**แบบสอบถามการดูแลตนเอง**

*(เราจะเก็บคำตอบของท่านเป็นความลับ)*

โปรดพิจารณาถึงความรู้สึกของคุณในช่วงเดือนที่ผ่านมา ขณะทำแบบสอบถามนี้

**ส่วนที่ 1:**

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปที่คนส่วนใหญ่ปฏิบัติ โปรดระบุว่าคุณปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้บ่อยแค่ไหน?

|  |  | **ไม่ทำเลย** |  | **ทำบ้าง** |  | **ทำประจำ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | ท่านดูแลตนเองให้นอนหลับอย่างเพียงพอ ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | ท่านพยายามดูแลตัวเองไม่ให้ป่วย (เช่น ฉีดวัคซีน ล้างมือ) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | ท่านทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวร่างกาย หรือออกกำลังกาย (เช่น เดินเร็ว ขึ้นบันได เล่นกีฬา ทำสวน ทำงานบ้าน) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | ท่านกินอาหารหลากหลายประเภท ในปริมาณที่สมดุล (เช่น กินข้าว ปลา ไข่ ผักผลไม้ให้ครบ) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | ท่านไปตรวจสุขภาพเป็นประจำ (เช่น ตรวจร่ากายทั่วไป ตรวจความดัน ตรวจน้ำตาลในเลือด ตรวจอนามัยช่องปากและฟัน ตรวจเต้านม คัดกรองมะเร็ง) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | หากท่านได้รับยาใดใดก็ตาม ท่านใช้ยาตามที่หมอสั่งให้อย่างครบถ้วน และตรงตามเวลา ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | ท่านหาวิธีผ่อนคลายความเครียด (เช่น ฝึกสมาธิ ทำใจให้สงบ ฟังเพลง) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | ท่านไม่สูบบุหรี่ (ไม่ว่าจะเป็นยาสูบหรือบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ที่คนอื่นสูบ) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 2:**

คำถามต่อไปนี้คือสิ่งที่ผู้ใหญ่ทั่วไปพบบ่อย มักสังเกตติดตามอาการผิดปกติ หรือสังเกตความเจ็บป่วยของตนเอง ท่านสังเกตติดตามสิ่งต่อไปนี้บ่อยเพียงใดหรือเป็นประจำ ?

|  |  | **ไม่ทำเลย** |  | **ทำบ้าง** |  | **ทำประจำ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9. | ท่านคอยสังเกตติดตามสุขภาพของตนเอง ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | เมื่อต้องใช้ยาใดใดก็ตาม ท่านจะคอยติดตามดูอาการข้างเคียงของยา ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | ท่านเอาใจใส่ต่อตวามรู้สึกของตนเองที่เปลี่ยนไป ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | ท่านคอยสังเกตว่าตนเองมีอาการเหนื่อยง่ายหรือไม่ เมื่อออกแรงตามปกติ ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | ท่านคอยสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |

14. ท่านลองนึกถึงครั้งสุดท้ายที่ท่านมีอาการ ซึ่งอาจเป็นอาการของอะไรก็ได้ เช่น ไข้หวัด นอนไม่หลับ หรือเจ็บป่วย หรืออาการอื่นๆ ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาหรือการรักษา

(ขอให้ท่านทำวงกลม เลือกคำตอบเพียง**หนึ่งข้อ**)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ฉันไม่คุ้นเคยกับอาการนี้** | **ช้ามาก** |  | **ค่อนข้างเร็ว** |  | **เร็วทันที** |
| ท่านใช้เวลาเร็วแค่ไหนที่นึกรู้ขึ้นได้ว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ หรือผลข้างเคียงของยา ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ส่วนที่ 3:**

คำถามต่อไปนี้คือพฤติกรรมที่ผู้คนกระทำเพื่อควบคุมอาการของตนเอง **เมื่อท่านมีอาการ เราอยากทราบว่าท่านพยายามใช้วิธีการต่างๆ ต่อไปนี้ มากน้อยแค่ไหน?**

(ขอให้ท่านทำวงกลม เลือกคำตอบเพียง**หนึ่งข้อ**)

|  |  | **ไม่ได้ใช้เลย** |  | **ใช้บางครั้ง** |  | **ใช้ประจำ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 15. | ท่านปรับเปลี่ยนสิ่งที่กินหรือเครื่องดื่ม เพื่อให้อาการดีขึ้นหรือหาย ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | ท่านปรับเปลี่ยนการออกแรงทำกิจกรรม (เช่น ทำให้ช้าลง ไม่เร่งรีบ หรือหยุดพัก) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | ท่านใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการหรือให้หายจากอาการนั้น ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | ท่านแจ้งให้หมอได้ทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เคยเกิดขี้น ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | ท่านติดต่อขอคำแนะนำจากหมอหรือพยาบาล ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ขอให้นึกถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ท่านใช้ในการบรรเทาอาการ เมื่อครั้งล่าสุด…**

(ขอให้ท่านทำวงกลม เลือกคำตอบเพียง**หนึ่งข้อ**)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ฉันไม่ทำอะไรเลย** | **ไม่ดีขึ้นเลย** |  | **ดีขึ้นพอควร** |  | **ดีขึ้นแน่นนอน** |
| 20. ท่านคิดว่า สิ่งที่ได้ทำไปแล้วนั้น สามารถบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้มากน้อยแค่ไหน ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**แบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลตนเอง**

*(เราจะเก็บคำตอบของท่านเป็นความลับ)*

โดยรวม ๆ แล้ว ท่านมีความมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถทำ หรือจะทำสิ่งต่อไปนี้ได้:

(ขอให้ท่านทำวงกลม เลือกคำตอบเพียง**หนึ่งข้อ**)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ไม่มั่นใจ |  | ค่อนข้าง |  | มั่นใจ |
|  |  | เลย |  | มั่นใจ |  | ที่สุด |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ในการรักษาสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพคงที่และไม่เกิดอาการเจ็บป่วย ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ในการทำตามคำแนะนำการรักษาพยาบาล ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถทำตามคำแนะนำการรักษาพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะยากลำบาก ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถเฝ้าสังเกตติดตามสภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถเฝ้าสังเกตติดตามสภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าจะยากลำบาก ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ว่าตนเองสามารถตรวจจับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองได้ ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ในการประเมินความสำคัญของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ในการทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อบรรเทาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ในการจัดการบรรเทาอาการของตนเองให้สำเร็จ แม้ว่าจะยากลำบาก ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | ท่านมั่นใจแค่ไหน ในการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการที่ใช้ในการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้ ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ขอขอบคุณที่ท่านตอบแบบสอบถามจนเสร็จ**