

مقیاس خودمراقبتی در نارسایی قلبی

همه پاسخ‌ها محرمانه می‌مانند.

هنگام پاسخ به سوالات 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؟

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

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؟

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

آخرین باری که نشانه‌های نارسایی قلبی را داشتید...

(تنها دور یک شماره دایره بکشید)

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

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)

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

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

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

بخش د

به‌طور کلی چقدر مطمئن هستید که می‌توانید:

(برای هر جمله تنها دور یک شماره دایره بکشید)

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

ممنون که به سؤالات بالا پاسخ دادید.