แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำตอบทั้งหมดจะถูกรักษาเป็นความลับ

นึกถึงเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาขณะที่ตอบแบบสอบถามแต่ละข้อไปจนครบ

ส่วนที่ 1 :

คำถามข้างล่างต่อไปนี้เป็นคำแนะนำทั่วไปสำหรับบุคคลที่เป็นโรคหัวใจ ท่านทำสิ่งต่อไปนี้เป็นกิจวัตรบ่อยแค่ไหน ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ไม่เคยหรือนานๆ ครั้ง** |  | **บางครั้ง** |  | **ทุกครั้งหรือเป็นประจำ** |
| 1. ไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. รับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (เช่น รับประทานยา โยคะ ฟังเพลง) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืมรับประทานยา ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ขอรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเมื่อไปกินข้าวนอกบ้าน หรือไปเยี่ยมบ้านคนอื่น ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. รับประทานผักและผลไม้ ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และ/หรือบุคคลที่สูบบุหรี่ ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 2 :**

คำถามข้างล่างต่อไปนี้เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยสำหรับบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในการเฝ้าระวังอาการ ท่านทำสิ่งต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ไม่เคยหรือไม่ค่อยทำ** |  | **บางครั้ง** |  | **ทุกครั้งหรือเป็นประจำ** |
| 1. เฝ้าระวังอาการป่วย ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของตนเอง ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ตรวจวัดความดันโลหิต ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. เฝ้าระวังว่าท่านเหนื่อยมากกว่าเดิมในการทำกิจกรรมปกติ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. เฝ้าระวังอาการแสดง ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. เฝ้าระวังน้ำหนักของตนเอง ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**การรับรู้อาการ :**

##### ผู้ป่วยหลายคนที่เป็นโรคหัวใจมีอาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก แสบร้อน เหมือนมีอะไรมาทับ หายใจตื้น และอ่อนล้า ครั้งล่าสุดที่ท่านมีอาการ..................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ยังไม่เคยมีอาการ** | **ฉันไม่รับรู้อาการ** | **ไม่เร็ว** |  | **ค่อนข้างเร็ว** |  | **เร็วมาก** |
| 1. … เร็วแค่ไหนที่ท่านรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคหัวใจ? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 3 :**

คำถามข้างล่างต่อไปนี้เป็นการกระทำของบุคคลที่เป็นโรคหัวใจใช้ ถ้าท่านมีอาการเป็นไปได้มากแค่ไหนที่ท่านจะพยายามทำสิ่งเหล่านี้ ?

|  | **ไม่น่าจะเป็นไปได้** |  | **อาจจะเป็นไปได้** |  | **เป็นไปได้มาก** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. เปลี่ยนแปลงระดับการทำกิจกรรม (ช้าลง, พัก) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. รับประทานยาแอสไพริน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. รับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการหรือกำจัดอาการ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. โทรหาบุคลากรทางสุขภาพเพื่อขอแนวทาง | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. แจ้งผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับอาการเมื่อไปพบครั้งต่อไป | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### นึกถึงการรักษาที่ท่านเคยใช้ครั้งล่าสุดที่มีอาการของโรคหัวใจ (วงกลม**หนึ่ง**หมายเลข)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ฉันไม่ได้ทำอะไรเลย** | **ไม่แน่ใจ** |  | **ค่อนข้างแน่ใจ** |  | **แน่ใจมาก** |
| 1. การรักษาที่คุณใช้ ทำให้คุณรู้สึกดีขึ้น | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |