**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 |
| 1. 減少坐著的時間？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 健康飲食並避免高鹽食物？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 服用處方藥且不會漏服藥？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 平衡休息與活動？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 確保有足夠的睡眠？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 使用一套系統或方法來幫助您記得服藥？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 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 |
| 1. 監測您體重或腳踝腫脹的變化？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 注意您所感受到的變化？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 查看有無出現藥物的副作用?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 注意您在做正常活動時，是否比平時更容易累？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 詢問您的健康照護人員您的狀況如何？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 密切監測症狀?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 追蹤您的心情及壓力程度？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 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** |
| 1. 您多快辨識出您有症狀？
 | 不適用 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 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** |
| 1. 改變您那天吃的或喝的東西？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 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 |
| 1. 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 |
| 1. 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 |
| 1. 詢問親友的建議?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 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** |
| 1. 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！