

سیاهه خودمراقبتی از فشار خون بالا

پاسخ ها محرمانه است

هنگام تکمیل موارد زیر ، در نظر بگیرید که در یک ماه گذشته چه احساسی داشته اید.

بخش الف:

موارد زیر آموزش های رایجی است که به افراد مبتلا به پرفشاری خون داده می شود. شما به طور معمول چقدر این موارد را انجام می دهید؟

همیشه یا روزانه	گاهی اوقات			هرگز یا به ندرت	
	۴	۳	۲		
۵	۴	۳	۲	۱	۱. قرارهای ملاقات با مراقب بهداشتی یا پزشک خود را رعایت و اجرا می کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲. قرص های فشار خون خود را مصرف کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۳. اقدامی برای کاهش استرس انجام می دهید (مانند دارو، یوگا، موسیقی)؟
۵	۴	۳	۲	۱	۴. آیا ورزش (مثلاً پیاده روی طولانی، استفاده از پله ها) می کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۵. آیا داروهای تجویز شده را مرتب و بدون از دست دادن میزان تجویز شده مصرف کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۶. هنگام صرف غذا در بیرون از منزل (رستوران) یا مهمانی ، مواد کم نمک درخواست می کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۷. سعی می کنید از بیمار شدن خودداری کنید (مثلاً واکسن آنفولانزا، دستان خود را بشویید)؟
۵	۴	۳	۲	۱	۸. میوه و سبزیجات می خورید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۹. آیا از سیگار و/یا سیگاری ها دوری می کنید؟

بخش ب:

موارد زیر نکات رایجی هستند که افراد مبتلا به فشار خون بالا آن را زیر نظر قرار می دهند . شما هر چند وقت یکبار کارهای زیر را انجام می دهید؟

همیشه یا روزانه	گاهی اوقات			هرگز یا به ندرت	
	۴	۳	۲		
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. آیا وضعیت خود را چک می کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. آیا به تغییرات در حس خود توجه می کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. آیا فشار خون خود را چک می کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. آیا نظارت می کنید که آیا از انجام فعالیت های عادی بیش از حد معمول خسته می شوید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. آیا عوارض جانبی دارو را نظارت می کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. آیا علائم را نظارت می کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. آیا وزن خود را نظارت می کنید؟

توجه

بسیاری از افراد در کنترل فشار خون خود مشکل دارند. در ماه گذشته، آیا فشار خون شما حتی به طور مقطعی بالا بوده است؟ یک مورد را انتخاب کنید.

(۰ خیر (۱) بله (۲) نمی دانم

اگر در ماه گذشته در کنترل فشار خون خود مشکل داشته اید...

خیلی سریع	نسبتاً سریع			نه چندان سریع	من متوجه آن نشدم	این مورد را نداشته ام	
	۴	۳	۲				
۵	۴	۳	۲	۱	۰		۱۷. چقدر سریع متوجه بالا بودن فشارخون خود شدید؟

بخش ج:

موارد زیر اقداماتی است که افراد برای کنترل فشار خون خود انجام می دهند. اگر فشار خون شما بالا برود، چقدر احتمال دارد که یکی از این اقدامات را انجام دهید؟

بسیار محتمل	تا حدودی محتمل			غیر محتمل	
	۴	۳	۲		
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. کاهش نمک موجود در رژیم غذایی تان
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. مصرف منظم داروی فشارخون تان
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. تماس با مراقبین بهداشتی یا پزشک تان جهت راهنمایی
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱. کاهش سطح استرس خود
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲. بحث پیرامون این عارضه در مراجعه بعدی در مرکز بهداشت با مراقبت بهداشتی و یا پزشک خود
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳. کاهش مصرف کافئین تان (قهوه، نوشابه، چای)

به اقدامی فکر کنید که آخرین باری که فشار خونتان بالا رفته بود انجام دادید.

خیلی مطمئنم	نسبتاً مطمئنم			مطمئن نیستم	من هیچ کاری نکردم	
	۴	۳	۲			
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۴. چقدر مطمئن هستید که اقدامی که انجام دادید کمک کننده بوده است؟