**แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**

**Thai SC-HI V2.0**

*(คำตอบของท่านจะเก็บเป็นความลับ)*

ขอให้ท่านนึกถึงสิ่งต่างๆ ที่ท่านทำเพื่อจัดการความดันโลหิตสูงของตนเองในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา หรือจนถึงขณะที่เรากำลังถามข้อคำถามกันอยู่นี้

**ส่วนที่ 1:**

ข้อต่อไปนี้เป็นการดูแลตนเอง ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เราอยากทราบว่า ในช่วงเวลาหนึ่งเดือน ที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้บ่อยแค่ไหน?

|  | | (ขอให้เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |
|  | | **ไม่ได้** | **ทำ** | **ทำ** | **ทำประจำ** |
|  | | **ทำ** | **บ้าง** | **บ่อย** | **หรือทุกวัน** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. | ท่านวัดความดันโลหิตของตนเอง ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. | ท่านกินผัก ผลไม้ และธัญพืชหลากหลายชนิดในปริมาณที่พอเหมาะ ? (โดยเฉพาะ ผักใบ พืชผักพื้นบ้านและสมุนไพร ผลไม้ไม่หวานมาก ผักผลไม้กากใยสูง ธัญพืชจำพวกเมล็ดถั่ว งา ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวกล้อง)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 3. | ท่านออกแรงทำโน่นทำนี่ทุก ๆ วันไม่ค่อยจะอยู่นิ่ง ? (เช่น ทำงานบ้าน ทำสวนครัว ทำงานไร่ ทำนา ทำสวน ทำงานที่ใช้แรง เดินไปไหนมาไหนหรือถีบจักรยานแทนขี่มอเตอร์ไซค์ เดินขึ้นบันไดแทนใช้ลิฟท์) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 4. | ท่านไปตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาล  ตรงตามวันนัด ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 5. | ท่านกินของที่ไม่เค็ม ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 6. | ท่านออกกำลังกายครั้งละอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 7. | ท่านกินยาครบถ้วนตามแผนการรักษา ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 8. | ท่านเลือกกินของที่ไม่เค็มเมื่อต้องไปกินอาหารกินนอกบ้าน กินร่วมกับคนอื่น หรือเมื่อไม่ได้ทำอาหารเอง ? (เช่น  งานกินเลี้ยง งานบุญ กินที่บ้านคนอื่น ภัตาคาร ศูนย์อาหาร ร้านรถเข็น ร้านข้าวแกง ซื้อกับข้าวหรือแกงถุง) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 9. | ท่านใช้ตัวช่วยที่จะทำให้ตัวเองไม่ลืมกินยา ? (เช่น  คนในครอบครัว กลุ่มเพื่อน ทำกล่องใส่ยาประจำวัน  ปฏิทินช่วยเตือน แอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือ) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 10. | ท่านหลีกเลี่ยงไม่กินของมันๆ ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 11. | ท่านพยายามลดน้ำหนักส่วนเกิน หรือควบคุมน้ำหนักให้พอดีไม่ให้เพิ่มขึ้นจนอ้วน หรือลดลงจนผอมเกิน ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 2:**

ผู้ป่วยหลายคนอาจคุมความดันของตนเองได้ไม่ค่อยดี

เราอยากทราบว่า ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมานี้ ค่าความดันของท่านสูงขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ หรือมีอาการความดันกำเริบหรือไม่? ให้เลือกคำตอบหนึ่งข้อ

1. ไม่มี
2. มี

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12. | ครั้งล่าสุดที่เกิดอาการผิดปกติ เช่น มึน วิงเวียน หน้ามืด ตาลาย ปวดหัว หรือค่าความดันเพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิม หรือคุมความดันไม่ได้ | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | | (ขอให้เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | | **คุมความดันได้** | **ไม่รู้เลย** | **ไม่เร็ว** | **ค่อนข้างเร็ว** | **รู้เร็ว** | **รู้เร็วมาก** |
|  | | **ไม่มีอาการ** |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| ท่านใช้เวลาเร็วแค่ไหน กว่าจะนึกรู้ได้ว่าความดันกำเริบสูงขึ้นแล้ว? | | ไม่มีอาการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | |  |  |  |  |  |  |

ข้อต่อไปนี้ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรทำเพื่อลดความดันโลหิต เราอยากทราบว่า เมื่อค่าความดันของท่านสูงขึ้นกว่าเดิม หรือมีอาการความดันกำเริบ ท่านได้พยายามมากน้อยแค่ไหนในการทำสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | (ขอให้เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **ไม่เลย** | **พยายามทำบ้างเล็กน้อย** | **พยายามทำเป็นอย่างมาก** | **พยายามทำเป็นอย่างยิ่ง** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 13. | ท่านลดการกินของเค็มอย่างเคร่งครัด? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 14. | ท่านทำจิตใจให้สบาย ไม่ทำให้ตัวเองเครียด หรือ  คิดมากเกิน (เช่น ทำกิจกรรมที่สนุก เพลิดเพลิน ทำบุญ สวดบูชา ฝึกสมาธิ ร่วมพิธีทางศาสนา  ปรึกษาคนรอบข้าง ทำใจให้ยอมรับ) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 15. | ท่านกินยาลดความดันโลหิตอย่างเคร่งครัดยิ่งกว่าเดิม | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 16. | ท่านติดต่อขอคำแนะนำจากผู้รักษา (พยาบาล หรือหมอ) ไปโรงพยาบาล หรือคลินิกที่รักษาความดันโลหิตสูง | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 17. | ขอให้นึกถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ท่านพยายามทำเมื่อครั้งล่าสุดที่ความดันที่สูงขึ้น หรือมีอาการกำเริบ | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (ขอให้เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **ฉันไม่ได้ทำ** | **ไม่แน่นอน** | **ค่อนข้าง** | **แน่นอน** | **แน่นอน** |
|  |  | **อะไรเลย** | **เลย** | **แน่นอน** | **มาก** | **เป็นที่สุด** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| วิธีการต่างๆ ที่ท่านทำแล้วนั้น **ได้ผลเป็นที่แน่นอนมากน้อยแค่ไหน** ในการลดความดัน? | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 3:**

โดยรวมๆ แล้ว  **ท่านมั่นใจตนเองมากน้อยแค่ไหน** ว่าสามารถทำสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้ได้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | (ขอให้เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **ไม่มั่นใจ** | **ค่อนข้าง** | **มั่นใจ** | **มั่นใจ** |
|  |  | **เลย** | **มั่นใจ** | **มาก** | **อย่างยิ่ง** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 19. | การควบคุมความดันโลหิตของตนเอง | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 20. | การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาโรคความดันโลหิตสูง? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 21. | การแยกแยะว่ามีบางสิ่งบางอย่างที่ผิดปกติเกิดขึ้น  กับสุขภาพ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 22. | การลงมือทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะสามารถคุม  ความดันโลหิตได้ ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 23. | การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลตนเองว่าได้ผลดีมากน้อยแค่ไหน? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |