**心不全のセルフケア評価尺度 ver.7.2**

*回答は個人が特定できるような形で公開されることはありません*

このアンケートでは、この1か月間について感じたことを回答してください。

**セクションＡ**

以下の項目は、心不全の方が自分自身の状態を良くするためにとる行動です。以下のことを

どのくらいの頻度で、もしくは日常的に行っていますか？

(数字を一つ〇で囲んでください)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **全く****しない** |  | 時々行う |  | **いつも行う** |
|  | 病気にならないようにしていますか？（例、手を洗う） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 運動をしていますか？（例、早歩き、階段を使う） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 塩分の少ない食事をしていますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 日常的な健康管理のために医療者の診察を受けていますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 処方された薬を忘れることなく飲んでいますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 外食時は、塩分の少ないものを注文していますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 毎年、インフルエンザの予防接種を受けていますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 家族や友人を訪ねる際には、塩分の少ない食事をお願いしていますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 薬の飲み忘れをしない工夫をしていますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 医療者に飲んでいる薬について質問しますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**セクションＢ**

以下は、心不全の方が変化がないか一般的に観察する項目です。以下のことについてどれくらいの頻度で観察していますか。

(数字を一つ〇で囲んでください)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **全く****しない** |  | 時々行う |  | **いつも行う** |
|  | 毎日、体重を観察していますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 自身の体調の変化に注意を払っていますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 薬の副作用に注意を払っていますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 通常の活動をしていて、いつもより疲れやすいかどうかに注意していますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 医療者にあなたの状態について質問しますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 症状を注意深く観察していますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 足首の腫れ（むくみ）があるか確認していますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 入浴や着替えなどの動作で息切れがないか確認していますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 症状を記録していますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

最後に症状があったときには…

(数字を一つ〇で囲んでください。症状がなかった場合は“該当せず”に〇をつけてください)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **症状は****なかった** | **症状に****気づかな****かった** | **早く****ない** |  | やや早い |  | **非常に早い** |
|  | どのくらい早く症状があることに気づきましたか？ | 該当せず | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | どのくらい早く症状が心不全によるものと分かりましたか？ | 該当せず | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**セクションＣ**

以下の項目は、心不全の方が自分の症状をコントロールするための行動です。症状があるときに、あなたはこれらの行動を行う見込みがありますか？

(それぞれの行動につき、数字を一つ〇で囲んでください)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **ほとんど行わない** |  | 行うかもしれない |  | **行う****はずだ** |
|  | その日に摂る塩分をさらに制限しますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 飲む水の量を減らしますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 薬を飲みますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 指示をもらうために医療者に連絡をしますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 家族や友人に助言を求めますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 症状が出た理由を見つけようとしますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 体調が良くなるまで活動を制限しますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

前回、症状があったときの対処方法について考えてください。

(数字を一つ〇で囲んでください。対処方法を行わなかった場合は“何もしなかった”に〇をつけてください)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **何もしなかった** | **確信が****ない** |  | **やや確信**がある |  | **非常に確信がある** |
|  | 行った対処方法で体調がよくなりましたか？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**セクションＤ**

通常、以下のことができる自信はどれくらいありますか？

(各文につき、数字を一つ〇で囲んでください)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **自信が****ない** |  | **ある程度**自信がある |  | **とても****自信が****ある** |
|  | 症状のない安定した状態を保てますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 指示された治療方針に従えますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | どんな時でも、治療方針を継続できますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 定期的に体調を観察できますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | どんな時でも、定期的に体調を観察することを継続できますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 健康状態に変化があった場合、それに気づきますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 症状の重要性を評価できますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 症状を和らげるために何かを行うことができますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | どんな時でも、症状への対処方法を探し続けられますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 対処方法がどのくらい効果があったかを評価できますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

本アンケートへのご記入をありがとうございました。