**استبيان العناية الذاتية في حالات الأمراض المزمنة**

**جميع الأجوبة سرّية**

**فكّر كيف كنت تشعر الشهر الماضي عندما تجيب عن الأسئلة**

**القسم الأول**

**فيما يلي سلوكيات المساعدة الذاتية الشائعة التي قد يقوم بها المصابون بأمراض مزمنة. كم مرة عادة أو بشكل روتيني تقوم بالآتي؟**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | أبدا |  | أحيانا |  | دائما |
| ١- تحرص على أن تنال قسطاّ كافياّ من النوم؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢- تحاول تجنّب الإصابة بالأمراض (مثل تلقي لقاح الأنفلونزا، أو أن تغسل يديك)؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٣- تمارس نشاطاّ بدنياّ (مثل المشي السريع، استعمال السلالم)؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٤- تتّبع نظاما غذائيا خاصا؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٥- تزور طبيبك للحصول على الرعاية الصحيّة الدورية؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٦- تتناول الأدوية الموصوفة طبياّ دون أن تفوّت جرعة؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٧- تفعل شيئا لتخفيف الضغط العصبي (على سبيل المثال تناول أدوية، اليوغا، الموسيقى)؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٨- هل تتجنب دخان التبغ (السجاير، الأرغيلة)؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

**القسم الثاني**

**فيما يلي الأشياء الشائعة التي يتابعها الأشخاص ذوي الأمراض المزمنة. كم مرة تفعل ما يلي؟**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | أبدا |  | أحيانا |  | دائما |
| ٩- تراقب حالتك الصحية؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٠- تلحظ وتراقب الآثار الجانبية للأدوية؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١١- تبدي اهتماماّ بالتغيّرات التي تشعر بها؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٢- تراقب ما إذا كنت تتعب أكثر من المعتاد عند القيام بأنشطة عادية؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٣- تراقب الأعراض المرضية؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

١٤- يعاني العديد من المرضى من أعراض بسبب مرضهم أو بسبب ما يتلقونه من علاج أوأدوية يأخذوها لمرضهم. آخر مرة ظهرت عليك أعراض...

(ضع دائرة حول رقم واحد فقط)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | لم تظهر علي أعراض | لم اتعرّف على الأعراض | ليس بسرعة |  | إلى حد ما بسرعة |  | سريعا جدا |
| ما مدى سرعة تعرُّفِك عليها بأنها أعراض لمرضك؟ | لا يوجد | ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

**القسم الثالث**

**فيما يلي سلوكيات يتّبِعها المصابون بأمراض مزمنة للتحكم بأعراضهم. أي مما يلي سوف تتّبِع إذا شعرت بأحد الأعراض؟**

(ضع دائرة حول رقم واحد فقط لكل سلوك)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | غير محتمل |  | إلى حد ما محتمل |  | محتمل جدا |
| ١٥- تُغيّر ما تأكله أو تشربه لتقليل العارض أو التخلص منه | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٦- تُغيّر مستوى نشاطك (على سبيل المثال، الإبطاء في النشاط، الراحة)؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٧- تتناول دواء لتقليل الأعراض أو التخلص منها؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٨- تُخبِر طبيبك عن الأعراض في الزيارة العيادية القادمة؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ١٩- تتصل بطبيبك للحصول على إرشادات\توجيهات؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

**فكر في دواء أو علاج استخدمته في أخر مرة شعرت بأعراض**...

(ضع دائرة حول رقم واحد فقط)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | لم أستخدم أي شيء | غير متأكد |  | متأكد إلى حد ما |  | متأكد جدا |
| ٢٠- هل جعلك الدواء أو العلاج تشعر بتحسّن؟ | ٠ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

**القسم الرابع: مقياس الثقة في العناية الذاتية**

**بشكل عام ما مدى ثقتك في قدرتك على القيام بما يلي:**

**(ضع دائرة حول رقم واحد لكل عبارة)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | غير واثق |  | واثق نوعًا ما |  | واثق جدًا |
| ٢١- الحفاظ على استقرار حالتك وخُلُوّك من الأعراض؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢٢- اتّباع خطة العلاج التي أُعطِيت لك؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢٣- الإصرار على إتباع الخطة العلاجية حتى إذا كانت صعبة؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢٤- مراقبة حالتك بشكل روتيني؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢٥- الإصرار في مراقبة حالتك بشكل روتيني حتى إذا كان ذلك صعباً ؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢٦- التعرُّف على التغيُّرات التي تطرأ على صحتك في حال حدوثها؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢٧- تقييم أهمية أعراض مرضك؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢٨- القيام بشي لتخفيف الأعراض الخاصة بمرضك؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢٩- تداوم على أن تجد علاجاّ لأعراضك رغم صعوبة ذلك | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٣- تقييم مدى نجاح العلاج؟ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

شكرا لإتمامك هذا الاستبيان!