**شاخص مشارکت مراقبین در خودمراقبتی نارسایی قلبی**

*تمام پاسخ ها محرمانه است.*

ما از شما تقاضا داریم به سؤالات ذیل پاسخ دهید تا بدانیم که شما برای فرد مبتلا به نارسایی قلبی چه کاری انجام می دهید. پاسخ های درست یا غلط وجود ندارد.

**قسمت الف:**

هر چند وقت یک بار این موارد را به شخصی که از او مراقبت می کنید توصیه می کنید؟ (یا هر چند وقت یک بار شما این فعالیت ها را انجام می دهید زیرا شخصی که شما از وی مراقبت می کنید، قادر به انجام آنها نیست).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **همیشه** | **گاهی اوقات** | | | **هرگز** | **آیا توصیه می کنید ....** |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. برای جلوگیری از بیمار شدن تلاش کند (مثلاً دست های خود را بشوید)؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. روزانه ورزش کند (مثلاً پیاده روی سریع، بالا رفتن از پله ها)؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. غذای کم نمک بخورد؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. برای مراقبت های سلامتی معمول به پزشک یا پرستار مراجعه کند؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. داروهای تجویز شده را بدون فراموشی حتی یک وعده مصرف کند؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. هنگام غذا خوردن بیرون از منزل غذاهای کم نمک سفارش بدهد؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. هر سال واکسن آنفلوانزا تزریق کند؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. در دورهمی های خانوادگی غذاهای کم نمک درخواست کند؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. از یک سیستم یا روشی برای کمک به یادآوری مصرف دارو استفاده کند؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. از پزشک یا پرستار خود درباره داروها بپرسد؟ |

**قسمت ب:**

مواردی که در زیر لیست شده اند تغییراتی هستند که افراد مبتلا به نارسایی قلبی به طور شایع بررسی می کنند. هر چند وقت یک بار شما موارد زیر را برای انجام دادن به شخصی که از او مراقبت می کنید توصیه می کنید؟ (یا شما موارد زیر را انجام می دهید زیرا شخصی که شما از وی مراقبت می کنید، قادر به انجام آنها نیست).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| همیشه | گاهی اوقات | | | هرگز | **آیا توصیه می کنید ....** |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. وزن روزانه را اندازه گیری کند؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. به تغییرات در خلق و احساسات خود توجه کند؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. به عوارض جانبی دارو ها توجه داشته باشد؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. به خستگی زودتر از حالت معمول در هنگام انجام فعالیت های روزانه توجه داشته باشد؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. از پزشک یا پرستار درباره چگونگی وضعیت خود سؤال کند؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. علایم خود را به صورت دقیق بررسی کند (مانند تنگی نفس، طپش قلب، خستگی و ...)؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. مچ پاها را از نظر ورم چک کند؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. بروز تنگی نفس با فعالیت هایی مانند حمام کردن و لباس پوشیدن را بررسی کند؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1. علایم غیر معمول خود را ثبت کند؟ |

**آخرین باری که شخصی که از وی مراقبت می کنید علایم داشت ....**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | علایمی نداشته است | من این علامت را تشخیص ندادم | نه به سرعت | تا حدودی سریع | | | خیلی سریع |
| 1. در چه زمانی توانستید تشخیص دهید که بیمارتان علایم دارد؟ | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. در چه زمانی فهمیدید که این علامت ناشی از نارسایی قلبی است؟ | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**قسمت ج:**

مواردی که در زیر لیست شده اند رفتارهایی هستند که افراد مبتلا به نارسایی قلبی برای کنترل علایم خود استفاده می کنند. هنگامی که شخصی که از او مراقبت می کنید علائم دارد، چقدر احتمال دارد که شما توصیه کنید او یکی از رفتارهای زیر را استفاده نماید؟ یا، شما این کارها را می کنید زیرا شخصی که شما از وی مراقبت می کنید قادر به انجام آنها نیست.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیا توصیه می کنید ....** | احتمال ندارد | تا حدودی احتمال دارد | | | خیلی احتمال دارد |
| 1. نمک مصرفی آن روز را بیشتر محدود کند؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. مصرف مایعات را کاهش دهد؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. داروی ادرار آور مصرف کند؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. برای راهنمایی با پزشک یا پرستار خود تماس بگیرد؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. از یکی از اعضای خانواده یا یک دوست مشاوره بگیرد؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. سعی کند بفهمد که چرا دچار علائم شده است؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. تا زمانی که احساس بهتری پیدا کند فعالیت خود را محدود کند؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

فکر کنید درباره آنچه انجام دادید در آخرین باری که شخصی که از وی مراقبت می کنید علائم داشت ...

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | هیچ کاری نکردم | مطمئن نیستم | تا حدودی مطمئنم | | | خیلی مطمئنم |
| 1. آیا درمانی که شما استفاده کرده اید باعث شده او احساس بهتری داشته باشد؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**برای تکمیل این تحقیق از شما تشکر می کنم!**