

자가간호 자기효능감 도구

귀하는 전반적으로 다음 각 사항을 수행할 자신감이 어느 정도로 있으십니까? (각 문항마다 **하나의 번호**에 동그라미 하세요)

	자신없음		어느정도 자신있음		매우 자신있음
1. 안정적이고 <u>증상 없는 상태로 유지할 수 있습니까?</u>	1	2	3	4	5
2. 주어진 <u>치료계획을 따를 수 있습니까?</u>	1	2	3	4	5
3. 힘들 때 조차도 <u>치료계획을 지속적으로 따를 수 있습니까?</u>	1	2	3	4	5
4. <u>몸 상태를 주기적으로 점검할 수 있습니까?</u>	1	2	3	4	5
5. 힘들 때 조차도 <u>몸 상태를 주기적으로 점검하는 것을 지속할 수 있습니까?</u>	1	2	3	4	5
6. 건강에 <u>변화가 생기면 이를 알아차릴 수 있습니까?</u>	1	2	3	4	5
7. <u>증상의 중요도를 판단할 수 있습니까?</u>	1	2	3	4	5
8. 증상을 경감하기 위한 <u>행동을 할 수 있습니까?</u>	1	2	3	4	5
9. 어려울 때 조차도 <u>증상의 치료 방안을 계속 찾아볼 수 있습니까?</u>	1	2	3	4	5
10. 위에 사용한 자가치료법이 효과가 있는지 <u>판단할 수 있습니까?</u>	1	2	3	4	5

설문에 응해 주셔서 감사합니다.