**แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**

**(Thai SC-HI V3.0)**

*คำตอบของท่านจะเก็บเป็นความลับ*

ขอให้ท่านนึกถึงสิ่งต่างๆ ที่ท่านได้ทำมาแล้ว เพื่อจัดการความดันโลหิตสูงของตนเอง ในช่วงหนึ่งเดือนนี้

หรือจนถึงขณะที่เรากำลังถามข้อคำถามกันอยู่นี้

**ส่วนที่ 1:**

ข้อต่อไปนี้เป็นการดูแลตนเอง ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เราอยากทราบว่า ในช่วงเวลาหนึ่งเดือนนี้ ท่านปฏิบัติสิ่งต่างๆ เหล่านี้บ่อยแค่ไหน?

|  |  | (ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ไม่ได้** | **ทำบ้าง** | **ทำประจำ** |
|  |  | **ทำ** | **บางครั้ง** | **หรือทุกวัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | ท่านไปตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลตรงตามวันนัด ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ท่านกินยารักษาความดันโลหิตสูง ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | ท่านทำจิตใจให้สบาย ไม่ทำให้ตัวเองเครียด หรือคิดมากเกิน ? (เช่น ทำกิจกรรมที่สนุกเพลิดเพลิน ทำบุญ สวดบูชา ฝึกสมาธิ ร่วมพิธีทางศาสนา ปรึกษาคนอื่น ทำใจให้ยอมรับ)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | ท่านออกแรงทำโน่นทำนี่อยู่เสมอ ไม่ค่อยจะอยู่นิ่ง ? (เช่น ทำงานบ้าน ทำสวนครัว ทำงานไร่ ทำนา ทำสวน ทำงานที่ใช้แรง เดินไปไหนมาไหนหรือถีบจักรยานแทนขี่มอเตอร์ไซค์ เดินขึ้นบันไดแทนใช้ลิฟท์)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | ท่านกินยาทุกชนิดครบถ้วนตามแผนการรักษา ตรงตามเวลา ไม่เคยขาดยา ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | ท่านเลือกกินของที่ไม่เค็มเมื่อต้องไปกินอาหารนอกบ้าน กินร่วมกับคนอื่น หรือเมื่อไม่ได้ทำอาหารเอง ? (เช่น งานกินเลี้ยง งานบุญ กินที่บ้านคนอื่น ภัตาคาร ศูนย์อาหาร ร้านรถเข็น ร้านข้าวแกง ซื้อกับข้าวหรือแกงถุง) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | ท่านคอยระวังไม่ให้ตนเองเจ็บไข้ไม่สบาย (เช่น ป้องกันไม่ให้เป็นหวัด ฉีดวัคซีนป้องกันหวัดใหญ่ หมั่นล้างมือ)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | ท่านกินผัก ผลไม้ และธัญพืชหลากหลายชนิด ? (โดยเฉพาะ ผักใบ พืชผักพื้นบ้านและสมุนไพร ผลไม้ไม่หวานมาก ผักผลไม้กากใยสูง ธัญพืชจำพวกเมล็ดถั่ว งา ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวกล้อง) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | ท่านพยายามเลิกสูบบุหรี่ หรือไม่สูบบุหรี่อยู่แล้ว และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 2:**

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรสังเกตติดตามอาการ หรือสังเกตความเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่เกิดขึ้น ดังนั้น เราอยากทราบว่า ในช่วงหนึ่งเดือนนี้ บ่อยแค่ไหนที่ท่านได้ปฏิบัติสิ่งดังกล่าวนี้

|  |  | (ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ไม่ได้** | **ทำบ้าง** | **ทำประจำ** |
|  |  | **ทำ** | **บางครั้ง** | **หรือทุกวัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | ท่านคอยสังเกตภาวะสุขภาพของตนเองว่าผิดปกติไปจากเดิมหรือไม่?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | ท่านเอาใจใสไม่ละเลยเมื่อรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงว่าความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าเดิม หรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น หรือสุขภาพแย่ลง | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | ท่านวัดความดันโลหิตของตนเอง? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | ท่านคอยสังเกตตัวเอง ว่ามีอาการเหนื่อยง่ายบ้างหรือไม่ เมื่อออกแรงทำโน่นทำนี่ตามที่ทำอยู่เดิม ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | ท่านคอยระวังอาการข้างเคียงจากยาลดความดัน (เช่น อาการไอ วิงเวียน คลื่นไส้ หรืออาเจียน)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | ท่านคอยสังเกตอาการความดันกำเริบ รวมถึงอาการภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ บ้างหรือไม่ ? (เช่น อาการปวดหัว วิงเวียน หน้ามืด ตาพร่ามัว ใจสั่น อาการวูบ บวมที่เท้าหรือขา)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | ท่านชั่งน้ำหนักตัว และคอยสังเกตตัวเองว่าอ้วนขึ้นหรือผอมลงกว่าเดิม ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**การจำแนกอาการ:**

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่คุมความดันโลหิตไม่ได้ หรือมีอาการกำเริบ

ดังนั้น เราอยากทราบว่า ในช่วงหนึ่งเดือนนี้ ค่าความดันของท่านสูงขึ้นจากเดิมหรือไม่ หรือมีอาการกำเริบเกิดขึ้นบ้างหรือไม่ ? (เช่น มึน วิงเวียน หน้ามืด ตาลาย ปวดหัว หัวใจเต้นไม่ปกติ)

 0. ไม่มี

1. มี

2. ไม่ทราบ

 หากในช่วงหนึ่งเดือนนี้ ท่านคุมความดันโลหิตไม่ได้ หรือมีอาการกำเริบเกิดขึ้น...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | (ขอให้เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) |
|  |  | **ไม่มีอาการ** | **ไม่รู้เลย** | **ไม่เร็ว** | **รู้ค่อนข้างเร็ว** | **รู้เร็วมาก** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | ..... ท่านใช้เวลาเร็วแค่ไหน กว่าจะนึกรู้ขึ้นได้ ว่าเป็นอาการของความดันกำเริบสูง? | ไม่มีอาการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 3:**

ข้อต่อไปนี้ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรทำเพื่อลดความดันโลหิต เราอยากทราบว่า เมื่อค่าความดันของท่านสูงขึ้นกว่าเดิม หรือมีอาการความดันกำเริบ ท่านได้พยายามมากน้อยแค่ไหนในการทำสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ?

|  |  | (ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ไม่ได้ทำ** | **พยายาม** | **พยายาม** |
|  |  | **เลย** | **ทำบ้าง** | **อย่างมาก** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | ท่านลดการเติมเกลือ หรือเครื่องปรุงเสริมรสเค็มลงในอาการที่กิน (เช่น ลดการเติมเกลือแกง น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงปรุงรส ผงชูรส น้ำปลาร้า กะปิ ซอสเค็ม ของหมักดอง) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  | (ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ไม่ได้ทำ** | **พยายาม** | **พยายาม** |
|  |  | **เลย** | **ทำบ้าง** | **อย่างมาก** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | ท่านกินยาลดความดันโลหิตอย่างเคร่งครัดยิ่งกว่าเดิม | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | ท่านติดต่อขอคำแนะนำจากผู้รักษา (พยาบาล หรือหมอ) ไปโรงพยาบาล หรือคลินิกที่รักษาความดันโลหิตสูง | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | ท่านจัดการลดความเครียด | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | ท่านได้เล่าให้หมอผู้รักษาฟังบ้างหรือไม่ เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เมื่อไปตรวจรักษาครั้งถัดไป?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | ท่านลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ? (เช่น กาแฟ น้ำชา น้ำอัดลมโคล่า)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ขอให้นึกถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ท่านพยายามทำในครั้งล่าสุดเมื่อมีความดันสูงขึ้น หรือมีอาการความดันกำเริบ... |
|  |  |  |
|  |  | (ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) |
|  |  | **ฉันไม่ทำ** | **ไม่แน่นอน** | **ค่อนข้าง** | **แน่นอน** |
|  |  | **อะไรเลย** | **เลย** | **แน่นอน** | **เป็นที่สุด** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | วิธีการต่างๆ ที่ท่านทำแล้วนั้น **ได้ผลเป็นที่แน่นอนมากน้อยแค่ไหน** ในการลดความดันหรือควบคุมความดัน? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |