

แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Thai SC-HI V3.0)

คำตอบของท่านจะเก็บเป็นความลับ

ขอให้ท่านนึกถึงสิ่งต่างๆ ที่ท่านได้ทำมาแล้ว เพื่อจัดการความดันโลหิตสูงของตนเอง ในช่วงหนึ่งเดือนนี้
หรือจนถึงขณะที่เรากำลังถามข้อคำถามกันอยู่นี้

ส่วนที่ 1:

ข้อต่อไปนี้เป็นารดูแลตนเอง ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เราอยากทราบว่า
ในช่วงเวลาหนึ่งเดือนนี้ ท่านปฏิบัติสิ่งต่างๆ เหล่านี้บ่อยแค่ไหน?

(ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ)

	ไม่ได้ ทำ	ทำบ้าง บางครั้ง			ทำประจำ หรือทุกวัน
1. ท่านไปตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาล ตรงตามวันนัด ?	1	2	3	4	5
2. ท่านกินยารักษาความดันโลหิตสูง ?	1	2	3	4	5
3. ท่านทำจิตใจให้สบาย ไม่ทำให้ตัวเองเครียด หรือ คิดมากเกินไป ? (เช่น ทำกิจกรรมที่สนุกเพลิดเพลิน ทำบุญ สวดบูชา ฝึกสมาธิ ร่วมพิธีทางศาสนา ปรึกษา คนอื่น ทำใจให้ยอมรับ)	1	2	3	4	5
4. ท่านออกแรงทำโน่นทำนี่อยู่เสมอ ไม่ค่อยจะอยู่นิ่ง ? (เช่น ทำงานบ้าน ทำสวนครัว ทำงานไร่ ทำนา ทำสวน ทำงานที่ใช้แรง เดินไปไหนมาไหนหรือถีบจักรยานแทน ซีมอเตอร์ไซด์ เดินขึ้นบันไดแทนใช้ลิฟท์)	1	2	3	4	5
5. ท่านกินยาทุกชนิดครบถ้วนตามแผนการรักษา ตรงตามเวลา ไม่เคยขาดยา ?	1	2	3	4	5

(ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ)

	ไม่ได้ ทำ	ทำบ้าง บางครั้ง			ทำประจำ หรือทุกวัน
6. ท่านเลือกกินของที่ไมเค็มเมื่อต้องไปกินอาหารนอกบ้าน กินร่วมกับคนอื่น หรือเมื่อไม่ได้ทำอาหารเอง ? (เช่น งานกินเลี้ยง งานบุญ กินที่บ้านคนอื่น ภัตตาคาร ศูนย์ อาหาร ร้านรถเข็น ร้านข้าวแกง ซื้อมากับข้าวหรือแกงถุง)	1	2	3	4	5
7. ท่านคอยระวังไม่ให้ตนเองเจ็บไข้ไม่สบาย (เช่น ป้องกัน ไม่ให้เป็นหวัด ฉีดวัคซีนป้องกันหวัดใหญ่ หมั่นล้างมือ)	1	2	3	4	5
8. ท่านกินผัก ผลไม้ และธัญพืชหลากหลายชนิด ? (โดยเฉพาะ ผักใบ พืชผักพื้นบ้านและสมุนไพร ผลไม้ไม่หวานมาก ผักผลไม้กากใยสูง ธัญพืชจำพวก เมล็ดถั่ว 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)

	ไม่ได้ทำ	ทำบ้าง บางครั้ง			ทำประจำ หรือทุกวัน
10. ท่านคอยสังเกตภาวะสุขภาพของตนเองว่าผิดปกติไปจากเดิมหรือไม่?	1	2	3	4	5
11. ท่านเอาใจใส่ไม่ละเลยเมื่อรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงว่าความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าเดิม 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 อาการรูด บวมที่เท้า หรือขา)	1	2	3	4	5
16. ท่านซึ้นน้ำหนักตัว 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 กว่าจะ นี้รู้ขึ้นได้ ว่าเป็นอาการของความ ดันกำเริบสูง?	ไม่มีอาการ	0	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 3:

ข้อต่อไปนี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรทำเพื่อลดความดันโลหิต เราอยากทราบว่า เมื่อค่าความดันของท่านสูงขึ้นกว่าเดิม หรือมีอาการความดันกำเริบ ท่านได้พยายามมากน้อยแค่ไหนในการทำสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ?

(ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ)

	ไม่ได้ทำ เลย	พยายาม ทำบ้าง			พยายาม อย่างมาก
18. ท่านลดการเค็มเกลือ หรือเครื่องปรุงเสริมรสเค็มลงใน อาการที่กิน (เช่น ลดการเค็มเกลือแกง น้ำปลา ซีอิ๊ว ขาว ผงปรุงรส ผงชูรส น้ำปลาร้า กะปิ ซอสเค็ม ของ หมักดอง)	1	2	3	4	5

(ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ)

	ไม่ได้ทำเลย	พยายามทำบ้าง			พยายามอย่างมาก
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)

	ฉันไม่ทำอะไรเลย	ไม่แน่นอนเลย	ค่อนข้างแน่นอน			แน่นอนเป็นที่สุด
24. วิธีการต่างๆ ที่ท่านทำแล้วนั้น <u>ได้ผลเป็นที่แน่นอนมากน้อยแค่ไหน</u> ในการลดความดันหรือควบคุมความดัน?	0	1	2	3	4	5