**고혈압 자가간호 측정도구**

(SC-HI V3)

질문에 대한 답은 모두 비밀로 유지됩니다.

지난 한달동안 느꼈던 점들을 생각하며 해당 항목을 완료해주세요.

**SECTION A:**

다음은 고혈압 환자에게 제공되는 일반적인 지침입니다. 귀하는 다음과 같은 항목을 얼마나 일상적으로 수행하셨습니까?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 전혀 아니다 | 거의 없다 | 가끔 그렇다 | 종종 그렇다 | 항상 그렇다 |
| 1. 병원 검진을 주기적으로 받으십니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 혈압약을 드십니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 스트레스 해소를 하시기위해 하는 행동이 있습니까? (예: 명상, 요가, 음악)
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 활발한 신체활동(예: 빠르게 걷기, 계단 이용)을 합니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 처방받은 약을 빠짐없이 복용합니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 외식 또는 친구 집에 가셨을 때 저염식을 요청하십니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 질병에 걸리지 않도록 노력합니까? (예: 독감예방, 손 씻기)
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 과일 또는 채소를 충분히 먹습니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 흡연 또는 간접흡연을 하지 않으려고 노력하십니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECTION B:**

다음은 고혈압 환자가 모니터링 하는 일반적인 사항입니다. 귀하는 다음과 같은 항목을 얼마나 자주 하십니까?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 전혀 아니다 | 거의 없다 | 가끔 그렇다 | 종종 그렇다 | 항상 그렇다 |
| 1. 본인의 컨디션을 모니터링 하십니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 본인의 감정이나 심리적 상태의 변화를 주의를 기울이십니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 혈압을 측정합니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 일상적인 활동을 할 때 평소보다 더 피곤한지 관찰합니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 약물 복용 시 부작용이 발생하는지 주의 깊게 관찰합니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 몸에서 어떤 증상이 일어나는지 주의 깊게 관찰합니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 체중변화를 모니터링 합니까?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**인식**

많은 사람들이 혈압 조절에 어려움을 겪습니다. 지난 한 달 동안 혈압이 잠깐이라도 높았던 적이 있습니까? 다음 중 1개 숫자에 표시하십시오.

0)    아니오

1)    예

2)    모르겠다

지난 한 달 동안 혈압을 조절하는데 문제가 있었다면

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 그런 적 없다 | 전혀인식하지못했다 | 매우 느리게 | 느리게 | 보통 | 빠르게 | 매우 빠르게 |
| 1. 혈압이 올랐다는 것을 얼마나 빨리 알아차렸습니까?
 | 해당사항없음 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECTION C:**

아래 목록은 사람들이 혈압을 조절하기 위해 사용하는 방법들입니다. 혈압이 올라가면 이런 방법을 시도해 볼 가능성이 얼마나 되십니까?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 매우 가능성이 낮다 | 가능성이 낮다 | 보통이다 | 가능성이 높다 | 매우가능성이 높다 |
| 1. 저염식을 한다.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 혈압약을 정기적으로 복용한다.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 의료진에게 조언을 구한다.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 스트레스를 줄인다.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 다음 진료 시 의료진과 상의한다.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 카페인 섭취를 줄인다. (커피, 콜라, 홍차)
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

지난번 혈압이 올랐을 때 시도했던 방법을 생각해 볼 때

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 아무것도하지 않았다 | 매우확신 없다 | 확신없다 | 보통이다 | 확신 있다 | 매우확신 있다 |
| 1. 그 행동이 도움이 되었는지 얼마나 확신하십니까?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |