

ID No.



THE UNIVERSITY OF
MELBOURNE

heiQ

прашалник за влијанието на здравственото воспитување

Верзија 2.0 ОСНОВА

Упатства

Благодарам што одвоивте време да учествувате во ова истражување.

Во него нема точни или погрешни одговори, но ве молам да се потрудите на секое прашање да дадете најдобар можен одговор.

Ако имате прашања околу ова истражување или сакате да проверите дали сте разбрале што да сторите, ве молам контактирајте со вашиот водач на курсот.

Вашите одговори се во доверба и водачот на курсот нема да ги прочита. Вие може да го вратите heiQ™ прашалникот на водачот на курсот или на Chronic Disease Self-Management Research Unit. Ако го враќате на вашиот водач на курсот, ве молам користете го приложениот плик и залепете го за да се сочува вашата доверливост.

Ви благодарам уште еднаш за вашата помош.

Richard Osborne, PhD
Chronic Disease Self-Management Research Unit
Centre for Rheumatic Diseases Department of Medicine,
The Royal Melbourne Hospital The University of Melbourne
Parkville, VIC 3050

Телефон: (03) 8344 3148
Факс: (03) 9342 7632

		Date	Initials
OFFICE USE ONLY	Received	_____	_____
	Entered	_____	_____

Упатства

Ве молиме означете колку не се согласувате или се согласувате со следните изјави, со тоа што ќе го обележите одговорот што сега најдобро ве опишува.

Пример

Г-ѓа Јана Јаневска на овие прашања одговори на следен начин:

Со крвче обележете еден квадрат:

Токму сега

Прашања:

1. Јас се занимавам со некое од моите хобија.
2. Планирам да правам физичка активност

	Целосно не се согласувам	Не се согласувам	се согласувам	Целосно се согласувам
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Одговорот на Јана на Прашањето 1 покажува дека токму сега таа се согласува оти во последно време таа се занимава со некое од нејзините хобија.

Во Прашањето 2 Јана не се согласува со изјавата дека токму сега планира да прави физичка активност.

Ве молиме одговорете на следните прашања:

Со крвче обележете еден квадрат:

Токму сега

	Целосно не се согласувам	Не се согласувам	се согласувам	Целосно се согласувам
1. Повеќето денови во неделата јас правам најмалку една активност заради подобрување на моето здравје (на пример: пешачење, релаксација, вежбање)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Кога мислам за моето здравје тоа не ме загрижува	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Повеќето денови јас правам некои од работите во кои навистина уживам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Освен што одам кај мојот доктор, јас редовно ги следам промените на моето здравје	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Јас сум често загрижен/загрижена за моето здравје.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Се обидувам животот да го искористам најдобро што можам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Јас знам кои работи може да ги предизвикаат и влошат моите здравствени проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Моите здравствени проблеми ме прават многу незадоволен/незадоволна од животот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ве молиме одговорете на следните прашања:

Со крвче обележете еден квадрат:

Токму сега

	Целосно не се согласувам	Не се согласувам	Се согласувам	Целосно се согласувам
9 Јас правам интересни работи во животот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Јас се чувствувам сигурен/сигурна кога мислам за моето здравје	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Јас знам кога мојот начин на живеење (на пример: вежбање, исхрана, стрес) ми создава здравствени проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Секој ден по најмалку 30 минути јас правам најмалку еден вид физичка активност (на пример: пешачење, градинарство, домашни работи, голф, куглање, танцување, пливање)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Јас се чувствувам задоволен/задоволна кога мислам за моето здравје	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Во следните неколку дена планирам да правам работи во кои уживам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Дури и со моите здравствени проблеми, јас сум задоволен/задоволна со мојот живот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Јас многу добро знам кога и зошто треба да ги земам моите лекови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Јас сум често лут/лута кога мислам за моето здравје	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Повеќето денови во неделата јас одвојувам време за здрави активности (на пример: пешачење, релаксација, вежбање)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Поради моите здравствени проблеми јас се чувствувам безнадежно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Јас чувствувам дека сум активно вклучен/вклучена во животот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Кога имам здравствени проблеми, јас точно знам што треба да правам за да ги држам под контрола	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Јас се чувствувам опуштен/опуштена кога мислам за моето здравје	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Јас внимателно го надгледувам моето здравје и правам сè што треба за да останам што е можно поздрав/поздрава	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Јас се вознемирувам кога мислам за моето здравје	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Повеќето денови во неделата, заради вежбање, јас одам пеш најмалку 15 минути дневно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Јас сум полн/полна со надеж за моите здравствени проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Што се однесува на моето здравје, јас имам реалистични очекувања што можам, а што не можам да правам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Ако мислам за моето здравје јас станувам потиштен/потиштена	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Со крвче обележете еден квадрат:



Токму сега

Целосно не се согласувам
Не се согласувам
се согласувам
Целосно се согласувам

29	Јас многу добро ги користам физичките помагала за да си помогнам во врска со здравјето	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Ако ми треба помош, има многу луѓе на кои може да се потпрам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Јас знам ефикасни начини за да спречам моите симптоми (на пример: непријатно чувство, болка и стрес) да ми ограничуваат што може да правам во животот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Јас имам многу добри односи со моите здравствени професионалци	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Јас многу добро знам како да се справам со моите здравствени проблеми	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Кога имам симптоми, јас имам способности што ми помагаат да се справам со нив	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Се обидувам моите здравствени проблеми да не ме спречуваат да уживам во животот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Јас имам доволно пријатели кои ми помагаат да се справам со моите здравствени проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Со мојот доктор јас комуницирам со многу доверба за моите потреби од здравствена нега	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Јас имам добри познавања за опремата што може да ми го олесни животот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Кога сум болен/болна, моето семејство и негувателите навистина разбираат низ што поминувам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	На здравствените професионалци јас со доверба им ги давам информациите кои им се потребни за да ми помогнат	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Ресурсите за здравствена нега (на пример: докторите, болниците и комуналните служби) ги задоволуваат моите потреби	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Моите здравствени проблеми не ми го уништуваат животот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Општо земено, јас чувствувам дека пријателите или семејството добро се грижат за мене	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Јас чувствувам дека животот ми е многу добар дури и кога имам здравствени проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Јас имам доволно можности за моите здравствени проблеми да разговарам со луѓе што ги разбираат	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Јас соработувам со моите доктори и други здравствени професионалци	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Јас не дозволувам моите здравствени проблеми да управуваат со мојот живот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Јас поседувам ефикасни способности кои ми помагаат да се справам со стрес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Ако други може да се справат со проблеми како моите, можам и јас	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Некои податоци за вас

- 50 Колку години имате?
- 51 Кој е вашиот пол?
 Жена Маж
- 52 Кој е поштенскиот код на вашиот дом?
- 53 Заедно со вас, колку лица на возраст од 18 години или постари живеат во вашето домаќинство?
- 54 Дали сте по потекло Абориџин или од Островите Торес Стрејт?
 Да Не
- 55 Во која земја сте родени?
 (наведете конкретно)
- 56 Дали дома зборувате некој јазик кој не е англискиот?
 (наведете конкретно)
- 57 Кој е највисокиот степен на образование што сте го завршиле?
 Ниедно или неколку одделенија на основно училиште
 Основно училиште
 Средно училиште до 8. клас
 Средно училиште до 12. клас
 TAFE/Занает
 Факултет или повисоко
- 58 Дали имате некоја долготрајна болест, попреченост или неспособност, која во подолг период ви прави проблеми или е веројатно дека ќе влијае врз вас во иднина?
 (означете ги со сите што се однесуваат на вас)
- Остеоартритис
 Реуматичен артритис
 Fibromyalgia
 Остеопороза
 Коронарно срцево заболување
 Астма
 Дијабетес
 Рак
 Депресија
 Друга
- (Ве молиме наведете која друга)
- 59 Ве молиме наведете го вашиот **главен** здравствен проблем
 (наведете само **еден**)

Денешен датум (пополнете)

/ / 2007

- 60 Дали било кога сте учествувале во некој курс за здравствено образование или програма за рехабилитација?
 (на пример: програма за артритис, астма, дијабетес итн.)
 Ако одговорот е ДА, наведете конкретно кои:

Вид	Година
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 61 Која од следните изјави најдобро го опишува вашиот пушачки статус? (означете со само **еден**.)
- a Пушам секој ден b Пушам повремено
 c Не пушам d Никогаш не сум пушел/пушела
- 62 Дали сте сега во платен работен однос?
 (означете со само **еден** квадрат)
- a Да, вработен/вработена со полно работно време
 b Да, вработен/вработена со неполно работно време
 c Не, невработен/невработена
 d Не, домашни должности
 e Не, пензионер
- Друго (наведете конкретно)

- 63 Дали имате Health Care Concession Card?
 Ако одговорот е ДА, означете ги со сите што ги имате:
- a Не
 b Pensioner Concession Card - (PCC)
 c Commonwealth Health Care Card - (HCC)
 d Commonwealth Seniors Health Card
 e Repatriation Card from the Dept. of Veteran Affairs
 f Low Income Health Card

Друго (наведете конкретно)

- 64 Освен Медикер, дали сега имате приватно здравствено осигурување?
 Да Не
- 65 Дали планирате да ја намалите тежината во блиска иднина?
 Да Не

- 66 Ве молиме наведете ја вашата сегашна

висина	тежина
a <input type="text"/> f/in	b <input type="text"/> lbs
<input type="text"/> м/цм	<input type="text"/> кг

Благодариме што одвоивте време за пополнување на овој прашалник.
 Ве молиме проверете дали сте одговориле на сите прашања.