**แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง**

**(Thai SC-CII v.4b)**

*คำตอบทั้งหมดของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ*

ในการทำแบบสอบถาม ทบทวนอาการที่คุณรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**ส่วนที่ 1: พฤติกรรมการดูแลตนเอง**

พฤติกรรมดังต่อไปนี้เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอาจจะปฏิบัติ ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใด?

(วงกลมเพียง **หนึ่ง** หมายเลขในแต่ละพฤติกรรม)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ไม่เคย** | **นานๆครั้ง** | **บางครั้ง** | **บ่อยครั้ง** | **เป็นประจำ** |
| 1. นอนหลับพักผ่อนเพียงพอหรือไม่?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ การล้างมือ)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย หรือ ออกกำลังกาย (เช่น เดินเร็ว เดินขึ้นลงโดยใช้บันได)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. รับประทานอาหารเฉพาะโรคและหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. นัดหมายและไปพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. รับประทานยาตามแผนการรักษาโดยไม่ลืม/ไม่ขาด?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ปฏิบัติกิจกรรมคลายเครียด (เช่น ทำสมาธิ เล่นโยคะ ฟังเพลง)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 2: พฤติกรรมการติดตามอาการตนเอง**

ข้อคำถามดังต่อไปนี้เป็นกิจกรรมของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังใช้ติดตามอาการ ท่านปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้บ่อยเพียงใด?

(วงกลมเพียง **หนึ่ง** หมายเลขในแต่ละพฤติกรรม)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ไม่เคย** | **นานๆครั้ง** | **บางครั้ง** | **บ่อยครั้ง** | **เป็นประจำ** |
| 1. ติดตามภาวะสุขภาพ?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ติดตาม/เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ใส่ใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกของท่าน?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. สังเกตว่าท่านเหนื่อยมากขึ้นหรือไม่ เมื่อทำกิจกรรมตามปกติ?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ติดตามสังเกตอาการ?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1. ผู้ป่วยหลายรายมีอาการเนื่องจากโรคเรื้อรัง หรือ การรักษาที่ได้รับ ครั้งสุดท้ายที่ท่านมีอาการ ท่านรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของท่านได้เร็วเพียงใด?
* ฉัน**ไม่เคย**มีอาการเลย (หากเลือกข้อนี้ ให้ข้ามไปส่วนที่ 3)
* ฉันเคยมีอาการแต่**ไม่ทราบ**ว่าเป็นอาการที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของฉัน
* ฉันเคยมีอาการและ**ทราบว่า**มันคืออาการที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของฉัน (โปรดเลือก 1 ข้อ)
	+ **ไม่รวดเร็ว**
	+ เร็วเล็กน้อย
	+ เร็วบางครั้ง
	+ เร็วปานกลาง
	+ รวดเร็วมาก

**ส่วนที่ 3: พฤติกรรมการจัดการอาการตนเอง**

พฤติกรรมดังต่อไปนี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้ในการควบคุมอาการ **เมื่อท่านมีอาการ ท่านมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการต่อไปนี้อย่างไร?**

(วงกลมเพียง **หนึ่ง** หมายเลขในแต่ละพฤติกรรม)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ไม่ใช้เลย** | **ใช้บางครั้ง** | **ใช้ปานกลาง** | **ใช้ค่อนข้างมาก** | **ใช้เป็นประจำ** |
| 1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาการ หรือ ดื่ม เพื่อลดอาการ หรือ จัดการอาการให้หมดไป?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ปรับเปลี่ยนระดับกิจกรรม (เช่น ทำกิจกรรมช้าลง พักผ่อน)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. รับประทานยาเพื่อลดอาการ หรือ จัดการอาการให้หมดไป?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. บอกอาการกับบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลท่านในการไปตรวจครั้งถัดไป?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. โทรศัพท์ติดต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อขอคำแนะนำ?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(วงกลมเพียง **หนึ่ง** หมายเลข)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ไม่ได้ทำอะไร** | **ไม่แน่ใจ** | **แน่ใจเล็กน้อย** | **แน่ใจปานกลาง** | **แน่ใจ** | **แน่ใจที่สุด** |
| 1. **คิดถึงการจัดการที่ท่านใช้ครั้งล่าสุด เมื่อท่านมีอาการ** การจัดการที่ท่านใช้ ทำให้อาการของท่านดีขึ้น?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 4: คะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง**

โดยทั่วไป ท่านมั่นใจในตนเองเพียงใดที่จะสามารถทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ได้?

(วงกลมเพียง **หนึ่ง** หมายเลขในแต่ละข้อความ)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ไม่มั่นใจ** |  | **มั่นใจบางครั้ง** |  | **มั่นใจมากที่สุด** |
| 1. รักษาสุขภาพของท่านให้คงที่และไม่มีอาการใดๆ?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ท่านได้รับ?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ยืนยันที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา แม้ว่าจะมีความยากลำบาก?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. เฝ้าสังเกตอาการของท่านอย่างสม่ำเสมอทุกวัน?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ยืนยันที่จะเฝ้าสังเกตอาการของท่านอย่างสม่ำเสมอแม้จะมีความ ยากลำบาก?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. สามารถรับรู้อาการเปลี่ยนแปลงของท่านเมื่อมีบางสิ่งผิดปรกติ?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ประเมินความสำคัญของอาการท่าน?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. จัดการบางอย่างกับอาการที่เกิดขึ้น?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ยังคงค้นหาแนวทางในการจัดการอาการ แม้ว่าจะยากลำบาก?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ประเมินว่าวิธีการรักษาได้ผลดีเพียงใด?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ขอบคุณสำหรับการตอบแบบสอบถาม**