

## 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
2. Spożywanie dużych ilości owoców i warzyw	1	2	3	4
3. Podejmowanie dowolnej aktywności fizycznej (np. spacer, pójście na zakupy)	1	2	3	4
4. Odbycie umówionych wizyt u lekarza/pielęgniarki	1	2	3	4
5. Stosowanie diety o niskiej zawartości soli	1	2	3	4
6. Wykonywanie ćwiczeń fizycznych przez 30 minut	1	2	3	4
7. Przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza	1	2	3	4
8. Zamawianie lub wybieranie potraw o niskiej zawartości soli w restauracjach lub podczas odwiedzin	1	2	3	4
9. Korzystanie z systemu ułatwiającego pamiętanie o przyjmowaniu leków, na przykład z pojemnika na tabletki lub przypomnień	1	2	3	4
10. Stosowanie diety o niskiej zawartości tłuszczu	1	2	3	4
11. 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

12. 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	Niezbyst 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
13. Obniżenie ilości soli w pożywieniu	1	2	3	4
14. Obniżenie poziomu stresu	1	2	3	4
15. Bardziej regularne przyjmowanie przepisanych leków	1	2	3	4
16. Kontakt z lekarzem/pielęgniarką w celu zasięgnięcia porady	1	2	3	4

17. 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	Zumiarkowaną 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 umiarkowani e pewien/ pewna	Jestem pewien/ pewna	Jestem zdecydowanie pewien/ pewna
18. Utrzymać prawidłowe <u>ciśnienie krwi</u>	1	2	3	4
19. <u>Stosować się do zaleconego sposobu leczenia</u>	1	2	3	4
20. <u>Rozpoznać zmianę</u> swojego stanu zdrowia	1	2	3	4
21. <u>Ocenić zmianę</u> swojego ciśnienia krwi	1	2	3	4
22. <u>Podjąć działania</u> w celu osiągnięcia prawidłowego ciśnienia krwi	1	2	3	4
23. <u>Ocenić</u> , na ile skuteczne są takie działania	1	2	3	4