

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, การเดิน ขึ้นบันได 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 เมื่อออกไปรับประทานอาหาร นอกบ้าน	1	2	3	4	5
7. มั่นใจว่าได้รับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่เป็นประจำ ทุกปี	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 :

การเปลี่ยนแปลงที่ระดับด้านล่างเป็นสิ่งที่บุคคลที่มีหัวใจล้มเหลวใช้เพื่อการติดตามอาการของตนเอง
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 เมื่อทำ กิจกรรมตามปกติ	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)

	บุคคลที่ ดูแล ไม่มี อาการ	ไม่รับรู้ อาการ	รับรู้ อาการ ไม่เร็ว	รับรู้ อาการ ค่อนข้าง เร็ว	รับรู้ อาการ เร็วมาก		
20. ท่าน <u>รับรู้</u> ถึงอาการที่เกิดขึ้นกับเขา/เธอ ได้เร็วเพียงใด	ไม่ประเมิน	0	1	2	3	4	5
21. ท่าน <u>รับรู้</u> ได้เร็วเพียงใดว่าอาการ ที่เกิดขึ้นเกิดจากหัวใจล้มเหลว	ไม่ประเมิน	0	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 3 :

พฤติกรรมที่ระดับด้านล่างนี้เป็นวิธีที่บุคคลที่มีหัวใจล้มเหลวใช้ในการควบคุมอาการ เมื่อบุคคลที่ท่านดูแลมีอาการ
ท่านแนะนำให้เขา/เธอ ใช้วิธีการต่อไปนี้หรือไม่

หรือท่านทำสิ่งเหล่านี้เนื่องจากบุคคลที่ท่านดูแลไม่สามารถทำได้หรือไม่

(โปรดวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลข สำหรับแต่ละวิธีรักษา)

	ไม่เคย		บางครั้ง		สม่ำเสมอ
22. จำกัดปริมาณเกลือ น้ำปลา หรือเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม ในอาหารที่เขา/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)

	ไม่ได้ทำ อะไร	ไม่แน่ใจ		ค่อนข้าง แน่ใจ		แน่ใจมาก ที่สุด
29. วิธีจัดการที่ท่านใช้ ทำให้เขา/เธอ รู้สึกดีขึ้น	0	1	2	3	4	5