

[고혈압 환자 - 교육 전 평가]

조사일시 : 20 년 월 일	성명 :	생년월일: 년 월 일
-----------------	------	----------------------

* 각 문항을 읽고 해당 칸에 표시를 해주십시오.

1. 고혈압에 해당하는 수치는 얼마입니까?	<input type="checkbox"/> ① 100/70mmHg <input type="checkbox"/> ② 110/80mmHg <input type="checkbox"/> ③ 120/80mmHg <input type="checkbox"/> ④ 140/90mmHg
2. 다음 중 고혈압환자의 식사습관으로 가장 적절한 것은 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> ① 야채나 과일대신 삼겹살을 먹는 것이 좋다 <input type="checkbox"/> ② 짜지 않게 먹는다 <input type="checkbox"/> ③ 외식은 자주하는 것이 좋다 <input type="checkbox"/> ④ 술은 마셔도 괜찮다
3. 혈압약을 먹다가 혈압이 정상 수치로 돌아오면 약을 먹지 않는다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4. 혈압이 높아도 몸에 나타나는 증상이 없으면 고혈압 약은 안 먹어도 된다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
5. 고혈압 약을 먹으면 몸에 해롭다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

문 항	매우 자신 있다	자신 있다	보통 이다	자신이 없다	매우 자신이 없다
1. 나는 고혈압과 합병증을 예방하기 위한 약물관리방법을 실천할 수 있다	<input type="checkbox"/>				
2. 나는 고혈압 등의 응급상황에 대처하는 방법을 실천할 수 있다	<input type="checkbox"/>				
3. 나는 저염식 조리방법을 실천할 수 있다	<input type="checkbox"/>				
4. 나는 혈압관리를 위한 식사관리 방법을 실천할 수 있다	<input type="checkbox"/>				
5. 나는 의사와 상의 후 하루 15분 이상 일주일에 3-5회 운동을 실천 할 수 있다.	<input type="checkbox"/>				

* 다음은 귀하의 일반적인 사항에 대한 질문입니다. 해당 칸에 표시 또는 기재해 주십시오.

1. 언제 고혈압을 진단 받으셨습니까? (년 월)

2. 고혈압 교육을 받으신 적이 있으십니까?

예, 있습니다. 아니오, 없습니다.(3번으로)



2-1. (교육 받은 적 있는 경우만 응답하세요)

어떤 내용을 교육 받으셨습니까?

질병교육 영양교육 발관리 운동교육 기타()

2-2. (교육 받은 적 있는 경우만 응답하세요)

어디서 교육 받으셨습니까?

병원이나 의원 보건소 기타()

3. 현재 결혼 상태는 어떻습니까?

미혼 결혼 이혼 사별

- 설문에 참여하여 주셔서 감사합니다.-

[고혈압 환자 - 교육 후 평가]

조사일시 : 20 년 월 일	성명 :	생년월일: 년 월 일
-----------------------	------	--------------------

* 각 문항을 읽고 해당 칸에 표시를 해주십시오.

1. 고혈압에 해당하는 수치는 얼마입니까?	<input type="checkbox"/> ① 100/70mmHg <input type="checkbox"/> ② 110/80mmHg <input type="checkbox"/> ③ 120/80mmHg <input type="checkbox"/> ④ 140/90mmHg
2. 다음 중 고혈압환자의 식사습관으로 가장 적절한 것은 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> ① 야채나 과일대신 삼겹살을 먹는 것이 좋다 <input type="checkbox"/> ② 짜지 않게 먹는다 <input type="checkbox"/> ③ 외식은 자주하는 것이 좋다 <input type="checkbox"/> ④ 술은 마셔도 괜찮다
3. 혈압약을 먹다가 혈압이 정상 수치로 돌아오면 약을 먹지 않는다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4. 혈압이 높아도 몸에 나타나는 증상이 없으면 고혈압 약은 안 먹어도 된다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
5. 고혈압 약을 먹으면 몸에 해롭다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

문 항	매우 자신 있다	자신 있다	보통 이다	자신이 없다	매우 자신이 없다
1. 나는 고혈압과 합병증을 예방하기 위한 약물관리방법을 실천할 수 있다	<input type="checkbox"/>				
2. 나는 고혈압 등의 응급상황에 대처하는 방법을 실천할 수 있다	<input type="checkbox"/>				
3. 나는 저염식 조리방법을 실천할 수 있다	<input type="checkbox"/>				
4. 나는 혈압관리를 위한 식사관리 방법을 실천할 수 있다	<input type="checkbox"/>				
5. 나는 의사와 상의 후 하루 15분 이상 일주일에 3-5회 운동을 실천 할 수 있다.	<input type="checkbox"/>				

* 다음은 이번에 귀하가 받으신 교육에 대한 문항입니다. 해당 칸에 ☑ 표시해 주십시오.

문 항	매우 자신 있다	자신 있다	보통 이다	자신이 없다	매우 자신이 없다
전체적으로 내가 받은 교육에 만족한다.	<input type="checkbox"/>				
교육 담당자의 설명은 이해하기 쉬웠다.	<input type="checkbox"/>				
교육 장소는 교육 받는데 불편함이 없었다.	<input type="checkbox"/>				
주제별 교육 시간은 적절하였다.	<input type="checkbox"/>				
교육 내용은 집에서 내가 혼자 고혈압이나 당뇨병을 관리하는데 도움이 되었다.	<input type="checkbox"/>				
이 교육을 다른 사람에게 소개할 의향이 있다.	<input type="checkbox"/>				
다른 사람에게 배운 내용을 설명해 줄 수 있다.	<input type="checkbox"/>				
다른 교육에도 참석해 보고 싶다.	<input type="checkbox"/>				

* 고혈압 교육과 관련하여 말씀하시고 싶은 것이 있으시면 적어주세요.

- 설문에 참여하여 주셔서 감사합니다.-