

سوالات کلیدی پرسشنامه ها در مراقبت های غیر حضوری ویژه مراقبین سلامت

پرسشنامه دخانیات :

- ۱- آیا شما در حال حاضر سیگار یا هر گونه دخانیات مانند قلیان مصرف می کنید؟ مصرف سیگار در اطرافیان هم بررسی شود ؟
- ۲- چند سال سابقه مصرف دخانیات دارید؟
- ۳- در روز چند نخ سیگار یا چه مقدار سایر مواد دخانی مانند قلیان مصرف می کنید؟

پرسشنامه فعالیت بدنی:

- ۱- در یک روز چه مدت فعالیت بدنی شدید / متوسط / سبک دارید؟ (هر گونه فعالیت بدنی در محدوده منزل نیز ارزیابی گردد)
- ۲- چه مقدار پیاده روی یا دوچرخه سواری می کنید؟
- ۳- معمولاً در روز چه مدت بی تحرک یا نشسته هستید؟

پرسشنامه تغذیه برای تمام سنین:

- ۱- مصرف میوه و سبزی روزانه شما چقدر است؟ (چند واحد)
 - ۲- در روز چقدر کربوهیدرات (نان ، برنج) مصرف می کنید؟ (چند واحد)
 - ۳- نوع پخت مواد غذایی و روغن مصرفی و نمک بررسی شود (سرخ کردنی / آب پز / کبابی)
- در گروه سنی نوجوان مصرف فست فود / تنقلات کم ارزش یا بی ارزش (مانند چیپس ، پفک ، نوشابه و...) بررسی شود .
 - در گروه سنی سالمندان کاهش مصرف غذا در ۳ ماه اخیر به علل آن کاهش اشتها ، مشکلات گوارشی، مشکلات دندانی و جویدن یا اختلال بلع بررسی و نتیجه آن بشرح زیر یادداشت گردد
- الف) کاهش شدید مصرف غذا ب) کاهش متوسط مصرف غذا ج) بدون تغییر

پرسشنامه سلامت روان ۷-۱۵ سال :

- ۱- آیا احساس غمگینی و غصه می کند؟
 - ۲- آیا نمی توانید تمرکز کنید و حواس پرتی دارد؟
 - ۳- با بقیه بچه ها دعوا دارد و دیگران را دست می اندازد؟
- مهم: در صورت نیار افکار خودکشی پرسش گردد مانند آیا هیچ گاه شده که از زندگی خسته شده و به مرگ فکر کند؟

پرسشنامه ارزیابی روانشناختی :

۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته بدون دلیل مشخصی خیلی خسته هستید و انرژی ندارید ؟

الف) همیشه (ب) بیشتر اوقات (ج) گاهی اوقات (د) به ندرت (ه) اصلا

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس کردید بشدت مضطرب و عصبی هستید و هیچ چیزی نمی تواند شما را آرام کند؟

الف) همیشه (ب) بیشتر اوقات (ج) گاهی اوقات (د) به ندرت (ه) اصلا

۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس کردید بشدت افسرده و غمگین بودید و هیچ چیزی خوشحالتان نمی کند ؟

الف) همیشه (ب) بیشتر اوقات (ج) گاهی اوقات (د) به ندرت (ه) اصلا

مهم: در صورت نیا افکار خودکشی پرسش گردد مانند آیا هیچ گاه شده که از زندگی خسته شده و به مرگ فکر کند؟

پرسشنامه آسم و آلرژی:

۱- آیا در ۱۲ ماه گذشته دچار خس خس سینه یا شنیدن صدای سوت در سینه شده اید؟ دچار تنگی نفس شده اید؟

۲- آیا در ۱۲ ماه گذشته به علت سرفه یا تنگی نفس از خواب بیدار شده اید؟

۳- آیا دچار حملات آسم شده اید و یا داروی آسم مصرف می کنید و یا آلرژی دارید ؟

پرسشنامه ارزیابی درد ایسکمیک قلبی (افراد بالای ۴۰ سال):

۱- آیا تاکنون احساس درد و ناراحتی بر روی قفسه سینه خود داشته اید؟ هنگام بالا رفتن یا سرعت در دویدن بیشتر شده است؟

۲- آیا این درد قفسه سینه شما با توقف کردن تسکین می یابد؟

۳- محل درد و ناراحتی در قفسه سینه خود را شرح دهید.