**แบบสอบ****ถาม**

**การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย**

***(คำตอบของท่านเป็นความลับ)***

**Self-care of Chronic Illness Inventory (SC-CII), Thai version 4c**

ขอให้นึกถึงสิ่งต่างๆ ที่ท่านทำเพื่อดูแลสุขภาพ และรักษาความเจ็บป่วยของตนเอง **ในช่วงเวลาหนึ่งเดือน ที่ผ่านมา** หรือจนถึงขณะที่เรากำลังถามข้อคำถามกันอยู่นี้

**ส่วนที่ 1**

ข้อต่อไปนี้เป็นการดูแลตนเอง ที่คนป่วยโรคเรื้อรัง **ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ** เราอยากทราบว่า ในช่วงเวลาหนึ่งเดือนนี้ ท่านปฏิบัติสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นประจำหรือทำบ่อยแค่ไหน

|  |  | (ขอให้ท่านทำวงกลม เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **ไม่ได้ทำ** | **ทำ** | **ทำ** | **ทำ** | **ทำ** |
|  |  | **เลย** | **นานๆ ครั้ง** | **บ้าง** | **บ่อย** | **ประจำ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | ท่านได้นอนหลับอย่างเพียงพอจริงๆ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | ท่านคอยระมัดระวังตนเองไม่ให้เจ็บไข้ ไม่สบาย (เช่น ฉีดวัคซีน ล้างมือ ผูกมาสก์ปิดปากปิดจมูก อยู่ให้ห่างๆจากคนป่วย เว้นระยะห่างจากผู้อื่น) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | ท่านออกแรงทำโน่นทำนี่อยู่เสมอ หรือออกกำลังกาย (เช่น เดินเร็วๆ เดินขึ้นบันได ทำงานบ้าน ทำงานใช้แรง ทำสวน ฝึกกายภาพบำบัด) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | ท่านกินอาหารสุขภาพ กินอาหารที่เหมาะสมกับโรค หรือหลีกเลี่ยงอาหารแสลงโรคที่เป็น (เช่น กินผักและผลไม้หลากหลาย กินของไม่เค็ม หลีกเลี่ยงของมัน หลีกเลี่ยงของหวานมาก) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | ท่านไปตรวจติดตามรักษาโรคเป็นประจำ และตรงตามวันนัด | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | ท่านได้ใช้ยาทุกชนิดครบถ้วนตามแผน การรักษา ตรงตามเวลา ไม่เคยขาดยา (ไม่ว่าจะเป็นยากิน ยาฉีด ยาสูดพ่น ยาใช้ภายนอก) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | ท่านทำจิตใจให้สบาย ไม่ทำให้ตัวเองเครียด หรือคิดมากเกิน (เช่น ฝึกสมาธิ ทำโยคะ ฟังเพลง ทำกิจกรรมที่สนุกเพลิดเพลิน ทำบุญ สวดบูชา ร่วมพิธีทางศาสนา ปรึกษาคนอื่น ทำใจให้ยอมรับ) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 2**

คนป่วยโรคเรื้อรัง **ควรสังเกตติดตามอาการผิดปกติ** หรือสังเกตความเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และความรู้สึกนึกคิด

ดังนั้น เราอยากทราบว่า ท่านทำสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้มากน้อยแค่ไหน ในการเฝ้าระวังสังเกตอาการ

|  |  | (ขอให้ท่านทำวงกลม เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **ไม่ได้ทำ** | **ทำ** | **ทำ** | **ทำ** | **ทำ** |
|  |  | **เลย** | **นานๆ ครั้ง** | **บ้าง** | **บ่อย** | **ประจำ** |
| 8. | ท่านคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และความรู้สึก นึกคิดของตนเอง ว่าผิดปกติไปจากเดิมหรือไม่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | ท่านคอยระวังอาการข้างเคียงจากยาทุกชนิดที่ใช้ (ไม่ว่าจะเป็นยากิน ยาฉีด หรือยาสูดพ่น) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | ท่านเอาใจใสไม่เพิกเฉย เมื่อรู้สึกว่า มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น หรือสภาพร่างกาย อารมณ์จิตใจ หรือความรู้สึก นึกคิดแย่ลง | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | ท่านคอยสังเกตตัวเอง ว่ามีอาการเหนื่อยง่ายกว่าเดิมหรือไม่ เมื่อออกแรงทำโน่นทำนี่ตามปกติ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | ท่านเอาใจใส่ คอยสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**การจำแนกอาการ**

คนป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก มีอาการหลายอย่างเกิดขึ้นเนื่องจากควบคุมโรคไม่ได้ (เช่น ปวด เหนื่อยหอบ ใจสั่น แน่นหน้าอก วิงเวียน ไอ บวมน้ำ) หรืออาการแย่ลง (เช่น อาการกำเริบรุนแรงขึ้น ค่าความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าเดิม ค่าน้ำตาลในเลือดต่ำ ค่าน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเดิม) รวมถึงอาจจะมีอาการอื่นๆ ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา หรืออาการแทรกซ้อนจากการรักษา

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 13. | เราอยากทราบว่า ครั้งล่าสุดที่ท่านมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นนั้น ท่านใช้เวลาเร็วแค่ไหน  กว่าจะ **นึกรู้ขึ้นได้** ว่า เป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ | | |
|  |  | [ ] **ฉันไม่เคยมีอาการ** (หากเลือกข้อนี้ ขอให้ท่านไปตอบคำถามส่วนที่ 3 ต่อไป) | |
|  |  | [ ] ฉันเคยมีอาการ **แต่ไม่ได้นึกรู้** ว่าเป็นอาการที่เกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ | |
|  |  | [ ] ฉันเคยมีอาการ และ **นึกรู้ขึ้นได้** ว่าเป็นอาการที่เกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ | |
|  |  | ท่านรู้ได้เร็วแค่ไหน (ขอให้ทำวงกลมเลือกคำตอบ) | |
|  |  |  | [ ] 1. ช้ามาก |
|  |  |  | [ ] 2. ค่อนข้างช้า |
|  |  |  | [ ] 3. ค่อนข้างเร็ว |
|  |  |  | [ ] 4. เร็วมาก |
|  |  |  | [ ] 5. เร็วทันที |

**ส่วนที่ 3**

ข้อต่อไปนี้ เป็นสิ่งที่คนป่วยโรคเรื้อรัง **ควรกระทำเพื่อบรรเทาอาการ** เราอยากทราบว่า เมื่อท่านมีอาการไม่สุขสบาย อาการแย่ลง หรือกำเริบ **ท่านพยายามใช้วิธีการต่างๆ ต่อไปนี้ มากน้อยแค่ไหน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | (ขอให้ท่านทำวงกลม เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) | | | | | | | | | |
|  |  | | **ไม่ได้ใช้เลย** | | **ใช้ นานๆครั้ง** | | **ใช้บางครั้ง** | | **ใช้บ่อยครั้ง** | | **ใช้ประจำ** | |
| 14. | ท่านปรับเปลี่ยนอาหารการกิน น้ำหรือเครื่องดื่ม ที่ช่วยทำให้อาการบรรเทาลง หรือให้หายจากอาการนั้น (เช่น ลดของเค็ม จำกัดปริมาณน้ำและเครื่องดื่ม เปลี่ยนของกิน ลดของหวาน) | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 15. | ท่านปรับเปลี่ยนการออกแรงทำกิจกรรมให้เหมาะสม (เช่น ค่อยๆ ทำอย่างช้าๆ หยุดพักเป็นช่วงๆ) | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 16. | ท่านใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการ หรือให้หายจากอาการนั้น | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 17. | ท่านแจ้งให้ผู้รักษา (หมอหรือพยาบาล) ได้ทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เมื่อไปตรวจรักษาตามวันนัดครั้งถัดไป | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 18. | ท่านติดต่อขอคำแนะนำจากผู้รักษา (หมอหรือพยาบาล) หรือโรงพยาบาล หรือคลินิกที่รักษาท่าน | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|  | | (ขอให้ท่านทำวงกลม เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) | | | | | | | | | |
| 19. | **ขอให้นึกถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ท่านใช้ในการบรรเทาอาการ เมื่อครั้งล่าสุด**  เราอยากรู้ว่า วิธีการรักษาที่ใช้อยู่นั้น ช่วยทำให้อาการของท่านดีขึ้นมากน้อยแค่ไหน | **ฉันไม่ทำ** | | **ไม่ดีขึ้น** | | **ดีขึ้น** | | **ดีขึ้น** | | **ดีขึ้น** | **ดีขึ้น** |
|  | **อะไรเลย** | | **เลย** | | **เล็กน้อย** | | **พอควร** | | **มาก** | **แน่นอน** |
|  |  | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 4 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง**

โดยรวมๆ แล้ว ท่านมีความมั่นใจมากน้อยแค่ไหน เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ต่อไปนี้

|  |  | (ขอให้ท่านทำวงกลม เลือกคำตอบเพียงหนึ่งข้อ) | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **ไม่มั่นใจเลย** | **ไม่ค่อย มั่นใจ** | **ค่อนข้างมั่นใจ** | **มั่นใจมาก** | **มั่นใจที่สุด** |
| 20. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถ **รักษาสภาพร่างกายจิตใจของตนเองไม่ให้ แย่ลง** และไม่ทำให้เกิดอาการกำเริบ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถ **ปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำ**การรักษาพยาบาลที่ได้รับ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถ **ปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด**ตามแผนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ไม่ว่าจะยุ่งยากเพียงใดก็ตาม | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถ **เฝ้าสังเกตติดตามสภาพร่างกาย และอารมณ์จิตใจ**ของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถ **ปฏิบัติได้อย่างเคร่งครัด** ในการตรวจสอบสภาพร่างกาย และอารมณ์จิตใจของตนเอง ไม่ว่าจะยุ่งยากเพียงใดก็ตาม | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถ**ตรวจจับความผิดปกติที่เกิดขึ้น** เมื่อสุขภาพเปลี่ยนแปลงแย่ลงจากเดิม | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองจะสามารถ**ประเมินได้ถึงความเร่งด่วน** ของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ในความสามารถของตนเองที่จะ **ทำบางสิ่งบางอย่าง** เพื่อให้อาการบรรเทาลงได้ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าจะ **ยังคงสามารถ** หาวิธีการต่างๆ มาใช้บรรเทาอาการ ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะยุ่งยากเพียงใดก็ตาม | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. | ท่านมั่นใจแค่ไหน **ในการประเมินผล** ว่าวิธีการดูแลรักษาที่ทำอยู่นี้ได้ผลดีหรือ ไม่ดีเพียงใด | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ขอขอบคุณที่ท่านตอบแบบสอบถามนี