**心力衰竭患者自我护理指数**

*您的所有信息将严格保密，请放心作答。*

当填写这份问卷时，请仔细回想您**上个月以来**的感受。

**第一部分：**

以下是心衰患者常常采取的自我照护行为。您通常多久做一次下列事情？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **从不** |  | 有时 |  | 总是 |
| 1. 尽量避免生病（例如勤洗手）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 锻炼身体（例如快步走、爬楼梯）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 低盐饮食？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 定期看医生？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 吃医生开的药，不漏吃少吃？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 外出就餐选择低盐饮食？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 确保每年接种流感疫苗？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 拜访亲朋好友时要求吃低盐食品？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 采取一些措施提醒自己吃药（如药盒、闹钟等）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 向医护人员咨询自己吃的药？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**第二部分：**

以下是心衰患者常常自我**监测**的变化。您通常多久做一次下列事情？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **从不** |  | **有时** |  | **总是** |
| 11.每天称体重？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.关注自身感觉的变化？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.查询药物的副作用？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.从事日常活动时，关注自己是否比平常更容易疲惫？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.向医护人员咨询自己的身体状况？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.密切监测有没有症状出现？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.检查脚踝有没有水肿？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.在进行洗澡、穿衣等日常活动时检查是否有气短、喘不上气的情况？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.记录自己的症状？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**请回想最近一次您出现心衰症状的情形，回答下列问题**（在符合您情况的选项上画“√”）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **还没有出现过症状** | **没有识别出症状** | **不快** |  | **稍微快一点** |  | **非常迅速** |
| 20.您多快意识到自己出现了症状？ | 不适用 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21.您多快知道这个症状是由心衰引起的？ | 不适用 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**第三部分：**

以下是心衰患者用来控制症状的行为。**当出现症状时，您有多大可能采取下列措施？**（在每一题符合您情况的选项上画“√”）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 不会采取该措施 |  | 有可能会采取该措施 |  | 肯定会采取该措施 |
| 22.进一步减少当天饮食中的盐？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23.减少液体（水、汤等）的摄入量？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24.吃药？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25.电话咨询医护人员获取指导？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26.寻求家人或朋友的帮助？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27.试着找出自己出现症状的原因？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28.减少活动直到感觉好一些？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**请回想最近一次出现症状时您所采取的措施，回答下列问题**（在符合您情况的选项上画“√”）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 我没有采取任何措施 | 不确定 |  | 有点确定 |  | 非常肯定 |
| 29.您采取的措施有让您感觉好一些吗？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**第四部分：**

一般来说，您有多大信心能完成以下项目: （在每一题符合您情况的选项上画“√”）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 没有信心 |  | 有点信心 |  | 非常有信心 |
| 30.保持身体状况稳定且没有症状？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31.遵从医护人员为您制订的治疗方案？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32.在有困难时依然坚持遵从治疗方案？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33.定期监测自己的身体状况？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34.在有困难时依然坚持监测自己的身体状况？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35.意识到自己身体健康状况出现变化？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36.评估自己的症状是否重要或是否需要引起重视？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37.采取一些措施来缓解自己的症状？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38.在有困难时依然坚持寻找一个能够缓解自己症状的治疗方法？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39.判断所采取的缓解症状的方法是否有效？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**感谢您的填写！**