**自我照護量表**

*所有回答都是保密的*

在完成這個調查時，請回想過去一個月內您的感受。

**A部分:**

**下面列出了人們可能會做的常見自我照護行為。您多久或多常做以下事情？**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **從來沒有** | **有時候** | |  | **總是** |
| 1. 確保獲得充足的睡眠？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 試著避免生病？（例如：打流感疫苗、洗手...） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 進行身體活動？（例如：快走、爬樓   梯...） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 吃均衡和多樣化的飲食？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 定期進行健康檢查？（例如：常規檢查、牙醫、婦科醫生） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 如果/當有處方醫囑時，會按時服用處方藥物，不漏服任何一劑？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 做一些事動來釋放壓力？（例如：冥想、瑜伽、音樂...） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 您有避免抽菸嗎？（主動和被動抽菸） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**B部分:**

**下面列出了人們常常監測的事項。您多久或多常做以下事情？**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **從來沒有** | **有時候** | |  | **總是** |
| 1. 監測您的健康狀態？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 如果/當服用處方藥時，會監測藥物的副作用？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 會關注您感覺的變化？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 監測您在進行日常活動時是否比平常更容易感到疲勞？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 監測症狀？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1. 請想想您上次出現症狀的情況。這可能是任何症狀 - 感冒、睡眠不佳、疾病。也可能是對藥物的反應。(請圈出一個相對應的數字)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **我沒有識別出症狀** | **沒有很快** | **有點快** | |  | **非常快** |
| 您多快識別它是疾病、健康問題或藥物副作用的症狀？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**C部分:**

**下面列出了人們用來控制症狀的行為。當您出現症狀時，您採取下列措施的可能性有多大？**

(針對每一項行為，請圈出一個相對應的數字)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **不太可能** |  | **有點可能** |  | **非常可能** |
| 1. 改變您的飲食來減輕或消除症狀？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 調整您的活動程度（例如，放慢速度、休息）？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 服用藥物減輕或消除症狀？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 在下一次就醫時告訴您的健康護理提供者這個症狀？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 尋求健康照護提供者指導？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# 請您回想，您上次出現症狀時所採取的措施…

（請圈出一個相對應的数字）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **我沒有採取**  **任何措施** | | **不確定** |  | **有點**  **確定** |  | **非常確定** |
| 1. 您採取措施後讓您感覺更好了嗎？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**謝謝您完成這份調查!**

# 自我照護自我效能量表

*所有回答都是保密的*

一般而言，您對自己能夠或可能做到以下各項目有多少信心？:

(針對每個陳述，請圈選一個數字)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **沒有**  **信心** | |  | **有點**  **信心** | **非常**  **有信心** | |
| 1. 保持自己身體穩定且無症狀？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 如果您接受了治療，會遵循計畫？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 如果您接受了治療，即使碰到困難也會堅持遵循計劃嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 定期監測您的健康狀態？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 即使碰到困難，您會堅持定期監測您的健康狀態嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 如果您的健康狀況發生變化，您能辨認出嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 評值您症狀的重要性？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 做一些事情來緩解您的症狀？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. 即使碰到困難，您會堅持尋找緩解症狀的方法嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 評估療法的效果如何？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**謝謝您完成這份調查!**