

نام و نام خانوادگی/شماره:

تاریخ:

وزن: _____ کیلوگرم پوند تاریخ اندازه گیری _____ کاربرد ندارد

قد: _____ سانتی متر فوت/اینچ

شاخص توده بدنی (BMI): _____ * توسط کلینیسین محاسبه می شود

فشار خون: _____ / _____ mmHg تاریخ _____ کاربرد ندارد

قند خون ناشتا: _____ mmol/L mg/dl تاریخ _____ کاربرد ندارد

HbA1c: _____ % تاریخ _____ کاربرد ندارد

ما مایلیم باورهای خود شما در مورد سلامتی تان را بدانیم. ما به آنچه دیگران باور دارند یا ممکن است بخواهند که شما باور کنید تمایلی نداریم.

با خواندن سوال ها، اگر هریک از مشکلات زیر را دارید، گزینه بله یا خیر را علامت بزنید.

بله	خیر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الف) آیا مرتب مضطرب می شوید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب) آیا مرتب عرق می کنید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج) آیا مرتب در خوابیدن مشکل دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د) آیا مرتب صورت شما برافروخته می شود؟ آیا گونه های تان سرخ می شوند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ه) آیا مرتب تنگی نفس دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و) آیا مرتب سردرد دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ز) آیا مرتب خون دماغ می شوید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر موارد: _____

اگر پاسخ به همه سوالات بالا "خیر" است، لطفا به صفحه بعد بروید.

اگر پاسخ شما به هریک از سوالات بالا "بله" است، با در نظر گرفتن آن مشکلات، دور عدد مناسب دایره بکشید و

مشخص کنید که در حال حاضر تا چه حد با عبارات زیر موافق یا مخالف هستید.

(۱) مشکلات من به خاطر داشتن فشار خون بالا است.

۰.....۱.....۲.....۳.....۴.....۵.....۶.....۷.....۸.....۹.....۱۰
کاملاً موافق تقریباً موافق کمی موافق مطمئن نیستم کمی مخالف تقریباً مخالف کاملاً مخالف

با کشیدن دایره دور عدد مناسب مشخص کنید در حال حاضر تا چه حد با عبارات زیر موافق یا مخالف هستید.

(۲) من فشار خون بالا دارم.

۰.....۱.....۲.....۳.....۴.....۵.....۶.....۷.....۸.....۹.....۱۰
کاملاً موافق تقریباً موافق کمی موافق مطمئن نیستم کمی مخالف تقریباً مخالف کاملاً مخالف

(۳) من به ایجاد یا حفظ تغییرات در سبک زندگی ام نیاز دارم تا رژیم غذایی ام را بهبود دهم و یا مقدار ورزشی که می‌کنم را تنظیم کنم.

۰.....۱.....۲.....۳.....۴.....۵.....۶.....۷.....۸.....۹.....۱۰
کاملاً موافق تقریباً موافق کمی موافق مطمئن نیستم کمی مخالف تقریباً مخالف کاملاً مخالف

(۴) من فشار خون طبیعی دارم.*

۰.....۱.....۲.....۳.....۴.....۵.....۶.....۷.....۸.....۹.....۱۰
کاملاً موافق تقریباً موافق کمی موافق مطمئن نیستم کمی مخالف تقریباً مخالف کاملاً مخالف

(۵) من می‌توانم با اطمینان سبک زندگی فعلی خود را ادامه دهم (یعنی خوردن/آشامیدن و ورزش کردن به شکلی که در حال حاضر انجام می‌دهم).*

۰.....۱.....۲.....۳.....۴.....۵.....۶.....۷.....۸.....۹.....۱۰
کاملاً موافق تقریباً موافق کمی موافق مطمئن نیستم کمی مخالف تقریباً مخالف کاملاً مخالف

(۶) فشار خون بالا تاثیر منفی بر سلامت من داشته یا می‌تواند داشته باشد (بیماری قلبی، حمله قلبی، نارسایی قلبی، سکته مغزی، نزدیک به سکته مغزی، بیماری کلیوی، از دست دادن بینایی، و ..).

۰.....۱.....۲.....۳.....۴.....۵.....۶.....۷.....۸.....۹.....۱۰
کاملاً موافق تقریباً موافق کمی موافق مطمئن نیستم کمی مخالف تقریباً مخالف کاملاً مخالف

(۷) فشار خون من مرتب در محدوده فشار خون بالا است (یعنی $\geq 140/90$).*

۰.....۱.....۲.....۳.....۴.....۵.....۶.....۷.....۸.....۹.....۱۰
کاملاً موافق تقریباً موافق کمی موافق مطمئن نیستم کمی مخالف تقریباً مخالف کاملاً مخالف

۸) من به داروهای کاهش دهنده فشار خون نیاز دارم.

۰.....۱.....۲.....۳.....۴.....۵.....۶.....۷.....۸.....۹.....۱۰

کاملاً موافق تقریباً موافق کمی موافق مطمئن نیستم کمی مخالف تقریباً مخالف کاملاً مخالف

پایان

* برای کاربرد، برگه نمره دهی را ببینید.

www.illnessawarenessscales.com | Copyright © Centre for Addiction & Mental Health (CAMH)