

شاخص خودمراقبتی نارسایی قلبی

نسخه ۸

هنگام تکمیل پرسشنامه زیر به این فکر کنید که طی ماه گذشته حالتان چگونه بوده است.

(همه پاسخ ها محرمانه می ماند).

بخش A:

فهرست زیر شامل رفتارهایی است که افراد دچار نارسایی قلبی برای کمک به خودشان انجام می دهند، مشخص نمایید که هر یک از رفتارهای زیر را هر چند وقت یک بار یا با چه نظمی انجام می دهید؟

هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	اغلب	همیشه	
۱	۲	۳	۴	۵	۱- سعی می کنید بیمار نشوید (به عنوان مثال دستان خود را می شوید، به موقع واکسیناسیون انجام می دهید)؟
۱	۲	۳	۴	۵	۲- زمان نشستن را کاهش می دهید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۳- غذای سالم می خورید و از خوردن غذاهای پر نمک پرهیز می کنید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۴- داروهای تجویز شده را بدون جا انداختن حتی یک نوبت مصرف می کنید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۵- بین استراحت و فعالیت تعادل برقرار می کنید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶- مطمئن هستید که به اندازه کافی می خوابید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۷- آیا برنامه یا روشی برای یادآوری زمان مصرف داروهای قلبی دارید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۸- سلامت روان مطلوب خود را حفظ می کنید (مثلاً با موسیقی، ذهن آگاهی، یوگا، کمک گرفتن از افراد متخصص)؟

بخش B:

در زیر به تغییراتی اشاره شده است که افراد دچار نارسایی قلبی معمولاً به آن‌ها توجه می‌کنند. مشخص نمایید که هر یک از اعمال زیر را هر چند وقت یکبار انجام می‌دهید؟

هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	اغلب	همیشه	
۱	۲	۳	۴	۵	۹- تغییرات وزن یا تورم مچ پایتان را تحت نظر قرار می‌دهید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۱۰- به تغییرات احساس خود توجه می‌کنید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۱۱- عوارض جانبی داروها را جستجو می‌کنید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۱۲- آیا به خستگی بیش از حد خود در هنگام انجام فعالیت‌های روزمره توجه می‌کنید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۱۳- وضعیت سلامتی خود را از مراقب سلامت سوال می‌کنید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۱۴- علائم بیماری خود را به دقت تحت نظر قرار می‌دهید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۱۵- خلق و خو و سطح استرس خود را پیگیری می‌کنید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۱۶- تنگی نفس یا خستگی همراه با فعالیت‌هایی مانند حمام کردن و لباس پوشیدن را بررسی می‌کنید؟

آخرین باری که علائم نارسایی قلبی داشتید...

(تنها دور یک شماره دایره بکشید)

خیلی سریع	سریع	تا حدی سریع	کند	به کندی	علامتی را تشخیص ندادم	علامتی نداشتم	
۵	۴	۳	۲	۱	۰	(N/A)	با چه سرعتی متوجه شدید که <u>علائم را</u> دارید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۰	(N/A)	با چه سرعتی <u>فهمیدید</u> که این علامت ناشی از نارسایی قلب است؟

بخش C:

فهرست زیر شامل رفتارهایی است که افراد دچار نارسایی قلبی برای کنترل علائم بیماری خود انجام می‌دهند. وقتی علائم نارسایی قلبی را تجربه می‌کنید، چقدر احتمال دارد که هر یک از کارهای زیر را انجام دهید؟

(برای هر روش درمانی، دور یک شماره دایره بکشید)

خیلی احتمال دارد	احتمال دارد	تا حدی احتمال دارد	احتمال ندارد	اصلاً احتمال ندارد	
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷- در خوردن یا نوشیدن خود در آن روز تغییری ایجاد می‌کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸- کاری برای تسکین استرس یا اضطراب انجام می‌دهید (مثلاً ذهن‌آگاهی، موسیقی، دعا، درخواست کمک کردن)؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹- دارو مصرف می‌کنید؟

۵	۴	۳	۲	۱	۲۰- برای راهنمایی با مراقب سلامت خود تماس می‌گیرید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱- از راهنمایی اعضای خانواده یا دوستان خود بهره می‌گیرید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲- فعالیت خود را تا زمانی که حالتان بهتر شود محدود می‌کنید؟

به درمانی که آخرین بار هنگام داشتن علائم استفاده کردید بیاندهشید...

(دور یک شماره دایره بکشید)

کاملاً مطمئنم	مطمئنم	تا حدی مطمئنم	کمی مطمئنم	مطمئن نیستم	هیچ کاری انجام ندادم	
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۳- آیا روش موردنظر حالتان را بهتر کرد؟

از شما برای تکمیل پرسشنامه فوق متشکریم.