**مساهمة مقدم الرعاية في العناية الذاتية للقصور القلبي**

جميع الإجابات سرية

**أرجو الاجابة على الأسئلة التالية، لمعرفة كيف تتعامل مع الشخص المصاب بقصور القلب، مع العلم ليس هناك أجابة صحيحة أو خاطئة.**

القسم أ:

كم مرة توصون الشخص الذي تقومون برعايته بالأمور التالية؟(أو كم مرة تقومون بهذه الأنشطة لأن الشخص الذي تقومون برعايته غير قادر على القيام بها).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | أبدا | أحيانا | | | دائما |
| محاولة عدم الاصابة بالمرض (مثل: غسل اليدين) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| لقيام ببعض التمارين ( مثل: المشي السريع, صعود الدرج) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| تناول طعام قليل الملح | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| زيارة مقدوا الرعاية الصحية بشكل روتيني | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| تتناول الأدوية الموصوفة دون أن تفوتك جرعة | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| تناول طعام قليل الملح عند الأكل خارجا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| التأكد من أخذ مطعوم الانفلونزا السنوي | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| تناول طعام قليل الملح عند زيارة الاقارب و الأصدقاء | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| استخدام نظام او طريقة معينة للمساعدة في تذكر أخذ الدواء | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| الاستعانة بمقدموا الرعاية الصحية لسؤال عن الدواء | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**الجزء ب:**

كل ما يأتي هي تغيرات يجب مراقبتها غالبا عند المصابين بقصور القلب. كم مرة توصون الشخص الذي تقومون برعايته بالأمور التالية؟ أو كم مرة تقومون بهذه الأنشطة لأن الشخص الذي تقومون برعايته غير قادر على القيام بها).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | أبدا | أحيانا | | | دائما |
| مراقبة الوزن يوميا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| الانتباه لأي تغيرات يشعر بها الشخص | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| الانتباه للأثار الجانبية للعلاج | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ملاحظة أي شعورغير معتاد بالتعب عند بذل النشاطات اليومية | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| الاستعانة بمقدموا الرعاية الصحية لمتابعة الحالة الصحية | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| مراقبة الأعراض عن كثب | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| التحقق من أي انتفاخ يحدث في الكاحل | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| التحقق من أي صعوبة في التنفس عند القيام بنشاط مثل الاستحمام و أرتداء الملابس | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| الاحتفاظ بسجل للأعراض | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

آخر مرة ظهرت فيها الأعراض على الشخص الذي تهتم به

(اختر واحدة)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بسرعة كبيرة | بسرعة إلى حد ما | | | ليس بسرعة | لم أتعرف على الأعراض | لم تظهر عليه أعراض |  |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | لا تنطبق | ما مدى سرعة تعرفك على اصابته بالأعراض ؟ |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | لا تنطبق | ما مدى سرعة معرفتك أنها أعراض ناتجه عن قصور القلب؟ |

القسم ج:

جميع التاية هي سلوكيات يستخدمها الاشخاص المصابون بقصور القلب للسيطرة على الأعراض التي يصابون بها. عندما يصاب الشخص الذي تعتني به بأعراض معينه. ما مدى احتمالية أن توصي الشخص باستخدام أحد التالية؟ أو تقوم أنت بها لأن الشخص الذي تقوم برعايته غير قادر على القيام بها؟

(اختر رقم واحد لكل مما يأتي)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | غير محتمل | محتمل الى حد ما | | | محتمل كثيرا |
| الحد أكثر من الملح الذي يأكله في ذلك اليوم؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| تقليل تناول السوائل؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| أخذ الدواء | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| الاتصل بمقدم الرعاية الصحية للحصول على التوجيه؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| سؤال أحد أفراد العائلة أو صديق للحصول على نصيحة؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| محاولة معرفة سبب ظهور الأعراض عليه؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **اقترح عليه أن يحد من نشاطه حتى يشعر بالتحسن** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

فكر فيما فعلته في آخر مرة ظهرت فيها الأعراض على الشخص الذي تهتم به

(اختر أجابة واحدة)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| متأكد كثيرا | متأكد الى حد ما | | | لست متأكد | لم أفعل شيئا |  |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | **هل العلاج الذي استخدمته جعله يشعر بالتحسن؟** |