**照护者对慢性阻塞性肺疾病患者自我护理的指数贡献量表 (CC-SC-COPDI)**

**A部分**

**以下为慢性阻塞性肺疾病患者维持自身健康的常见行为。请指出您建议患者（您的照护对象）进行下列行为的频率：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 从不 | 很少 | 有时 | 经常 | 总是 |
| 1 | 避免接触患有流感或感冒的人 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 远离有人吸烟的房间/地方 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 避免接触喷雾剂、涂料、溶剂和灰尘 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 必要时通过咳嗽或深呼吸来保持气道通畅 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 在日常活动中暂停去休息 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 采用腹式呼吸或缩唇呼吸去调节呼吸 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 定期做某些类型的运动（如散步、骑车、游泳等） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | 每周至少进行三次上肢锻炼 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | 每周至少参加一次他人的社交活动 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | 每年接种流感疫苗 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | 遵医嘱服用药物 | 他们没有处方药物 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | 天气寒冷且在户外行走时注意保护口鼻 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | 定期去医疗机构进行慢阻肺疾病的相关检查 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**B部分**

**以下是慢性阻塞性肺疾病患者监测疾病的常见行为。请指出您建议患者（您的照护对象）进行下列行为或因其无法自主进行而您代为执行的频率。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 未出现此问题 | 从不 | 很少 | 有时 | 经常 | 总是 |
| 1 | 监测痰量的增加  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 监测痰液颜色的改变 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 监测咳嗽次数的增加 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 监测出现气喘或喘鸣音频率的增加 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 监测是否因为呼吸困难而在夜间醒来 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 检查是否因为呼吸困难而难以入睡 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 监控是否做事时比平时更容易疲劳 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | 检查吸入药物后是否出现心悸、震颤、失眠、口干和排尿困难等症状 | 他们未使用吸入药物 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

NA=这不适用于我所照顾对象的慢性病况

9. 慢阻肺患者可能因为疾病本身和接受的治疗出现相应的症状。您照护的对象**最近一次**出现症状时，您有多快意识（识别）到这是因为疾病引起的症状？

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他们没有这些症状 | 我没有识别到这些症状 | 不快 |  | 有点快 |  | 很快 |
| NA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**C部分**

**以下是慢性阻塞性肺疾病患者管理症状时的常见行为。请指出当您的照护对象出现症状时，您采取以下行为的可能性。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 不可能 |  | 有可能 |  | 极有可能 |
| 1 | 与医务人员进行沟通，如果他们对慢阻肺疾病的处方存在疑问 | 他们没有服用药物 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 如果健康问题持续几天，应及时去医院就诊 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 如果呼吸困难频率增加，应告知医务人员 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 如果咳嗽加重，应告知医务人员 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 如果痰液颜色改变，应告知医务人员 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 如果痰量增加，应告知医务人员 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 如果他们使用吸入性药物后出现了副作用（如震颤、失眠、口干、排尿困难）应告知医务人员 | 他们未使用吸入药物 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | 当他们症状加重时，按照医务人员的指导修改治疗方案（例如，让他们服用可的松和/或抗生素） | 他们没有服用药物 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | 当他们气喘时，应坐着做家务 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | 当他们气喘时，应当坐在椅子上或使用其他支撑物来淋浴或使用浴缸 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

NA=这不适用于我所照顾对象的慢性病况

**照顾者对慢性阻塞性肺疾病患者自我照护的自我效能的贡献量表(CC-SCES-COPD)**

**对于您的照护对象，请指出您对完成下列活动时所具备能力的信心**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 没有信心 |  | 有些信心 |  | 很有信心 |
| 1 | 预防慢阻肺症状的发作 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 即使困难，也遵循治疗方案 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 坚持检查症状，即使这并不总是容易 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 即使困难，也让他们按照处方正确服药 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 及时识别出慢阻肺疾病恶化的症状 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 即使困难，也会采取措施缓解症状 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 评估缓解症状行为的有效性 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |