**SAMOOPIEKA W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM**

**Wer. 2.0 (marzec 2016)**

*Wszystkie odpowiedzi będą traktowane jako poufne.*

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania zgodnie z Pańskim/Pani samopoczuciem w ciągu ostatniego miesiąca lub od czasu ostatniej konsultacji.

**SEKCJA A:**

Poniżej wymieniono typowe zalecenia dla osób z nadciśnieniem tętniczym. Jak często wykonuje Pan/Pani te czynności? Prosimy o zakreślenie jednej cyfry przy każdej pozycji.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nigdy/ rzadko** | Czasami | Często | Zawsze/ codziennie |
| 1. Pomiar ciśnienia krwi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Spożywanie dużych ilości owoców i warzyw | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Podejmowanie dowolnej aktywności fizycznej (np. spacer, pójście na zakupy) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Odbycie umówionych wizyt u lekarza/pielęgniarki | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Stosowanie diety o niskiej zawartości soli | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Wykonywanie ćwiczeń fizycznych przez 30 minut | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Zamawianie lub wybieranie potraw o niskiej zawartości soli w restauracjach lub podczas odwiedzin | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Korzystanie z systemu ułatwiającego pamiętanie o przyjmowaniu leków, na przykład z pojemnika na tabletki lub przypomnień | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Stosowanie diety o niskiej zawartości tłuszczu | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Odchudzanie lub dbanie o utrzymanie prawidłowej masy ciała | 1 | 2 | 3 | 4 |

**SEKCJA B:**

##### Wielu pacjentów ma trudności w utrzymaniu prawidłowego ciśnienia krwi.

Czy w ciągu ostatniego miesiąca zdarzyło się Panu/Pani mieć podwyższone ciśnienie krwi (nawet przez krótki czas)? Prosimy o zakreślenie jednej odpowiedzi.

1. Nie
2. Tak

##### Jeśli w ciągu ostatniego miesiąca zdarzyło się Panu/Pani mieć trudności w utrzymaniu prawidłowego ciśnienia krwi...

(Prosimy o zakreślenie **jednej** cyfry)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nie zdarzyło się** | **Nie zauważyłem/am** | **Niezbyt szybko** | **Umiarkowanie szybko** | **Szybko** | **Bardzo szybko** |
| Jak *szybko* udało się Panu/Pani zauważyć u siebie podwyższone ciśnienie krwi? | n.d. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Poniżej wymieniono sposoby stosowane w celu osiągnięcia prawidłowego ciśnienia krwi. Na ile prawdopodobne jest, że spróbuje Pan/Pani skorzystać z tych sposobów w przypadku podwyższenia ciśnienia krwi?

(Prosimy o zakreślenie **jednej** cyfry przy każdym ze sposobów)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nie jest prawdopodobne** | **Umiarkowanie prawdopodobne** | **Prawdopodobne** | **Bardzo prawdopodobne** |
| 1. Obniżenie ilości soli w pożywieniu | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Obniżenie poziomu stresu | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Bardziej regularne przyjmowanie przepisanych leków | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Kontakt z lekarzem/pielęgniarką w celu zasięgnięcia porady | 1 | 2 | 3 | 4 |

##### Prosimy o przypomnienie sobie ostatniej sytuacji, gdy miał Pan/miała Pani podwyższone ciśnienie krwi.

(Prosimy o zakreślenie **jednej** cyfry)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nie podjąłem/ podjęłam żadnych działań** | **Nie mam pewności** | **Z umiarkowaną pewnością** | **Z pewnością** | **Z dużą pewnością** |
| Z jaką pewnością może Pan/Pani stwierdzić, że podjęte działania były skuteczne lub nieskuteczne? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**SEKCJA C**:

Na ile jest Pan/Pani **pewien/pewna**, że jest w stanie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nie jestem pewien/ pewna** | **Jestem umiarkowanie pewien/ pewna** | **Jestem pewien/ pewna** | **Jestem zdecydowanie pewien/ pewna** |
| 1. Utrzymać prawidłowe ciśnienie krwi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Stosować się do zaleconego sposobu leczenia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Rozpoznać zmianę swojego stanu zdrowia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Ocenić zmianę swojego ciśnienia krwi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Podjąć działania w celu osiągnięcia prawidłowego ciśnienia krwi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Ocenić, na ile skuteczne są takie działania | 1 | 2 | 3 | 4 |