

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. มั่นใจว่าท่านได้รับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี	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. ให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกของท่าน	1	2	3	4	5
13. เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา	1	2	3	4	5
14. สังเกตว่าท่านเหนื่อยมากขึ้นหรือไม่ เมื่อทำกิจกรรมตามปกติ	1	2	3	4	5
15. สอบถามบุคคลากรทางสุขภาพของท่านว่า สุขภาพของท่าน	1	2	3	4	5

	ไม่เคย	บางครั้ง	เป็น ประจำ
เป็นอย่างไร			
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.....

(โปรดวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลข)

	ไม่มี อาการ	ฉันจำ ไม่ได้	ไม่เร็ว		ค่อนข้าง เร็ว		เร็วมาก
20. ท่านรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นได้เร็วเพียงใด	ไม่มี	0	1	2	3	4	5
21. ท่านรับรู้ได้เร็วเพียงใดว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว	ไม่มี	0	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 3:

พฤติกรรมที่ระบุด้านล่างนี้เป็นวิธีที่ผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวใช้ในการควบคุมอาการ เมื่อท่านมีอาการ ท่านใช้วิธีการต่อไปนี้หรือไม่?

(โปรดวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลข สำหรับแต่ละวิธีรักษา)

	ไม่ใช้เลย	ใช้บางครั้ง	ใช้ สม่ำเสมอ
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..... (โปรดวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลขในแต่ละข้อ)

	ฉันไม่ได้ ทำอะไร	ไม่แน่ใจ		ค่อนข้าง แน่ใจ		แน่ใจมาก ที่สุด
29. การรักษาที่ท่านได้รับทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้นหรือไม่	0	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 4:

โดยทั่วไป ท่านมั่นใจในความสามารถของท่านเพียงใดที่จะทำกิจกรรมต่อไปนี้:

(โปรดวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลขในแต่ละข้อความ)

	ไม่มั่นใจ		มั่นใจ บางครั้ง		มั่นใจมาก ที่สุด
30. รักษาสุขภาพของท่านให้คงที่และไม่มีอาการใดๆ	1	2	3	4	5
31. ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ได้รับ	1	2	3	4	5
32. คงไว้ที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา แม้ว่าจะมีความยากลำบาก	1	2	3	4	5
33. เผชิญสภาวะสุขภาพของท่านเป็นประจำ	1	2	3	4	5
34. คงไว้ซึ่งการเผชิญสภาวะสุขภาพของท่านเป็นประจำ 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. ยังคงค้นหาวิธีการรักษาอาการที่เกิดขึ้นแม้ว่าจะยากลำบาก	1	2	3	4	5
39. ประเมินว่าการรักษาได้ผลดีหรือไม่	1	2	3	4	5

ขอบคุณสำหรับการตอบแบบสอบถาม