

SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX

Version 8.0

心臟衰竭自我照顧指標 8.0 版

All answers are confidential.

所有回答皆會保密

當您填寫此量表時，請回想您在上個月的感覺。

A 部分：

下列為心臟衰竭病人用於幫助自己的行為。請問您多頻繁或經常做下列事情？

| | 從不 | | 有時候 | | 經常 |
|-----------------------------------|----|---|-----|---|----|
| 1. 盡量避免生病（如：洗手、定期打疫苗）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 減少坐著的時間？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 健康飲食並避免高鹽食物？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 服用處方藥且不會漏服藥？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 平衡休息與活動？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 確保有足夠的睡眠？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 使用一套系統或方法來幫助您記得服藥？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 維持良好的心理健康（例如：正念音樂、瑜珈、尋求專業的幫助）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

B 部分：

下列為心臟衰竭病人經常監測的改變。請問您多頻繁或經常做下列事情？

| | 從不 | | 有時候 | | 經常 |
|------------------------------|----|---|-----|---|----|
| 9. 監測您體重或腳踝腫脹的變化？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 注意您所感受到的變化？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. 查看有無出現藥物的副作用？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 注意您在做正常活動時，是否比平時更容易累？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. 詢問您的健康照護人員您的狀況如何？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. 密切監測症狀？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. 追蹤您的心情及壓力程度？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. 檢查呼吸短促或疲憊伴隨像洗澡、穿衣服等活動而來？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

最近一次您有症狀時... (請圈選出 1 個數字)

| | 從來沒有症狀 | 我沒有辨認出症狀 | 沒有很快 | | 有點快 | | 非常快 |
|-------------------------|--------|----------|------|---|-----|---|-----|
| 17. 您多快辨識出您有症狀？ | 不適用 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. 您多快知道那個症狀是因心臟衰竭引起的？ | 不適用 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

C 部分：

下列為心臟衰竭病人用於控制他們的症狀的行為。當您有症狀時，您有多可能採取它們其中的一個行為？（請於各治療題項中圈選出 1 個數字）

| | 不可能 | | 有可能 | | 非常可能 |
|---|-----|---|-----|---|------|
| 19. 改變您那天吃的或喝的東西？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. 做些事情來緩解壓力或焦慮（如正念、聽音樂、禱告或尋求幫助） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. 吃藥？例如：多吃一顆利尿劑、硝化甘油錠（俗稱：耐絞寧、救心丸）、中藥或是成藥。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. 打電話給您的健康照護人員尋求幫助？包含盡早回門診，或是趕快前往急診。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. 詢問親友的建議？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. 限制您的活動量直到您感覺有較好些？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

回想最近一次您出現症狀時，您所採取的一個治療方法（請圈選出 1 個數字）

| | 我沒有做任何措施 | 不確定 | | 有點確定 | | 非常確定 |
|------------------------|----------|-----|---|------|---|------|
| 25. 您所使用的治療方法有讓您感到好些嗎？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

感謝您完成此量表！