**ÖZ BAKIM ENVANTERİ**

Tüm cevaplar gizlidir.

Bu anketi tamamlarken geçen ay içinde nasıl hissettiğinizi düşünün.

**BÖLÜM A:**

Aşağıda, insanların yapabileceği yaygın öz bakım davranışları listelenmiştir. Aşağıdakileri ne sıklıkla veya rutin olarak yapıyorsunuz?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Asla** | **Bazen**  | **Daima** |
| 1.Yeterince uyur musunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Hastalanmaktan korunmaya çalışır mısınız? (grip aşısı olmak, el yıkamak) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.Fiziksel aktivite/egzersiz yapar mısınız? (tempolu yürüyüş, asansör yerine merdiven kullanmak) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.Dengeli ve çeşitli bir şekilde beslenir misiniz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Rutin sağlık bakımı için sağlık personelleri ile görüşür müsünüz? (örneğin; check up, diş hekimi muayenesi, kadın doğum uzmanı muayenesi) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Size bir ilaç reçete edilirse/edildiğinde, onu hiç aksatmadan düzenli olarak kullanır mısınız? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Stresinizi azaltmak için bir şeyler yapar mısınız) (örneğin; yoga, meditasyon, müzik) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.Tütün ürünlerinden kaçınır mısınız?(hem aktif hem pasif içicilik) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**BÖLÜM B:**

Aşağıda, insanların kendi sağlıklarında izlediği bazı yaygın şeyler listelenmiştir. Aşağıdakileri ne sıklıkla veya rutin olarak yapıyorsunuz?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Asla** | **Bazen**  | **Daima** |
| 9.Sağlık durumunuzu izler misiniz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Size bir ilaç reçete edilirse/edildiğinde, ilacın yan etkilerini izler misiniz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.Nasıl hissettiğinizdeki değişiklere dikkat eder misiniz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Normal aktiviteler yaparken normalden daha fazla yorulup yorulmadığınızı izler misiniz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.Belirtiniz olup olmadığını izler misiniz?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.En son bir belirti yaşadığınız zamanı düşünün. Bu herhangi bir şeyin belirtisi olabilir - soğuk algınlığı, kötü gece uykusu, bir hastalık. Ayrıca bir ilaca tepki olabilir. |
|  | **Anlamadım**  | **Çabuk değil** | **Biraz çabuk**  | **Çok çabuk** |
| Bunu bir hastalık belirtisi, sağlık problemi ya da ilaç yan etkisi olarak ne kadar çabuk fark ettiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**BÖLÜM C:**

Aşağıda, insanların belirtilerini kontrol etmek için yaptıkları davranışlar listelenmiştir. Belirtileriniz olduğunda bunlardan birini yapma olasılığınız nedir?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Asla** | **Bazen**  | **Daima** |
| 15. Belirtinin azalması veya kaybolması için yediğinizi ve içtiğinizi değiştirir misiniz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Aktivite seviyenizi değiştirir misiniz? (örneğin yavaşlamak, dinlenmek) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Belirtinin azalması veya kaybolması için ilaç alır mısınız? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Bir sonraki ziyaretinizde sağlık personeline belirtiden bahseder misiniz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Size yol göstermesi için sağlık personelini arar mısınız? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **En son bir belirtiniz olduğunda yaptığınız şeyleri düşünün…** |
|  | **Bir şey yapmadım** | **Emin değilim**  | **Biraz eminim**  | **Çok eminim**  |
| 20. Yaptığınız şeyler sizi daha iyi hissettirdi mi? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

BU ANKETİ TAMAMLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ!