**セルフケア評価尺度 日本語版（**SELF-CARE INVENTORY-Japanese version）

すべての回答の守秘義務は遵守されます。

この**一ヶ月間**どのように感じていたかを思い出して回答してください。

**セクションA**

以下の項目は一般的なセルフケア行動に関する質問です。

どのくらい頻繁に又は日常的に下記のセルフケア行動を行いますか。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 全くない |  | 時々 |  | いつも |
| 1. 十分な睡眠を確保していますか？ | 　 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 病気を避けようとしていますか？(例：インフルエンザワクチン、手洗い) | 　 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 運動をしていますか？(例：速足でのウォーキング、階段を使う) | 　 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. バランスよく色々なものを食べていますか？ | 　 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 日常的な健康管理のために医療機関に通っていますか？(例：定期健診、歯科健診、婦人科受診) | 　 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 薬を処方された場合、飲み忘れなく服用していますか？ | 　 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ストレスを解消するために何か行っていますか？(例：瞑想、ヨガ、音楽) | 　 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. タバコの煙を避けていますか？(能動と受動喫煙の両方を含みます) | 　 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**セクションB**

以下の項目は一般的な自己点検行動に関する質問です。

どのくらい頻繁に又は日常的に下記の行動を行いますか。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 |  | 全くない |  | 時々 |  | いつも |
| 9. 健康状態に注意していますか？ |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 薬を処方された場合、副作用に注意していますか？ |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. 気持ちの変化に注意していますか？ |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 普段の活動でいつもより疲れていないか注意していますか？ |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. 自覚症状について注意していますか？ |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. 直近に自覚症状があった時のことを思い浮かべてください。風邪や夜によく眠れない、なんらかの病気など、なんでも構いません。また、薬に対する副作用でも構いません。 |
| 　 | **症状を自覚できなかった** | **早くはない** |  | **いくらか早く** |  | **とても早く** |
| その症状が病気や健康問題、薬の副作用であるとどのくらい早く気づきましたか？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**セクションC**

以下の項目は自身の症状を管理する行動に関する質問です。**なんらかの症状がある時、下記の症状管理を行う可能性がどのくらいありますか**。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 |  | 可能性が低い |  | いくらかあり得る |  | 可能性が高い |
| 15. 症状を緩和又は消失させるために、食事や飲み物を変えますか？ |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.　活動レベルを変えますか？(例：活動ペースを落とす、休養する) |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.　症状を緩和又は消失させるために、薬を飲みますか？ |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.　次回の受診の際に、症状について医療機関に相談しますか？ |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.　助言を得るために医療機関に電話をしますか？ |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 直近に自覚症状があった時、行ったことを思い浮かべてください。 |
|  | **何もしなかった** | **わからない** |  | **いくらかそうである** |  | **とてもそうである** |
| 20. あなたの行ったことは利き目がありましたか？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ご回答ありがとうございました。

**セルフケア自己効力感評価尺度 日本語版** (SELF-CARE SELF EFFICACY SCALE-Japanese)

すべての回答の守秘義務は遵守されます。

下記の質問に、どのくらい自信がありますか? 最も当てはまる数字を**一つ**選択してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 自信がない |  | いくらか自信がある |  | とても自信がある |
| 1.　心身が安定し、症状がない状態を保つことができますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.　治療を受ける場合、治療計画に従うことができますか? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.　治療を受ける場合、それが困難でも治療計画を遵守できますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.　自分の健康状態を定期的に観察できますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.　それが難しい場合でも、自分の健康状態を定期的に観察することを継続できますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.　自分の健康状態に変化が起こった場合、その変化を認識できますか? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.　自分の症状の重大さを評価できますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.　自分の症状をやわらげるために何か行いますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.　それが難しい場合でも、症状をやわらげる方法を探し続けることができますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.　症状をやわらげる方法がどれだけ効くか評価できますか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ご回答ありがとうございました。