**Self Care Heart Failure Index v 7.2 (Malay version)**

*Jawapan anda adalah sulit.*

Fikirkan tentang perasaan anda pada bulan lepas semasa anda melengkapkan soal selidik ini.

**BAHAGIAN A:**

Disenaraikan di bawah ialah tingkah laku orang yang menghidapi penyakit lemah jantung untuk membantu diri mereka sendiri. Berapa kerapkah atau secara rutin anda melakukan perkara berikut?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tidak pernah** |  | **Kadang- kadang** |  | **Selalu** |
| 1. Cuba elakkan daripada jatuh sakit (cth. cuci tangan anda?) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Melakukan senaman (cth. berjalan pantas, naik tangga?) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mengamalkan diet yang rendah garam? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Menghadiri temujanji di pusat rawatan anda secara rutin? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tidak pernah lupa untuk makan ubat priskripsi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memesan makanan yang rendah garam semasa makan di luar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memastikan anda mendapat vaksin influenza setiap tahun? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memesan makanan rendah garam ketika menziarahi kawan atau saudara mara? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Gunakan sistem atau kaedah untuk membantu anda ingat untuk mengambil ubat anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Bertanyakan mengenai ubat-ubatan anda kepada pusat rawatan anda?) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**BAHAGIAN B:**

Disenaraikan di bawah ialah perubahan yang biasa dipantau oleh orang yang menghidapi penyakit lemah jantung. Berapa kerapkah anda melakukan perkara berikut?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tidak pernah** |  | **Kadang- kadang** |  | **Selalu** |
| 1. Memantau berat badan anda setiap hari? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memberi perhatian kepada perubahan keadaan diri atau badan anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memerhati kesan sampingan ubat-ubatan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Perhatikan sama ada anda merasa lebih letih atau penat daripada biasa apabila melakukan aktiviti biasa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Bertanya keadaan kesihatan anda semasa temujanji di pusat rawatan anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memantau dengan rapi untuk simptom? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memeriksa kaki anda untuk bengkak? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memantau pernafasan untuk kesesakan nafas semasa aktiviti seperti mandi dan berpakaian? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Menyimpan rekod simptom yang dialami? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Kali terakhir anda mempunyai simptom…**

(bulatkan **satu** nombor)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tidak mempunyai simptom** | **Saya tidak mengenalpasti simptom itu** | **Tidak cepat** |  | **Agak cepat** |  | **Teramat cepat** |
| 1. Seberapa cepat anda menyedari bahawa anda mengalami simptom? | Tidak berkaitan | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Berapa pantaskah anda mengetahui bahawa simptom itu adalah akibat lemah jantung? | Tidak berkaitan | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**BAHAGIAN C:**

Tersenarai di bawah ialah tindakan atau langkah yang akan diambil oleh pesakit lemah jantung untuk mengawal simptom mereka. **Semasa anda mengalami simptom, seberapa besarkah kemungkinan anda akan mengambil tindakan seperti mana yang tersenarai di bawah**?

(bulatkan **satu** nombor untuk setiap kaedah rawatan)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tidak mungkin** |  | **Agak**  **Mungkin** |  | **Sangat berkemungkinan besar** |
| 1. Mengurangkan lagi pengambilan garam pada hari tersebut? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mengurangkan jumlah pengambilan air anda? (cth. sup, minuman, buah-buahan dll) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mengambil ubat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Membuat panggilan ke pusat rawatan anda untuk khidmat nasihat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Meminta nasihat daripada ahli keluarga atau rakan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Cuba mengenalpasti kenapa anda mempunyai simptom? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mengurangkan aktiviti sehingga anda berasa lebih baik? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Fikirkan kaedah rawatan yang digunakan oleh anda kali terakhir anda mempunyai simptom…** (bulatkan **satu** nombor)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Saya tidak mengambil apa-apa tindakan** | **Tidak pasti** |  | **Agak pasti** |  | **Sangat pasti** |
| 1. Adakah kaedah rawatan yang digunakan membuat anda berasa lebih baik? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**BAHAGIAN D:**

Secara am, sejauh manakah anda yakinanda boleh:

(bulatkan **satu** nombor untuk setiap kenyataan)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tidak yakin** |  | **Agak yakin** |  | **Sangat yakin** |
| 1. Kekalkan diri anda stabil dan bebas daripada simptom? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ikut pelan rawatan yang telah diberikan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Teruskan mengikuti pelan rawatan walaupun sukar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Memantau keadaan diri secara rutin? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Teruskan memantau keadaan diri secara rutin walaupun sukar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mengenalpasti perubahan dalam kesihatan anda jika ia berlaku? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Menilai kepentingan simptom anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Melakukan sesuatu untuk melegakan simptom anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Teruskan mencari remedi untuk simptom anda walaupun sukar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Menilai keberkesanan remedi itu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

TERIMA KASIH KERANA MENJAWAB SOAL SELIDIK INI!