**INVENTAIRE DES AUTO-SOINS D'UNE BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE**

**SECTION A : Maintien des auto-soins**

Ci-dessous sont listés les comportements courants que les personnes ayant des maladies pulmonaires chroniques adoptent pour maintenir leur santé et leur bien-être. Veuillez s'il vous plaît indiquer à quelle fréquence vous adoptez les comportements suivants :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | JAMAIS | RAREMENT | PARFOIS | SOUVENT | TOUJOURS |
| 1 | Éviter les personnes qui ont un rhume ou la grippe | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | S'éloigner de la pièce/l'endroit où quelqu'un est en train de fumer | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Eviter le contact avec des sprays, peintures, solvants et poussière | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Garder mes poumons libres en toussant ou en respirant profondément si besoin | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Faire des pauses durant mes activités quotidiennes pour me reposer | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Utiliser une respiration abdominale ou une respiration avec les lèvres pincées pour réguler ma respiration | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Pratiquer régulièrement des formes d’exercice (marche, vélo, natation, etc.) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Faire de l'exercice avec mes bras au moins 3 fois par semaine | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | S’engager dans des activités sociales avec d’autres personnes au moins une fois par semaine | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Se faire vacciner contre la grippe chaque année | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Prendre les médicaments tels que prescrit par mon prestataire de santé | JE N'AI PAS DE PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Protéger ma bouche / mon nez lorsque je marche dehors et que l’air est froid | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Effectuer des visites régulières chez mon prestataire de santé pour des contrôles de ma maladie pulmonaire chronique | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECTION B: Surveillance des auto-soins**

Ci-dessous sont listés les comportements courants que les personnes ayant des maladies pulmonaires chroniques adoptent pour maintenir leur santé et leur bien-être. Veuillez s'il vous plaît indiquer à quelle fréquence vous adoptez les comportements suivants :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | JE N'AI PAS CE TYPE DE PROBLÈME | JAMAIS | RAREMENT  T | PARFOIS | SOUVENT | TOUJOURS  J  O  U  R  S |
| 1 | Surveiller une augmentation de la quantité d'expectoration | N/A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Surveiller un changement de la couleur des expectorations | N/A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Surveiller une augmentation de la toux | N/A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Surveiller une augmentation de l'essoufflement ou des sifflements. | N/A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Surveiller si je me réveille la nuit avec des difficultés respiratoires | N/A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Vérifier si j’ai de la peine à m’endormir à cause de difficultés respiratoires | N/A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Surveiller si je suis plus fatigué·e que d’habitude lorsque je fais quelque chose | N/A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Contrôler si j'ai des palpitations, des tremblements, des insomnies, la bouche sèche et des difficultés à uriner après avoir pris des médicaments inhalés | JE NE PRENDS PAS D'INHALATEUR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

N/A = CELA NE S'APPLIQUE PAS À MOI

9. Les personnes ayant une maladie pulmonaire chronique peuvent avoir des symptômes dus à leur maladie ou au traitement qu'elles reçoivent pour leur maladie. **La dernière fois** que vous avez eu des symptômes, à quelle vitesse avez-vous reconnu qu'il s'agissait d'un symptôme de votre maladie ?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| JE N’AI PAS EU DE SYMPTÔMES | JE N’AI PAS RECONNU LE SYMPTÔME | PAS RAPIDEMENT |  | ASSEZ RAPIDEMENT |  | TRÈS RAPIDEMENT |
| N/A\* | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

\* Ne remplissez pas la section C dans le cas où vous n’avez jamais eu de symptôme

**Section C : gestion des auto-soins**

Ci-dessous sont listés les comportements courants que les personnes ayant une maladie pulmonaire chronique adoptent pour gérer leurs symptômes. Indiquez à quel point il est probable que vous adoptiez un des comportements suivants lorsque vous avez des symptômes.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | PEU PROBABLE |  | ASSEZ PROBABLE |  | TRÈS PROBABLE |
| 1 | Discuter avec mon prestataire de santé si j'ai des problèmes avec les prescriptions pour ma maladie pulmonaire chronique. | JE NE PRENDS PAS DE MÉDICAMENT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Aller chez mon prestataire de santé si j'ai un problème de santé qui dure plus que quelques jours | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Parler avec mon prestataire de santé si je sens que l'essouflement a augmenté | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Parler avec mon prestataire de santé si je sens que la toux a augmenté | N/A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Parler avec mon prestataire de santé si les expectorations changent de couleur | N/A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Parler avec mon prestataire de santé si la quantité d’expectorations augmente | N/A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Parler avec mon prestataire de santé si j'ai des effets secondaires dus à mes médicaments inhalés (p.ex : tremblements, insomnie, sécheresse buccale, difficultés à uriner) | JE NE PRENDS PAS D'INHALATEUR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Lorsque les symptômes de ma maladie s'aggravent, je modifie la thérapie prescrite comme mon prestataire de santé m'a dit de le faire (par exemple, prendre de la cortisone et/ou un antibiotique) | JE NE PRENDS PAS DE MÉDICAMENT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | S'asseoir en faisant des tâches ménagères si je suis essoufflé·e | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | En cas d'essoufflement, s’asseoir sur une chaise ou un autre support quand je me douche ou j’utilise la baignoire | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

N/A = CELA NE S’APPLIQUE PAS À MOI

**ÉCHELLE D'AUTO-EFFICACITÉ DES AUTO-SOINS**

Indiquez à quel point vous vous sentez confiant·e dans votre capacité à réaliser les activités listées ci-dessous.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | PAS CONFIANT·E |  | ASSEZ CONFIANT·E |  | EXTRÊMEMENT CONFIANT·E |
| 1 | Prévenir l’apparition des symptômes de ma maladie pulmonaire chronique | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Suivre les conseils thérapeutiques que l'on m'a donnés, même si c'est difficile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Continuer de vérifier mes symptômes, même si ce n’est pas toujours facile. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Prendre les médicaments correctement, en suivant les instructions données même si c'est difficile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Reconnaître les symptômes d'une exacerbation de la maladie pulmonaire chronique lorsqu'ils apparaissent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Faire quelque chose pour soulager les symptômes, même si c’est difficile. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Evaluer si les comportements adoptés pour soulager les symptômes ont été efficaces | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |