**KALP YETMEZLIĞINDE KIŞISEL BAKIM INDEKSI (SCHFI)**

Bütün cevaplar gizlidir

Bu anketi tamamlarken geçen ay nasıl hissettiğinizi düşünün

**Bölüm A:**

Aşağıda kalp yetmezliği olan insanların kendilerine yardım etmek için yaptıkları bazı davranışlar listelenmiştir. Bunları ne sıklıkla yaparsınız?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Asla** |  | Bazen |  | Herzaman  |
| 1. Hasta olmaktan kaçınmaya çalışır mısınız ? (el yıkamak gibi)
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Yürümek, merdiven çıkmak gibi basit egzersizleri yapar mısınız?
 |  1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Öğünlerinde az tuz tüketmeye dikkat eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Rutin sağlık kontrollerine aksatmadan gider misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Doktorunuzun verdiği ilaçları eksiksiz ve zamanında kullanır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Dışarda yemek yerken az tuzlu mu tercih edersiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Her yıl düzenli grip aşısı yaptırır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Arkadaşlarınızı veya ailenizi ziyarete gidince az tuzlu yemeye dikkat eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. İlaçlarınızı almayı hatırlamak için bir yöntem kullanır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Doktorunuza ve/veya hemşirenize ilaçlarınız hakkında soru sorar mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Bölüm B:**

Aşağıda kalp yetmezliği olan insanların genellikle gözlemlediği değişimler listelenmiştir. Bunları ne sıklıkla yaparsınız?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Asla**  |  | Bazen |  | Herzaman |
| 1. Günlük olarak kilonuzu takip eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgili değişikliklere dikkat eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. İlaçlara bağlı yan etkileri gözlemler misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Günlük aktivitelerinizi yaparken normalden daha fazla yorulduğunuzda farkına varır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Doktorunuza ve/veya hemşirenize durumunuzun nasıl olduğunu sorar mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Hastalıkla ilgili şikayetlerinizi yakından takip eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. El ve/veya ayak bileğininizin şişip şişmediğini kontrol eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Banyo ve giyinme gibi günlük yaşam aktivitelerinizde nefes darlığınızı kontrol eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Hastalığa ait belirtilerinizi kayıt altına alır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

En son hastalık ile ilgili belirtiler görüldüğünde…

#####  (Bir sayıyı işaretleyiniz)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Herhangi bir hastalık belirtim olmadı** | **Bir Hastalık belirtisi fark edemedim** | **Hızlı değil** |  | **Biraz Hızlı** |  | **Çok Hızlı** |
| 1. Hastalıkla ilgili belirtilerin geliştiğini ne kadar hızlı fark eder siniz?
 | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Gelişen belirtilerinizin kalp yetmezliğine bağlı olduğunu ne kadar hızlı fark eder siniz?
 | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**BÖLÜM C:**

Aşağıda kalp yetmezliği olan insanların belirtilerini nasıl kontrol ettikleri listelenmiştir. Belirtileriniz olduğunda bu çözümleri kullanır mısınız?

Her tedavi için bir sayıyı daire içine alın

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mümkün Değil** |  | **Biraz Mümkün** |  | **Çok Mümkün** |
| 1. O gün yemekleriniz de tuzu daha fazla kısıtlar mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Sıvı alımını azaltır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. İlaç alır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Sizi yönlendirmesi için doktorunuzu arar mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ailenizden yada arkadaşlarınızdan tavsiye ister misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Neden şikayetlerinizin olduğunu anlamaya çalışır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  28. Daha iyi hissedene kadar aktivitelerinizi sınırlandırır mısınız? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

En son semptomlar görüldüğünde kullandığın tedaviyi düşünün…

(Her tedavi için bir sayıyı daire içine alın)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **(Hiçbirşey yapmadım)** | **Emin değilim** |  | **Kısmen** **Hissettirdi** |  | **İyi hissettirdi** |
| 1. Kullandığınız tedavi size daha iyi hissettirdi mi?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**BÖLÜM D**:

Genel olarak aşağıdakileri yapma konusunda kendinize ne kadar inanıyorsunuz?

Her tedavi için bir sayıyı daire içine alın

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Emin değilim** |  | **Biraz Eminim** |  | **Kesinlikle Eminim** |
| 1. Sağlık durumumu stabil ve hastalık belirtilerinden uzak tutabilirim?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Kendiniz için düzenlenen tedavi planını takip edebilir misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tedavi planınız ne kadar zor olursa olsun takip etmeye devam eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Sağlık durumunuzu rutin olarak kontrol eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Zor olsa bile sağlık durumunuzu rutin olarak izlemeye devam edebiliyor musunuz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Sağlığınızda bir değişiklik olursa fark eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Semptomlarınızın önemini değerlendirir misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Semptomlarımınızı rahatlatacak birşeyler yapabilir misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Semptomlarınız zor olsa bile bir çözüm bulmaya çalışırmısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Bir çözümün ne kadar işe yaradığını değerlendirir misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bu anketi tamamladığınız için teşekkür ederim