**CAREGIVER CONTRIBUTIONS TO SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX v.2**

照顾者对心力衰竭患者自我护理指数贡献量表 V.2

诚请您回答以下问题以便我们了解您为心衰患者做过些什么。答案没有正确或错误之分。

**A部分** 平均多久您会向患者建议或代替其（当患者不能做时）做以下事情？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **从不** |  | **有时** |  | **总是** |
| 1. 尽量避免生病（如：洗手）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 进行一些运动锻炼（如：散步，上下楼梯）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 吃低盐饮食？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 看医生以获取日常保健？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 按医嘱服药避免漏服？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 外出就餐时点低盐食品？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 确保每年注射一次流感疫苗？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 与家人或朋友聚餐时要求低盐饮食？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 采取某种措施提醒服药？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 向医护人员咨询药物知识？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**B部分** 以下列举的是心衰患者常规监测的病情变化。平均多久您会向患者建议或代替其（当患者不能做时）做以下事情？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **从不** |  | 有时 |  | 总是 |
| 1. 每日监测体重？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 关注他/她感觉上的变化？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 关注药物副作用？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 注意他/她在做正常活动时是否比以往更加吃力？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 询问医护人员他/她做得怎么样？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 密切监测心衰症状？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 检查踝关节水肿？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 检查活动（如洗澡或穿衣）时是否伴随呼吸急促？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 记录疾病症状？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

回想患者在最近一次出现症状时...（圈**一个**数字）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **并没有出现症状** | **我没有识别出症状** | **不是很快** |  | **有一些快** |  | **非常快** |
| 1. 您多快识别出他/她出现了症状？ | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 您多快知道该症状是由心衰造成的？ | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**C部分** 以下列举的是心衰患者用来控制疾病症状的行为。当您照顾的患者出现症状时，您有多大可能建议他/她或代替其（当患者不能做时）做这些？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **不大可能** |  | **有些可能** |  | **非常有可能** |
| 1. 进一步限制他/她当天饮食中的盐摄入量？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 减少液体摄入量？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 服用某种药物？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 咨询医护获取指导？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 寻求其他家属成员或朋友的建议？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 尝试去找出为什么他/她会出现症状？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 建议他/她限制活动直到感觉好转？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

回想患者在最近一次出现症状时您采取的措施（圈**一个**数字）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **我什么也没做** | **不确定** |  | **有些确定** |  | **非常确定** |
| 1. 您采取的措施是否使患者感觉更好？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |