**SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX**

مؤشر الرعاية الذاتية لقصور القلب

جميع الإجابات سرية

فكر كيف كنت تشعر في الشهر الماضي أثناء إتمامك لهذا الاستطلاع.

**القسم أ:**

المدرجة أدناه هي سلوكيات يستخدمها الأشخاص الذين يعانون من قصور القلب لمساعدة أنفسهم. كم مرة أو بشكل روتيني تفعل ما يلي؟

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **أبدا** |  | **في بعض الأحيان** |  | **دائما** |
| ١. أحاول تجنب الإصابة بالمرض (على سبيل المثال ، تغسل يديك)؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢. ممارسة بعض التمارين الرياضية (على سبيل المثال ، المشي السريع ، واستخدام الدرج)؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٣. أتناول الغذاء قليل الملح؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٤. رؤية مقدم الرعاية الصحية للحصول على الرعاية الصحية الروتينية؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٥. تناول الأدوية الموصوفة دون فقدان أي جرعة؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٦. طلب الاشياء قليلة الملح عند تناول الطعام في الخارج؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٧. التأكد من الحصول على لقاح الانفلونزا سنويا؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٨. أطلب الأطعمة قليلة الملح عند زيارة العائلة والأصدقاء؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٩. إستخدام نظام أو وسيلة لمساعدتك على تذكر أخذ الأدوية الخاصة بك؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٠. سؤال مقدم الرعاية الصحية عن الأدوية الخاصة بك؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

**القسم ب:**

المدرجة أدناه هي تغييرات يرصدها عادة الأشخاص الذين يعانون من قصور القلب. كم مرة تقوم بفعل ما يلي؟

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **أبدا** |  | **في بعض الأحيان** |  | **دائما** |
| ١١. مراقبة وزنك يوميا؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٢. تعير الانتباه إلى اي تغييرات في شعورك؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٣. متابعة الآثار الجانبية للدواء؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٤. لاحظ ما إذا كنت تتعب أكثر من المعتاد خلال الأنشطة العادية؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٥. سؤال مقدم الرعاية الصحية الخاص بك -عن رأيه- فيما تفعل؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٦. المراقبة عن كثب للأعراض؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٧. تفحص الكاحلين عن اي انتفاخ؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٨. التحقق من ضيق التنفس مع الأنشطة مثل الاستحمام وارتداء الملابس؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٩. الاحتفاظ بسجل للأعراض؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

**آخر مرة عانيت فيها من أعراض ...**

(ضع دائرة حول **احد الارقام**)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **لم يكن لديك أعراض** | **لم أتعرف على الأعراض** | **ليس بسرعة** |  | **بسرعة إلى حد ما** |  | **سريع جدا** |
| ٢٠. ما مدى السرعة التي أدراكت بها أن لديك أعراض؟ | لا ينطبق | **٠** | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٢١. ما مدى السرعة التي أدراكت بها أن الأعراض كانت بسبب قصور القلب؟ | لا ينطبق | **٠** | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |

**القسم ج:**

المدرجة أدناه هي سلوكيات التي يستخدمها الأشخاص للسيطرة على أعراض قصور القلب. **عندما تكون لديك أعراض ، ما مدى احتمال استخدامك لأحد تلك السلوكيات؟**

(ضع دائرة حول **احد الارقام** مقابل كل علاج)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **من غير المحتمل** |  | **محتمل الى حد ما** |  | **محتمل جدا** |
| ٢٢. الحد بشكل اكبر من الملح الذي تتناوله في ذلك اليوم؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٢٣. تقليل كمية السوائل المتناولة؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٢٤. تناول الدواء؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٢٥. الإتصال بمزود الرعاية الصحية للحصول على الإرشاد؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٢٦. اسأل أحد أفراد الأسرة أو صديق للحصول على النصيحة؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٢٧. محاولة معرفة سبب ظهور الأعراض لديك؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٢٨. الحد من نشاطك الى حين الشعور بتحسن؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |

**فكر في علاج استخدمته في آخر مرة ظهرت فيها أعراض ...** (ضع دائرة حول **إحدى الاجابات**)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **لم افعل اي شيء** | **غير متأكد** |  | **متأكد إلى حد ما** |  | **متأكد جدا** |
| ٢٩. هل العلاج الذي استخدمته جعلك تشعر بتحسن؟ | **٠** | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |

**القسم د:**

بشكل عام ، ما مدى ثقتك في أنه يمكنك:

(ضع دائرة حول **أحد الارقام** مقابل كل عبارة)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **غير واثق** |  | **واثق نوعا ما** |  | **واثق جدا** |
| ٣٠. تحافظ على إستقرارك والخلو من الأعراض؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٣١. تتبع خطة العلاج التي أعطيت لك؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٣٢. الإستمرار في اتباع خطة العلاج حتى عندما يكون ذلك صعبا؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٣٣. مراقبة حالتك بشكل روتيني؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٣٤. تستمر في مراقبة حالتك بشكل روتيني حتى عندما يكون ذلك صعبا؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٣٥. تتعرف على التغييرات في صحتك إذا حدثت؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٣٦. تقيم أهمية الأعراض لديك؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٣٧. تفعل شيئًا لتخفيف الأعراض؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٣٨. تستمر في إيجاد علاج او حلول لأعراضك حتى عندما يكون ذلك صعبا؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |
| ٣٩. تقيم مدى نجاح ذلك العلاج او الحل؟ | **١** | **٢** | **٣** | **٤** | **٥** |

**شكرا لك لاتمامك هذا الاستطلاع!**