**HİPERTANSİYON ÖZ BAKIM ENVANTERİ**

 **(SC-HI V3)**

*Tüm cevaplar gizlidir.*

Bu maddeleri doldururken geçen ay nasıl hissettiğinizi düşünün.

**KISIM A:**

Aşağıda yüksek tansiyonu olan kişilere verilen genel talimatlar listelenmiştir. Aşağıdakileri ne kadar rutin bir şekilde yaparsınız?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Asla veya nadiren** |  | **Bazen**  |  | **Her zaman veya her gün** |
| 1. Doktorunuzla olan randevularınıza gider misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tansiyon ilaçlarınızı alır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Stresinizi rahatlatacak şeyler yapar mısınız (ör. meditasyon, yoga, müzik dinlemek)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Fiziksel aktivite yapar mısınız (ör. tempolu yürüyüşe çıkmak, merdivenleri kullanmak)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Reçeteli ilaçlarınızı bir dozu dahi kaçırmadan alır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Dışarıda yemek yerken veya birilerini ziyaret ettiğinizde az tuzlu yiyecekler ister misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Hastalanmaktan kaçınmaya çalışır mısınız (ör. grip aşısı olmak, elleri yıkamak)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Meyve ve sebze yer misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Sigaradan ve/veya sigara içen kişilerden kaçınır mısınız?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**KISIM B:**

Aşağıda yüksek tansiyonu olan kişilerin izleminde yaygın olan konular listelenmiştir. Aşağıdakileri ne sıklıkta yaparsınız?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Asla veya nadiren** |  | **Bazen**  |  | **Her zaman veya her gün** |
| 1. Durumunuzu izler misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Nasıl hissettiğinizle ilgili değişikliklere dikkat eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tansiyonunuzu kontrol eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Normal aktiviteleri yaparken olağandan daha fazla yorulup yorulmadığınızı izler misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. İlaçlarınızın yan etkilerini izler misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Belirtilerinizi izler misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Kilonuzu takip eder misiniz?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**FARKINA VARMA:**

##### Bir çok insan tansiyonunu kontrol etmekte güçlük çeker. Geçen ay, kısa bir süre için bile olsa tansiyonunuz yükseldi mi? Seçeneklerden birini yuvarlak içine alınız.

0) hayır

1) evet

2) bilmiyorum

Son bir ay içinde tansiyonunuzu kontrol etmekte sorun yaşadıysanız ...

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Yükselmedi**  | **Fark etmedim**  | **Çabuk değil** | **Biraz çabuk** | **Çok çabuk** |
| 1. … Tansiyonunuzun yükseldiğini ne kadar çabuk farkettiniz?
 | - | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**KISIM C:**

Aşağıda, insanların tansiyonunu kontrol etmek için kullandıkları yöntemler listelenmiştir. Tansiyonunuz yükselirse, bu yöntemlerden birini deneme olasılığınız nedir?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Olası değil** |  | **Sanki biraz** |  | **Büyük ihtimalle** |
| 1. Diyetinizdeki tuzu azaltmak
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tansiyon ilacınızı düzenli olarak almak
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Yol göstermesi için doktoru aramak
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Stres seviyesini azaltmak
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Bir sonraki kontrolde doktorunuzla bunun hakkında konuşmak
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Kafein alımınızı azaltmak (kahve, kola, çay)
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### En son tansiyonunuz yükseldiğinde denediğiniz bir yöntemi düşünün.

##### (bir tanesini işaretleyin)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Hiçbir şey yapmadım** | **Emin değilim** |  | **Biraz eminim** |  | **Çok eminim** |
| 1. Kullandığınız yöntemin size yardımcı olduğundan ne kadar emindiniz?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

© Copyright held by Dr. Barbara Riegel