**非正式照护者自我护理量表**

**指导语**

尊敬的家属：

您好！为了更好的了解非正式照护者自我护理的水平和情况，我们特地设计了这份问卷。本问卷大约会占用您10分钟时间，请您根据自己上个月照护病人过程中的实际情况，从“绝不”到“总是”等程度选项中进行选择。

本问卷采用匿名方式，您的信息将被严格保密，仅用于统计和研究目的。感谢您的支持与配合！

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **自我护理**   **作为照护者，保持身心健康对您和您照护的亲人至关重要。请选择您从事以下行为的程度** | | | | | |
|  | 绝不 | 很少 | 有时 | 经常 | 总是 |
| 1、保持日常的个人卫生（如，刷牙、洗头、洗澡）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2、进行体育锻炼（如，快走、跑步、骑自行车）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3、每天按时吃三餐（如，早餐、午餐、晚餐）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4、保持健康、均衡的饮食（如，摄入谷物、蛋白质、水果和蔬菜的两种或以上）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5、每天喝足够的水（每天1.5~2L水）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6、避免吸烟或使用电子烟？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7、避免饮酒或控制每日饮酒量（如，女性不超过25ml，男性不超过50ml）? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8、确保夜间获得足够的睡眠？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9、若需服药或补充剂，按时服用（如，设置提醒）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10、抽时间让自己放松一下（如，休息、看电视剧、练习气功、打坐）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 与朋友保持联系并参加社交活动（如，聚餐或聚会）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **自我护理监测**   **监测自我健康状况是照护过程中的重要环节。请选择您从事以下行为的频率。** | | | | | |
|  | 绝不 | 很少 | 有时 | 经常 | 总是 |
| 12、关注您的身体健康状况（如，定期体检、接种疫苗）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13、关注您自身体重变化（如，定期称重、观察衣物松紧变化）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14、关注您的日常饮食习惯（如，根据季节调整饮食、食欲不振或暴饮暴食）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15、关注您情绪状态的变化（如，识别持续的悲伤、焦虑、内疚）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16、察觉到压力过大的表现（如，情绪波动、易怒）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17、察觉到疲劳的迹象（如，全天异常疲惫）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18、察觉到自身不适症状（如，睡眠困难，背痛，不明原因的头痛）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **三、自我护理管理**  **照护亲人的过程中可能会面临一些挑战。当您遇到困难时，请选择您从事以下行为的频率。** | | | | | |
|  | 绝不 | 很少 | 有时 | 经常 | 总是 |
| 19、根据您的身体状态调整照护强度（如，遵循“量力而行”的原则）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20、避免或限制不健康的饮食（如，麻辣火锅、油炸食品、快餐、含糖饮料）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21、增加规律的体育活动（如，跳广场舞、打太极拳）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22、通过一些技巧来改善您的情绪状态（如，深呼吸、冥想、听音乐）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23、在您的个人生活、工作和照护角色之间找到平衡？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24、调整睡眠习惯（如，制定规律作息时间表、营造舒适睡眠环境）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25、寻求专业的咨询（如，与医生交流、向护理人员学习照护方法）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26、向他人寻求帮助（如，请亲戚朋友“搭把手”、分担照护任务、日常工作）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27、接受他人的帮助（如，亲戚、朋友、专业的照护团队）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |