

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 değişikliklere 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. Belirteleriniz 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 personelinin 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!