**慢性阻塞性肺疾病自我照护量表**

**第一部分：**

下面列出的是慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺）患者为了保持健康和舒适状态所做的一些常见行为。请说明您多少时候会做下列行为，“1”代表“从不”，“2”代表“偶尔”，“3”代表“有时”，“4”代表“经常”，“5”代表“总是”。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 从不 | 偶尔 | 有时 | 经常 | 总是 |
| 1 | 远离感冒或流感患者 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 远离有人吸烟的房间/地方 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 避免接触喷雾剂（如杀虫剂、清洁剂等）、油漆、溶剂（如汽油等）和灰尘 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 必要时通过深呼吸或有效咳嗽保持气道通畅 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 在日常活动中（如沐浴、穿衣、就餐、购物等）需要暂停下来休息 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 使用腹式呼吸或缩唇呼吸来调节呼吸 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 定期做一些运动(如散步、骑车、游泳等) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | 每周至少进行3次上肢锻炼 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | 每周至少进行1次社交活动（如参加朋友聚会） | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | 每年接种流感疫苗 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | 遵医嘱用药 | 我没有服用处方药 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | 当在空气寒冷的户外活动时，我会保护嘴或鼻子 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | 定期到医务人员处检查慢阻肺 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**第二部分：**

下面列出的是慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺）患者为了监测病情所采取的行为。请指出您有多少时候会做下列行为“1”代表“从不”，“2”代表“偶尔”，“3”代表“有时”，“4”代表“经常”，“5”代表“总是”。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 我没有这些问题 | 从不 | 偶尔 | 有时 | 经常 | 总是 |
| 1 | 监测痰液量的增加 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 监测痰液颜色的变化 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 监测咳嗽的增加 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 监测呼吸困难或喘鸣音的增加 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 监测晚上是否因为呼吸困难而觉醒 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 检查是否因为呼吸困难而难以入睡 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 监测做事的时候是否比平常感觉更容易疲劳 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | 检查吸入药物后是否有心悸、震颤、失眠、口干和排尿困难 | 我不使用吸入药物 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

NA：对我不适用/我没有这些表现

9. 慢阻肺患者因为疾病本身或疾病治疗而出现相应的症状。你上一次出现相应症状时，你多快意识到此症状是由疾病引起的？

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 我没有相应的症状 | 我没有意识到这些症状 | 没有那么快 |  | 有点快 |  | 非常快 |
| NA\* | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

NA：对我不适用/我没有这些表现

\*如果您从未有过任何症状，请不要填写第三部分内容。

**第三部分：**

下面列出的是慢阻肺患者管理症状时所采取的行为。请选择当你有疾病症状时，你有多大可能采取下列措施来减轻症状？“1”代表“不可能”，“3”代表“有可能”，“5”代表“极有可能”，从“1”到“5”可能性逐渐增强。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 不可能 |  | 有可能 |  | 极有可能 |
| 1 | 告诉医务人员我对慢阻肺疾病的处方有疑问 | 我不使用药物 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 当有任何健康问题持续几天以上，我会寻求医务人员帮助 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 告诉医务人员感觉呼吸困难增加 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 告诉医务人员咳嗽增加 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 告诉医务人员痰液颜色改变 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 告诉医务人员痰量增加 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 告诉医务人员吸入药物后出现的副作用(如震颤、失眠、口干，排尿困难) | 我不使用吸入剂 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | 当我的疾病症状恶化，我就按照医务人员告诉我的方法修改治疗方案(例如服用激素和/或抗生素) | 我不使用药物 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | 当我感觉呼吸困难的时候，我就坐下做家务（如做饭、打扫、照顾家属） | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | 当我感觉呼吸困难的时候，我就坐在椅子上或其他支撑物上沐浴或使用浴缸 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

NA：对我不适用/我没有这些表现

**自我照护自我效能量表**

请说明你对执行下列活动的能力有多大的信心。“1”代表“没有自信”，“3”代表“有点自信”，“5”代表“非常自信”，从“1”到“5”信心逐渐增强。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 没有自信 |  | 有点自信 |  | 非常自信 |
| 1 | 预防慢阻肺的症状发作 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 即使有困难也要遵循治疗方案 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 会继续关注自己的症状，即使并不总是很容易 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 即使有困难，也严格按照医生的处方服药 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 意识到慢阻肺加重的相关症状 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 即使有困难，也会采取措施缓解症状 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 评估缓解症状执行的行为的有效性 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |