**만성질환자에서의 자가관리 v.3a**

◆ 귀하가 지난 한 달 동안 어떻게 느꼈는지 생각해보시고 이 설문지 작성을 완료해주십시오.

**가. 아래 항목들은 만성질환을 가진 사람들이 하는 일반적인 자조 행동입니다.**

**귀하는 얼마나 자주 혹은 정기적으로 다음의 행동을 하십니까?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 전혀안함 |  | 때때로 함 |  | 항상 함 |
| 1. | 충분한 수면을 취하려고 노력합니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | 아프지 않도록 노력하는 편입니까? (예, 독감 예방 주사, 손 씻기)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | 신체 활동을 합니까? (예., 빠르게 걷기, 계단 이용)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | 질환에 맞는 식이요법을 하십니까? (질환이 맞는 식이요법이 없을 경우, 일반적인 건강식이를 하십니까? 로 질문)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | 정기적인 건강 관리를 위해 의료진을 만납니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | 처방 받은 약은 빠뜨리지 않고 먹습니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | 스트레스를 줄이기 위한 활동을합니까? (예., 약물, 요가, 음악)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | 담배를 멀리하거나 금연을 합니까?(금연자인 경우 5번에 체크) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

나. 아래 항목들은 만성질환을 가진 사람들이 자신의 건강을 점검하는 일반적인 행동입니다.

귀하는 얼마나 자주 다음의 행동을 하십니까?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 전혀안함 |  | 때때로 함 |  | 항상 함 |
| 9. | 귀하의 건강상태를 관찰합니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | 약물의 부작용을 관찰합니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | 귀하의 건강상태에 변화가 있는지 주의를 기울입니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | 평소 일상적인 활동을 할 때보다 더욱 피곤한지 관찰합니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | 증상을 관찰합니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

14. 많은 환자들이 자신의 질환이나 질환치료로 인한 증상을 경험합니다. 최근 귀하가 증상을 경험했을 때…

(**하나**의 숫자에 동그라미 해주세요)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 증상이 없었음 | 증상을 인식하지 못하였음 | 증상을빨리 인식하지 못함  |  | 증상을 다소 빨리 인식함  |  | 증상을 매우 빨리 인식함 |
| 그 증상이 귀하의 질환과 관련된 증상이라는 것을 얼마나 빨리 인식하였습니까? | 해당없음 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**다.** 아래 항목들은 만성질환을 가진 사람들이 자신의 증상을 조절하기 위해 취하는 행동입니다.

귀하가 증상이 있을 때, 아래의 행위 중 어떤 행동을 취할 가능성이 얼마나 있습니까?

 (각 행동 마다 **하나**의 숫자에 동그라미 해주세요)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 가능성 없음 |  | 다소 가능성 있음 |  | 매우 가능성 있음 |
| 15. | 증상을 줄이거나 없애기 위해, 귀하가 먹거나 마시는 것을 바꿀 가능성이 있습니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | 신체활동 정도를 바꿀 가능성이 있습니까? (예, 활동의 속도 줄이기, 휴식) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | 증상을 줄이거나 없애기 위해, 약을 먹을 가능성이 있습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | 외래진료 방문시, 의료진에게 증상에 대해 알려줄 가능성이 있습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | 의료진에게 전화를 걸어 도움을 청할 가능성이 있습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**최근에 증상이 있었을 때, 귀하가 받았던 치료에 대해 생각해보십시오…**

 (**하나**의 숫자에 동그라미 해주세요)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 치료를 하지 않음 | 잘 모르겠음 |  | 다소 나아졌음 |  | 매우 호전됨 |
| 20. 받았던 치료로 귀하의 건강상태가 나아졌습니까?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**라. 자가관리 자신감 도구**

전반적으로, 귀하는 아래의 항목에 대해 본인이 할 수 있다는 자신감이 얼마나 있습니까?

(각 질문마다 **하나**의 숫자에 동그라미 해주세요)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 자신 없음 |  | 다소 자신 있음 |  | 매우 자신 있음 |
| 21. | 건강이 안정적이고, 증상이 없는 상태로 유지할 수 있습니까 ?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | 정해진 치료 계획을 잘 따를 수 있습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | 어려울 때에도 치료계획 따르기를 지속할 수 있습니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | 귀하의 건강상태를 주기적으로 관찰할 수 있습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | 어려울 때에도, 귀하의 건강 상태를 주기적으로 관찰하는 것을 지속할 수 있습니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. | 건강의 변화가 발생할 경우, 그 변화를 인식할 수 있습니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. | 증상의 중요성을 평가할 수 있습니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. | 증상을 완화를 위해 뭔가를 할 수 있습니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. | 어려울 때 라도 귀하의 증상을 위한 치료법 찾기를 지속할 수 있습니까?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. | 치료법이 얼마나 효능이 있는지 평가할 수 있습니까? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

설문에 참여해주셔서 감사합니다.