การสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของผู้ดูแล

*คำตอบของท่านทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ*

ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้เพื่อให้เราทราบว่าท่านทำอะไรให้กับบุคคลที่มีหัวใจล้มเหลว ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

ส่วนที่ 1 :

ท่านได้แนะนำบุคคลที่ท่านดูแลในสิ่งต่างๆ เหล่านี้บ่อยเพียงใด

หรือท่านทำสิ่งต่างๆ เหล่านี้แทนเนื่องจากบุคคลที่ท่านดูแลไม่สามารถทำได้บ่อยเพียงใด

(โปรดวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลขในแต่ละข้อ )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ไม่เคย |  | บางครั้ง |  | เป็นประจำ |
| 1. พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น การล้างมือ เป็นต้น) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ออกกำลังกายระหว่างวัน (เช่น การเดินเร็ว, การเดินขึ้นบันได เป็นต้น) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. รับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. พบบุคลากรทางสุขภาพตรงตามนัดเป็นประจำ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. รับประทานยาตามแผนการรักษาโดยไม่ลืม | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. สั่งอาหารที่มีเกลือต่ำ เมื่อออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. มั่นใจว่าได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ขออาหารที่มีเกลือต่ำเมื่อไปเยี่ยมครอบครัวและเพื่อน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ใช้ระบบหรือวิธีการในการช่วยจำการรับประทานยา | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. สอบถามเรื่องยากับบุคลากรทางสุขภาพ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ส่วนที่ 2 :

การเปลี่ยนแปลงที่ระบุด้านล่างเป็นสิ่งที่บุคคลที่มีหัวใจล้มเหลวใช้เพื่อการติดตามอาการของตนเอง

ท่านแนะนำให้บุคคลที่ท่านดูแลทำสิ่งต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน

หรือท่านทำสิ่งต่างๆ เหล่านี้แทน เนื่องจากบุคคลที่ท่านดูแลไม่สามารถทำได้ บ่อยเพียงใด

(โปรดวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลข ในแต่ละข้อ )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ไม่เคย |  | บางครั้ง |  | เป็นประจำ |
| 11. ติดตามน้ำหนักตัวทุกวัน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. ให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของเขา/เธอ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. สังเกตว่าเขา/เธอ เหนื่อยมากขึ้นหรือไม่ เมื่อทำกิจกรรมตามปกติ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. สอบถามบุคลากรทางสุขภาพว่า สุขภาพของเขา/เธอ เป็นอย่างไร | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. เฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างใกล้ชิด | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. ตรวจสอบอาการข้อเท้าบวม | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. ตรวจสอบอาการหายใจเหนื่อยขณะทำกิจกรรม เช่น การอาบน้ำ และการแต่งตัว เป็นต้น | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. จดบันทึกอาการที่เกิดขึ้น | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ครั้งสุดท้ายที่บุคคลที่ท่านดูแลมีอาการ.............................

(โปรดวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลขในแต่ละข้อ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | บุคคลที่ดูแลไม่มีอาการ | ไม่รับรู้อาการ | รับรู้อาการไม่เร็ว |  | รับรู้อาการค่อนข้างเร็ว |  | รับรู้อาการเร็วมาก |
| 20. ท่านรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นกับเขา/เธอ ได้เร็วเพียงใด | ไม่ประเมิน | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. ท่านรับรู้ได้เร็วเพียงใดว่าอาการ ที่เกิดขึ้นเกิดจากหัวใจล้มเหลว | ไม่ประเมิน | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ส่วนที่ 3 :

พฤติกรรมที่ระบุด้านล่างนี้เป็นวิธีที่บุคคลที่มีหัวใจล้มเหลวใช้ในการควบคุมอาการ เมื่อบุคคลที่ท่านดูแลมีอาการ ท่านแนะนำให้เขา/เธอ ใช้วิธีการต่อไปนี้หรือไม่

หรือท่านทำสิ่งเหล่านี้เนื่องจากบุคคลที่ท่านดูแลไม่สามารถทำได้หรือไม่

(โปรดวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลข สำหรับแต่ละวิธีรักษา)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ไม่เลย |  | บางครั้ง |  | สม่ำเสมอ |
| 22. จำกัดปริมาณเกลือ น้ำปลา หรือเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหารที่เขา/เธอ รับประทานในวันนั้น | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. ลดปริมาณน้ำดื่มและของเหลวอื่นๆ (เช่น เครื่องดื่มต่างๆ น้ำแกง เป็นต้น) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. รับประทานยา | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. โทรศัพท์ขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. ขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. พยายามหาสาเหตุที่ทำให้เขา/เธอ มีอาการ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. แนะนำให้เขา/เธอ จำกัดกิจกรรมจนกว่าเขา/เธอ จะรู้สึกดีขึ้น | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

คิดถึงสิ่งที่ท่านทำครั้งสุดท้ายเมื่อบุคคลที่ท่านดูแลมีอาการ................

(โปรดวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลข ในแต่ละข้อ)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ไม่ได้ทำอะไร | ไม่แน่ใจ |  | ค่อนข้างแน่ใจ |  | แน่ใจมากที่สุด |
| 29.วิธีจัดการที่ท่านใช้ ทำให้เขา/เธอ รู้สึกดีขึ้น | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |