**高血压的自我护理**

**2.0版（2016年3月）**

所有答案都是保密的

在您填写以下条目时，请想一下您过去一个月或自我们上次交流以来您的身体状况。

**第一部分：**

以下是对高血压患者常见的指导。您有多常做这些事情？请每个条目圈选一个数字。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **从不或几乎不** | **有时** | **经常** | **总是或每天** |
| 1. 检查您的血压？
 | 1 | 2 | **3** | 4 |
| 1. 吃很多水果和蔬菜？
 | 1 | 2 | **3** | 4 |
| 1. 做一些身体活动？
 | 1 | 2 | **3** | 4 |
| 1. 按时找医生或护士就诊？
 | 1 | 2 | **3** | 4 |
| 1. 少盐饮食？
 | 1 | 2 | **3** | 4 |
| 1. 锻炼30分钟？
 | 1 | 2 | **3** | 4 |
| 1. 遵医嘱服药？
 | 1 | 2 | **3** | 4 |
| 1. 在外就餐或去拜访他人时要求低盐饮食？
 | 1 | 2 | **3** | 4 |
| 1. 使用一套方法提醒您记得服药？（如药盒或提醒器等）
 | 1 | 2 | **3** | 4 |
| 1. 低脂饮食？
 | 1 | 2 | **3** | 4 |
| 1. 尝试减肥或控制体重？
 | 1 | 2 | **3** | 4 |

**第二部分：**

许多病人有血压控制的困难。

在过去的一个月里，您有血压高,即使是短暂地升高吗？请圈选一个答案。

1. 没有
2. 有

##### 如果您在过去一个月有血压控制方面的困难，那……

(请圈出下列其中一项。)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **没有这种情况** | **我没有识别出** | **不快** | **有些快** |  **快** | **非常快** |
| 您有多快辨识出自己的血压上升了？ |  不适用 | 0 | 1 | 2 |  3 | 4 |

以下是人们常用的一些控制血压的方法。若您的血压升高，您尝试使用其中一种方法的可能性有多大？

（每个选项圈选一个号码）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **不会** | **有点可能** | **可能** | **非常可能** |
| 1. 减少饮食中的盐分
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 减少压力
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 谨慎地按医嘱更规律地服药
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 寻求医生/护士的指导
 | 1 | 2 | 3 | 4 |

##### 回想您上次血压升高时您所尝试的方法。

（请圈出下列其中一项）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **我没有尝试任何方法** | **不确定** | **有点确定** | **确定** | **非常确定** |
| 您有多确信该方法对您有帮助或没有帮助？ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**第三部分：**

总的来说，您有多少信心可以做到下列情况：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **没有信心** | **有点信心** | **很有信心** | **完全有信心** |
| 1. 控制您的血压？
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 遵循治疗方案？
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 辨别到您健康的改变？
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 评价您血压的变化？
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 采取方法控制您的血压？
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 评价方法的有效性？
 | 1 | 2 | 3 | 4 |