Utrzymać stabilny stan zdrowia bez objawów?</u>	1	2	3	4	5
31. <u>Stosować się do zaleconego planu leczenia?</u>	1	2	3	4	5
31. <u>Wytrwać w przestrzeganiu zaleconego planu leczenia, nawet jeśli jest to trudne?</u>	1	2	3	4	5
33. <u>Monitorować rutynowo swój stan zdrowia?</u>	1	2	3	4	5
34. <u>Wytrwać w rutynowej obserwacji swojego stanu zdrowia, nawet jeśli jest to trudne?</u>	1	2	3	4	5
35. <u>Rozpoznawać zmiany stanu swojego zdrowia?</u>	1	2	3	4	5
36. <u>Ocenić istotność występujących objawów?</u>	1	2	3	4	5
37. <u>Podjąć działania łagodzące występujące objawy?</u>	1	2	3	4	5
38. <u>Wytrwać w poszukiwaniu leczenia, nawet jeśli jest to trudne?</u>	1	2	3	4	5
39. <u>Ocenić, na ile skuteczne jest zastosowane leczenie?</u>	1	2	3	4	5

**Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!**

