**ดัชนีชี้วัดการดูแลตนเองผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลว**

*คำตอบของท่านทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ*

ขอให้ท่านนึกถึงความรู้สึกที่ท่านเคยมีในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อตอบแบบสอบถาม

**ส่วนที่ 1:**

พฤติกรรมที่ระบุด้านล่างนี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ท่านปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้บ่อยเพียงใด?

|  | **ไม่เคย** |  | **บางครั้ง** |  | **เป็นประจำ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น การล้างมือ) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ออกกำลังกายระหว่างวัน (เช่น การเดินเร็ว, การเดินขึ้นบันได) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. รับประทานอาหารเกลือต่ำ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. พบบุคคลากรทางสุขภาพตามนัดเป็นประจำ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. รับประทานยาตามแผนการรักษาโดยไม่ลืม | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. สั่งอาหารที่มีเกลือต่ำ เมื่อออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. มั่นใจว่าท่านได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ขออาหารที่มีเกลือต่ำเมื่อไปเยี่ยมครอบครัวและเพื่อน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ใช้ระบบหรือวิธีการในการช่วยจำการรับประทานยา | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. สอบถามบุคคลากรทางสุขภาพของท่านเกี่ยวกับยาของท่าน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 2:**

การเปลี่ยนแปลงที่ระบุด้านล่างเป็นสิ่งที่ผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เพื่อการติดตามอาการของตนเอง ท่านได้ปฏิบัติสิ่งเหล่านี้บ่อยแค่ไหน?

|  | **ไม่เคย** |  | **บางครั้ง** |  | **เป็นประจำ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. ติดตามน้ำหนักตนเองทุกวัน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. ให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกของ ท่าน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. สังเกตว่าท่านเหนื่อยมากขึ้นหรือไม่ เมื่อทำกิจกรรมตามปกติ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. สอบถามบุคลากรทางสุขภาพของท่านว่า สุขภาพของท่าน เป็นอย่างไร | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. เฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างใกล้ชิด | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. ตรวจสอบว่าข้อเท้าของท่านบวมหรือไม่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. ประเมินอาการหายใจเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรม เช่น การอาบน้ำ  และการแต่งตัว | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. บันทึกอาการที่เกิดขึ้น | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ครั้งสุดท้ายที่ท่านมีอาการ.............................**

(โปรดวงกลมเพียง**หนึ่ง**หมายเลข)

|  | ไม่มีอาการ | ฉันจำไม่ได้ | ไม่เร็ว |  | ค่อนข้างเร็ว |  | เร็วมาก |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20. ท่านรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นได้เร็วเพียงใด | ไม่มี | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. ท่านรับรู้ได้เร็วเพียงใดว่าอาการที่เกิดขึ้น เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว | ไม่มี | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 3:**

พฤติกรรมที่ระบุด้านล่างนี้เป็นวิธีที่ผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวใช้ในการควบคุมอาการ **เมื่อท่านมีอาการ ท่านใช้วิธีการต่อไปนี้หรือไม่?**

 (โปรดวงกลมเพียง**หนึ่ง**หมายเลข สำหรับแต่ละวิธีรักษา)

|  | ไม่ใช้เลย |  | ใช้บางครั้ง |  | ใช้สม่ำเสมอ |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 22. ท่านจำกัดปริมาณเกลือ น้ำปลา หรือเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม ในอาหารที่ท่านรับประทานในวันนั้น | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. ลดปริมาณน้ำดื่มและของเหลวอื่นๆ เช่น เครื่องดื่มต่างๆ  น้ำแกง  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. รับประทานยา | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. โทรศัพท์ขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. ขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. พยายามหาสาเหตุที่ทำให้ท่านมีอาการ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. จำกัดกิจกรรมจนกว่าท่านจะรู้สึกดีขึ้น | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

 **คิดถึงวิธีการรักษาที่ท่านใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อท่านมีอาการ........................** (โปรดวงกลมเพียง**หนึ่ง**หมายเลข ในแต่ละข้อ)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ฉันไม่ได้ทำอะไร** | **ไม่แน่ใจ** |  | **ค่อนข้างแน่ใจ** |  | **แน่ใจมากที่สุด** |
| 29. การรักษาที่ท่านได้รับทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น หรือไม่ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 4:**

โดยทั่วไป ท่านมั่นใจในความสามารถของท่านเพียงใดที่จะทำกิจกรรมต่อไปนี้:

 (โปรดวงกลมเพียง**หนึ่ง**หมายเลขในแต่ละข้อความ)

|  | **ไม่มั่นใจ** |  | **มั่นใจบางครั้ง** |  | **มั่นใจมากที่สุด** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 30. รักษาสุขภาพของท่านให้คงที่และไม่มีอาการใด ๆ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ได้รับ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. คงไว้ที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา แม้ว่าจะมีความ ยากลำบาก | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. เฝ้าสังเกตภาวะสุขภาพของท่านเป็นประจำ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. คงไว้ซึ่งการเฝ้าสังเกตภาวะสุขภาพของท่านเป็นประจำ  แม้ว่าจะมีความยากลำบาก | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในสุขภาพของท่านที่เกิดขึ้น | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. ประเมินถึงความสำคัญของอาการ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบรรเทาอาการของท่าน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. ยังคงค้นหาวิธีการรักษาอาการที่เกิดขึ้นแม้ว่าจะ ยากลำบาก | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. ประเมินว่าการรักษาได้ผลดีหรือไม่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ขอบคุณสำหรับการตอบแบบสอบถาม**