**مددجوی گرامی با سلام. این پرسشنامه جهت بررسی وضعیت مراقبت از خود (خودمراقبتی) در بیماران دارای بیماری های مزمن انسدادی ریه (COPD) تدوین شده است. لطفاً با تکمیل دقیق آن ما را در اجرای این مطالعه یاری بفرمایید. متشکریم.**

**بخش اول: رفتارهای متداولی که افراد مبتلا به بیماری های مزمن ریوی برای حفظ سلامتی و رفاه خود انجام می دهند، در زیر ذکر شده است. لطفاً بیان کنید که رفتارهای زیر را چند وقت یک بار انجام می دهید:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عبارات** | | **هرگز** | **به ندرت** | **گاهی اوقات** | **اغلب** | **همیشه** |
| **1. از افرادی که مبتلا به آنفلوآنزا یا سرماخوردگی هستند دوری می کنم.** | |  |  |  |  |  |
| **2. از مکانی که فردی در آن در حال سیگار کشیدن است دور می شوم.** | |  |  |  |  |  |
| **3. از تماس با اسپری، رنگ و گرد و خاک اجتناب می کنم.** | |  |  |  |  |  |
| **4. سعی می کنم با سرفه یا نفس عمیق، ریه های خود را آزاد کنم.** | |  |  |  |  |  |
| **5. لحظاتی را در حین کارهای روزانه به استراحت می پردازم.** | |  |  |  |  |  |
| **6. برای تنظیم تنفس، از تنفس شکمی یا تنفس با لب های جمع شده استفاده می کنم.** | |  |  |  |  |  |
| **7. به طور منظم نوعی ورزش (پیاده روی، دوچرخه سواری، شنا و غیره) انجام می دهم.** | |  |  |  |  |  |
| **8. حداقل 3 بار در هفته به بازوهایم ورزش می دهم.** | |  |  |  |  |  |
| **9. حداقل هفته ای یک بار به فعالیت های اجتماعی با افراد دیگر می پردازم.** | |  |  |  |  |  |
| **10. هر ساله واکسن آنفلوآنزا دریافت می کنم.** | |  |  |  |  |  |
| **11. داروهایی را که پزشک معالج تجویز کرده است مصرف می کنم.** | **من نسخه پزشکی ندارم.** |  |  |  |  |  |
| **12. زمانی که در هوای سرد از خانه خارج می شوم، دهان و بینی خود را می پوشانم.** | |  |  |  |  |  |
| **13. برای چک آپ در مورد بیماری مزمن ریوی خود به طور منظم به پزشک معالج خود مراجعه می کنم.** | |  |  |  |  |  |

**بخش دوم: رفتارهای متداولی که افراد مبتلا به بیماری های مزمن ریوی می توانند برای نظارت بر بیماری خود انجام دهند، در زیر ذکر شده است. بگویید رفتارهای زیر را چند وقت یکبار انجام می دهید:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **چنین مشکلی ندارم** | **هرگز** | **به ندرت** | **گاهی اوقات** | **اغلب** | **همیشه** |
| **1. افزایش خلطم را بررسی می کنم.** |  |  |  |  |  |  |
| **2. رنگ خلط گلویم را چک می کنم .** |  |  |  |  |  |  |
| **3. مراقب افزایش سرفه هایم هستم.** |  |  |  |  |  |  |
| **4. مراقب افزایش تنگی نفسم یا صدای سوت هنگام تنفسم هستم.** |  |  |  |  |  |  |
| **5. بررسی می کنم که آیا نیمه شب با مشکل تنگی نفس از خواب برمی خیزم یا خیر.** |  |  |  |  |  |  |
| **6. چک می کنم که آیا به دلیل مشکلات تنفسی، به سختی به خواب می روم یا خیر.** |  |  |  |  |  |  |
| **7. بررسی می کنم که آیا در هنگام انجام کارها، بیش از حد معمول خسته می شوم یا خیر.** |  |  |  |  |  |  |
| **8. بعد از مصرف داروهای استنشاقی، تپش قلب، رعشه (ترمور)، بی خوابی، خشکی دهان و مشکل ادرار را بررسی می کنم.** |  |  |  |  |  |  |

**9. افراد مبتلا به بیماری های مزمن ریه می توانند به دلیل بیماری یا درمان هایی که برای بیماری خود دریافت می کنند، علائمی داشته باشند. آخرین باری که علائم داشتید، چقدر سریع آن را به عنوان علامت بیماری خود تشخیص دادید؟**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **علامتی نداشته ام** | **علامت را تشخیص ندادم** | **نه چندان سریع** |  | **تا حدودی سریع** |  | **بسیار سریع** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**بخش سوم: رفتارهای متداولی که افراد مبتلا به بیماری مزمن ریه برای مدیریت علائم خود انجام می دهند در زیر ذکر شده است. مشخص کنید که هنگام بروز علائم، احتمال انجام هر یک از رفتارهای زیر از طرف شما چقدر است:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **احتمال ندارد** |  | **تا حدودی احتمال دارد** |  | **به احتمال خیلی زیاد** |
| **1. اگر با داروهای تجویز شده برای بیماری ریه ام مشکل داشتم، با پزشک معالجم مشورت خواهم کرد.** | **دارو مصرف نمی کنم.** |  |  |  |  |  |
| **2. اگر مشکلی داشته باشم که چند روز ادامه داشته باشد، به پزشک معالجم مراجعه خواهم کرد.** | |  |  |  |  |  |
| **3. اگر احساس کنم که تنگی نفسم افزایش یافته است، با پزشک معالجم صحبت خواهم کرد.** | |  |  |  |  |  |
| **4. اگر سرفه ام شدیدتر شود، با پزشک معالجم صحبت خواهم کرد.** | **در مورد من صدق نمی کند** |  |  |  |  |  |
| **5. اگر رنگ خلط گلویم تغییر کند، با پزشک معالجم صحبت خواهم کرد.** | **در مورد من صدق نمی کند** |  |  |  |  |  |
| **6. اگر میزان خلط گلویم افزایش یابد، با پزشک معالجم صحبت خواهم کرد.** | **در مورد من صدق نمی کند** |  |  |  |  |  |
| **7. اگر به دلیل مصرف داروهای استنشاقی، دچار عوارض شوم (به عنوان مثال رعشه، بی خوابی، خشکی دهان، مشکل در ادرار)، با پزشک معالج خود صحبت خواهم کرد.** | **داروهای استنشاقی مصرف نمی کنم.** |  |  |  |  |  |
| **8. هنگامی که علائم بیماری­ام وخیم تر می شود، همانطور که پزشک معالج به من گفته، درمان تجویز شده را اصلاح می کنم (به عنوان مثال کورتیزون و یا آنتی بیوتیک مصرف کنم).** | **دارو مصرف نمی کنم.** |  |  |  |  |  |
| **9. هنگامی که دچار تنگی نفس می شوم، کارهای خانه را به صورت نشسته انجام می دهم.** | |  |  |  |  |  |
| **10. زمانی که دچار تنگی نفس می شوم، نشسته حمام می کنم.** | |  |  |  |  |  |

**مشخص کنید که تا چه اندازه، نسبت به توانایی خود در هنگام فعالیت های زیر اطمینان دارید:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **مطمئن نیستم** |  | **تا حدودی اطمینان دارم** |  | **کاملاً اطمینان دارم** |
| **1. پیشگیری از شروع علائم بیماری مزمن ریه.** |  |  |  |  |  |
| **2. پیروی از توصیه های پزشکی، حتی اگر دشوار باشد.** |  |  |  |  |  |
| **3. بررسی مرتب علائم خود، حتی اگر این کار همیشه آسان نباشد.** |  |  |  |  |  |
| **4. مصرف درست دارو ها با توجه به دستورالعمل های داده شده، حتی اگر دشوار باشد.** |  |  |  |  |  |
| **5. تشخیص علائم تشدید بیماری مزمن ریه هنگامی که ظاهر می شوند.** |  |  |  |  |  |
| **6. انجام اقدامی برای تسکین علائمم، حتی اگر دشوار باشد.** |  |  |  |  |  |
| **7. بررسی اینکه آیا اقدامات انجام گرفته برای تسکین علائمم، موثر بوده است یا خیر.** |  |  |  |  |  |