

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○で囲んでください)

	全く しない	1	2	時々 行う	3	4	いつも 行う	5
1. 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			
2. 運動をしていますか？ (例、早歩き、階段を使う)	1	2	3	4	5			
3. 塩分の少ない食事をしていますか？	1	2	3	4	5			
4. 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			
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			
6. 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			
7. 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			
8. 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			
9. 薬の飲み忘れをしない工夫をしていますか？	1	2	3	4	5			
10. 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○で囲んでください)

	全く しない	1	2	時々 行う	3	4	いつも 行う	5
11. 毎日、体重を観察していますか？	1	2	3	4	5			
12. 自身の体調の変化に注意を払っていますか？	1	2	3	4	5			
13. 薬の副作用に注意を払っていますか？	1	2	3	4	5			
14. 通常の活動をしていて、いつもより疲れやすいかどうか注意していますか？	1	2	3	4	5			
15. 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			
16. 症状を注意深く観察していますか？	1	2	3	4	5			
17. 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			
18. 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			
19. 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○で囲んでください。症状がなかった場合は“該当せず”に○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	1	2	やや 早い	3	4	非常に 早い	5
20. 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			
21. 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○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
22. その日に摂る塩分をさらに制限しますか？	1	2	3	4	5
23. 飲む水の量を減らしますか？	1	2	3	4	5
24. 薬を飲みますか？	1	2	3	4	5
25. 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
26. 家族や友人に助言を求めますか？	1	2	3	4	5
27. 症状が出た理由を見つけようとしてしますか？	1	2	3	4	5
28. 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○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○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
29. 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○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
30. 症状のない安定した状態を保てますか？	1	2	3	4	5
31. 指示された治療方針に従えますか？	1	2	3	4	5
32. どんな時でも、治療方針を継続できますか？	1	2	3	4	5
33. 定期的に体調を観察できますか？	1	2	3	4	5
34. 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
35. 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
36. 症状の重要性を評価できますか？	1	2	3	4	5
37. 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
38. 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
39. 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。