**مقیاس خودمراقبتی در نارسایی قبلی**

**همه پاسخ­ها محرمانه می‌مانند.**

**هنگام پاسخ به سؤالات زیر به این فکر کنید که طی ماه گذشته حالتان چگونه بوده است.**

**بخش الف:**

**فهرست زیر شامل رفتارهایی است که افراد دچار نارسایی قلبی برای کمک به خودشان انجام می‌دهند. مشخص نمایید که هر یک از رفتارهای زیر را هر چند وقت یک‌بار انجام می‌دهید؟**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **هرگز** |  | **گاهی** |  | **همیشه** |
| **1. سعی می‌کنید مریض نشوید (مثلاً به­واسطۀ شستن دست­ها)؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **2. ورزش می‌کنید (مثلاً پیاده­روی سبک، بالا و پایین رفتن از پله­ها)؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **3. رژیم غذایی­تان را کم­نمک می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **4. به شکل منظم برای بررسی پزشکی به ملاقات پزشک خود می‌روید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **5. داروهای تجویزی را بدون از دست دادن حتی یک وعده مصرف می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **6. هنگام غذا خوردن در بیرون از منزل غذای کم­نمک سفارش می‌دهید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **7. هرسال واکسن آنفلوانزا دریافت می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **8. هنگامی‌که در منزل دوستان و آشنایان دعوت هستید از میزبان تقاضای غذای کم­نمک می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **9. از یک راهبرد یا روش خاص برای به خاطر داشتن مصرف دارو استفاده می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **10. از پزشک خود درباره داروهای تجویزی سؤال می‌پرسید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**بخش ب**

**در زیر به تغییراتی اشاره شده است که افراد دچار نارسایی قلبی معمولاً آنها را تحت نظر می‌گیرند. مشخص نمایید که هر یک از اعمال زیر را هر چند وقت یک‌بار انجام می‌دهید؟**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **هرگز** |  | **گاهی** |  | **همیشه** |
| **11. وزن خود را به­صورت روزانه پایش می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **12. به تغییرات در حال و احوال خود توجه می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **13. عوارض داروها را بررسی می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **14. توجه می‌کنید که آیا هنگام انجام فعالیت­های روزمره بیش از حد معمول خسته می‌شوید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **15. چگونگی حالتان را از پزشک خود جویا می‌شوید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **16. نشانه­های بیماری خود را به‌دقت مورد پایش قرار می‌دهید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **17. وجود تورم در قوزک پای خود را بررسی می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **18. هنگام انجام فعالیت­هایی مانند حمام کردن یا لباس پوشیدن به نشانه­های تنگی نفس توجه می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **19. سابقه نشانه­های خود را یادداشت می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**آخرین باری که نشانه­های نارسایی قلبی را داشتید...**

**(تنها دور یک شماره دایره بکشید)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **نشانه­ای نداشتم** | **نشانه را شناسایی نکردم** | **نه خیلی سریع** |  | **تقریباً به‌سرعت** |  | **خیلی سریع** |
| **20. با چه سرعتی نشانه موردنظر را تشخیص دادید؟** | **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **21. با چه سرعتی فهمیدید که نشانه موردنظر ناشی از نارسایی قلبی است؟** | **N/A** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**بخش ج**

**فهرست زیر شامل رفتارهایی است که افراد دچار نارسایی قلبی برای کنترل نشانه­های خود انجام می‌دهند. وقتی نشانه­های نارسایی قلبی را تجربه می‌کنید، چقدر احتمال دارد که هر یک از کارهای زیر را انجام دهید؟**

**(برای هر گزینه تنها دور یک شماره دایره بکشید)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **نامحتمل** |  | **احتمال متوسط** |  | **بسیار محتمل** |
| **22. میزان مصرف نمک خود را در آن روز کمتر می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **23. میزان مصرف مایعات را کاهش می‌دهید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **24. دارو مصرف می‌کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **25. برای کسب راهنمایی به پزشک خود زنگ می‌زنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **26. از راهنمایی اعضای خانواده یا دوستان خود بهره می‌گیرید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **27. سعی می‌کنید تشخیص دهید که چرا دچار نشانه­های موردنظر شده‌اید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **28. فعالیت خود را محدود می‌کنید تا جایی که حالتان بهتر شود؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**درباره آخرین باری که برای بهبود نشانه­های خود کاری انجام دادید بیاندیشید... (دور یک شماره دایره بکشید)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **کاری انجام ندادم** | **مطمئن نیستم** |  | **تقریباً مطمئنم** |  | **بسیار مطمئنم** |
| **29. آیا روش موردنظر حالتان را بهتر کرد؟** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**بخش د**

**به‌طورکلی چقدر مطمئن هستید که می‌توانید:**

**(برای هر جمله تنها دور یک شماره دایره بکشید)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **مطمئن نیستم** |  | **تا حدی مطمئنم** |  | **به­شدت مطمئنم** |
| **30. وضعیت خود را باثبات نگه دارید و از نشانه­ها دور باشید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **31. از برنامه درمانی که به شما داده شده است پیروی کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **32. حتی وقتی مشکل است بر پیروی از برنامه درمانی خود پافشاری کنید؟**  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **33. وضعیت خود را به‌صورت منظم مورد پایش قرار دهید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **34. حتی وقتی دشوار است بر پایش منظم وضعیت خود اصرار ورزید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **35. تغییرات در سلامتی خود را تشخیص دهید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **36. اهمیت نشانه­های خود را ارزیابی کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **37. برای رهایی از نشانه­ها کاری انجام دهید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **38. حتی وقتی دشوار است بر یافتن درمانی برای نشانه­های خود پافشاری کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **39. تأثیر درمان­ مورداستفاده را ارزیابی کنید؟** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**ممنون که به سؤالات بالا پاسخ دادید.**