**心臟衰竭自我照顧指標**

*所有回答皆會保密*

當您填寫此量表時，請回想您在上個月的感覺。

**A部分：**

下列為心臟衰竭病人用於幫助自己的行為。請問您多頻繁或經常做下列事情？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **從不**  |  | 有時候 |  | 經常  |
| 1. 盡量避免生病（如：洗手）?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 做運動（如：快走、爬樓梯）?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 吃低鹽飲食?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 按時回醫師門診進行常規照護?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 服用處方藥且不會漏服藥?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 當外食時，點低鹽食物？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 確保每年接種流感疫苗？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 當拜訪親友時，要求低鹽食物？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 使用一套系統或方法來幫助您記得服藥？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 向您的健康照護提供者詢問有關您的用藥?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**B部分：**

下列為心臟衰竭病人經常監測的改變。請問您多頻繁做下列事情？

|  | **從不** |  | 有時候 |  | 經常 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11.監測您每天的體重？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.注意您所感受到的變化？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.查看有無出現藥物的副作用? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.注意您在做正常活動時，是否比平時更容易累？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.詢問您的健康照護人員您的狀況如何？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.密切監測症狀? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.檢查您的腳踝是否水腫? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.確認活動呼吸短促情形，如洗澡或穿衣服時? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.持續記錄症狀？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### 最近一次您有症狀時**…** (請圈選出**1個**數字)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **從來沒有症狀** | **我沒有辨認出症狀** | **沒有很快** |  | **有點快** |  | **非常快** |
| 20.您多快辨識出您有症狀？ | 不適用 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. 您多快知道那個症狀是因心臟衰竭引起的？ | 不適用 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**C部分：**

下列為心臟衰竭病人用於控制他們的症狀的行為。當您有症狀時，您有多可能採取它們其中的一個行為？ (請於各治療題項中圈選出**1個**數字)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **不可能** |  | **有可能** |  | **非常可能** |
| 22.進一步限制您那天吃的鹽份？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23.減少您的水分攝取? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24.吃藥? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25.打電話請求您的健康照護人員的指導？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26.詢問親友的建議? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27.試著釐清為何您有這些症狀? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28.限制您的活動直到您感到好些？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

回想最近一次您出現症狀時，您所採取的一個治療方法 (請圈選出**1個**數字)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **我沒有做任何措施** | **不確定** |  | **有點確定** |  | **非常確定** |
| 29.您所使用的治療方法有讓您感到好些嗎? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**D部分：**

一般來說，您有多少信心能夠做到以下： (請於各敘述圈選出**1個**數字)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **沒信心** |  | **有點信心** |  | **非常有信心** |
| 30.維持您的狀態穩定且無症狀？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31.遵循給您的治療計畫? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32.即使碰到困難，也能持續遵循治療計畫? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33.定期監測您的狀況? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34.即使碰到困難，也能持續定期監測您的狀況? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35.若發生變化時，能辨認出您的健康狀況的改變？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36.評值您的症狀的重要性？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37.做一些事情來緩解您的症狀？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38.即使碰到困難，也能持續尋找症狀的治療方法? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39.評值一個治療方法多有效? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

感謝您完成此量表！