**مقياس الرعاية الذاتية**

*جميع الإجابات سرية*

فكر في ما كنت تشعر به في الشهر الماضي أثناء تعبئة هذا الاستبيان.

**القسم أ:**

المدرجة أدناه هي سلوكيات رعاية ذاتية شائعة قد يفعلها الناس. إلى أي مدى أو بشكل دوري تقوم بما يلي؟

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (ضع دائرة حول أحد الأرقام لكل عبارة) | | | | |
|  | **أبداً** |  | **بعض الأحيان** |  | **دائماً** |
| 1. التأكد من الحصول على قسط كاف من النوم؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. محاولة تجنب الإصابة بالمرض (مثلا أخذ لقاح الأنفلونزا، غسل يديك)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ممارسة نشاط بدني (على سبيل المثال، المشي السربع، استخدم الدرج)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. تناول نظام غذائي متوازن ومتنوع؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. مراجعة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك للحصول على الرعاية الصحية الدورية (مثل اجراء الفحوصات الدورية ، زيارة طبيب الأسنان، زيارة طبيب الأمراض النسائية)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. عند وجود/اذا وجدت وصفة أدوية، أتناول الأدوية الموصوفة دون فقدان أي جرعة؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. فعل شيء لتخفيف التوتر (مثل التأمل واليوجا والموسيقى)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. هل تتجنب تدخين التبغ (كلا من التدخين النشط والتدخين السلبي)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**القسم ب:**

المدرجة أدناه هي أشياء شائعة يراقبها الناس. إلى أي مدى أو بشكل دوري تقوم بما يلي؟

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (ضع دائرة حول أحد الأرقام لكل عبارة) | | | | |
|  | **أبداً** |  | **بعض الأحيان** |  | **دائماً** |
| 9. مراقبة حالتك الصحية؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. عند وجود/اذا وجدت وصفة أدوية، تراقب الآثار الجانبية للدواء؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. الانتباه لأي تغيرات في شعورك؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. مراقبة ما إذا كنت تتعب أكثر من المعتاد أثناء القيام بأنشطة اعتيادية؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. مراقبة الأعراض المرضية؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

14. فكر في آخر مرة عانيت فيها من عرض مرضي. يمكن أن يكون هذا من أعراض أي شيء - زكام، أو نوم سيء أثناء الليل، أو مرض. يمكن أن يكون أيضًا استجابة لأخذ دواء.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ضع دائرة حول أحد الأرقام) | | | | | | |
|  | **لم أتعرف على الأعراض** | **ليس بسرعة** |  | **إلى حد ما بسرعة** |  | **بسرعة فائقة** |
| ما مدى سرعة التعرف عليه كعرض من أعراض مرض أو مشكلة صحية أو آثار جانبية للدواء؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**القسم ج:**

المدرجة أدناه هي سلوكيات يستخدمها الناس للسيطرة على أعراضهم المرضية. **عندما تكون لديك أعراض ، ما مدى احتمالية استخدامك لأحدى هذه السلوكيات ؟**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (ضع دائرة حول أحد الأرقام لكل سلوك) | | | | |
|  | **غير محتمل** |  | **من المرجح إلى حد ما** |  | **من المرجح جدا** |
| 15. تغيير ما تأكله أو تشربه لتقليل الأعراض أو زوالها؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. تغيير مستوى نشاطك (على سبيل المثال، التمهل، الاسترخاء)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. تناول دواء لتقليل الأعراض المرضية أو زوالها؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. ابلاغ مقدم الرعاية الصحية الخاص بك عن الأعراض خلال زيارتك التالية للعيادة ؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. الاتصال بمقدم الرعاية الصحية الخاص بك للحصول على إرشادات؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**فكر في الأشياء التي فعلتها في آخر مرة عانيت فيها من أعراض ...**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ضع دائرة حول أحد الأرقام) | | | | | | |
|  | **لم افعل اي شيء** | **لست متأكدا** |  | **إلى حد ما متأكد** |  | **متأكد جدا** |
| 20. هل الأشياء التي فعلتها تجعلك تشعر بتحسن؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

شكرا لك لاتمامك هذا الاستبيان!

