



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THÔNG ĐƯỜNG THỞ

Không có các câu trả lời đúng hoặc sai trong bản khảo sát này.

Vui lòng trả lời một cách trung thực nhất có thể để chúng tôi có thể cùng nhau hợp tác nhằm tìm ra (các) phương pháp điều trị thông đường thở tốt nhất cho quý vị và phù hợp với lối sống của quý vị.

1 Quý vị hiện đang sử dụng những phương pháp điều trị nào? Vui lòng khoanh tròn (các) thiết bị/phương pháp mà quý vị sử dụng và tần suất quý vị sử dụng chúng.		Bao nhiêu lần một ngày?	Mỗi lần bao lâu?	Bao nhiêu lần một tuần?	
Tập thể dục: Vui lòng nêu rõ hình thức tập thể dục: _____					
Thuốc Giảm Phế Quản Dạng Hít: Proventil® Ventolin® ProAir® Xopenex® Perforomist® Serevent® Spiriva® Khác: _____					
Thuốc Giảm Chất Nhầy/Tiêu Chất Nhầy: Nước Muối Ưu Trạng 3% 7% Khác: _____					
Kỹ Thuật Thông Đường Thở					
Thở Áp Lực Dương (PEP): Van PEP Mặt Nạ PEP					
Thở Áp Lực Dương Dao Động (OPEP): Acapella Choice® Aerobika® Lung Flute® Khác: _____					
Dao Động Thành Ngực Tần Số Cao: AffloVest® The Vest® InCourage® SmartVest® Monarch®					
Tập Ho Khan					
Liệu Pháp Điều Trị Vô Rung Ngực (CPT)					
Dẫn Lưu & Gõ Khám Theo Tư Thế					
Kỹ Thuật Tập Luyện Chu Kỳ Hít Thở Chủ Động (ACBT)					
Dẫn Lưu Theo Hơi Thở					
Khác: _____					
2 Mỗi nhận định sau đây đúng với quý vị ở mức độ nào? Hãy chọn ô áp dụng cho mỗi nhận định phù hợp.		Hoàn toàn không đúng	Chỉ đúng một phần	Đúng	Hoàn toàn đúng
Tôi có thể giải thích về những lợi ích của liệu pháp thông đường thở.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tôi tin rằng liệu pháp thông đường thở là một phần quan trọng trong quá trình chăm sóc của tôi và giúp tôi khỏe mạnh hơn.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tôi hiểu rõ tất cả các phương pháp thông đường thở phù hợp với mình.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tôi tự tin rằng tôi biết phải làm thế nào để có thể thông đường thở cho mình đúng cách.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tôi liên tục thực hiện thói quen thông đường thở mỗi ngày.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tôi hài lòng với thói quen thông đường thở hiện tại của mình.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tôi tiếp tục thực hiện thói quen thông đường thở khi đi trên đường.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tôi thoải mái thực hiện việc thông đường thở trước mặt bạn bè/gia đình.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tôi có thể dành thời gian mỗi ngày để thực hiện việc thông đường thở.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tôi tự tin rằng tôi biết cách giữ gìn thiết bị thông đường thở của mình.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tôi biết chính xác trình tự sử dụng các phương pháp điều trị phổi khác nhau của mình, bao gồm cả liệu pháp thông đường thở.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Quý vị có thể gặp phải vấn đề nào sau đây trong quá trình thực hiện thói quen thông đường thở hiện tại của mình hoặc áp dụng thêm một phương pháp thông đường thở mới? Chọn tất cả các mục áp dụng cho tình huống của quý vị.		4 Sử dụng chỗ trống này để thêm bất kỳ ý kiến nào không được chỉ ra trong các phần trên.			
Chi phí tự trả cao	<input type="radio"/>	Tôi nghĩ rằng nó sẽ không có hiệu quả với tôi	<input type="radio"/>	Các vấn đề về vệ sinh/khử trùng	<input type="radio"/>
Thật khó để lắp ráp	<input type="radio"/>	Tôi không nghĩ rằng tôi cần tới nó	<input type="radio"/>	Nó có thể gây chảy máu	<input type="radio"/>
Nó quá phức tạp	<input type="radio"/>	Tôi không biết tại sao tôi cần làm điều đó	<input type="radio"/>	Nó làm tôi nhớ đến căn bệnh của mình	<input type="radio"/>
Nó khiến tôi mất quá nhiều thời gian	<input type="radio"/>	Tôi quên thực hiện việc đó	<input type="radio"/>	Thật rắc rối	<input type="radio"/>
Nó ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của tôi	<input type="radio"/>	Thật khó chịu/đau đớn	<input type="radio"/>	Tôi không muốn những người khác biết về việc này	<input type="radio"/>
Tôi không thể đi lại với nó	<input type="radio"/>	Nó khiến cơn ho của tôi trở nên tồi tệ hơn	<input type="radio"/>	Không gặp phải vấn đề nào trong những vấn đề trên	<input type="radio"/>
Tôi thích tập thể dục hơn	<input type="radio"/>	Thực hiện trong thời gian hoạt động xã hội	<input type="radio"/>	Khác	<input type="radio"/>

