

DOŚWIADCZANIE KORZYŚCI I BARIER W LECZENIU

W tej części proszę zakreślić jedną cyfrę na każdej skali, aby wskazać, jak bardzo się Pan/Pani zgadza lub nie zgadza z każdym z poniższych stwierdzeń.

- Na poniższych skalach
- 6 = Zdecydowanie się zgadzam
 - 5 = Umiarkowanie się zgadzam
 - 4 = Trochę się zgadzam
 - 3 = Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
 - 2 = Trochę się nie zgadzam
 - 1 = Umiarkowanie się nie zgadzam
 - 0 = Zdecydowanie się nie zgadzam

	Zdecydo- wanie się nie zgadzam							Zdecydo- wanie się zgadzam
1. Regularne ćwiczenia pomagają mi kontrolować cukrzycę.	0	1	2	3	4	5	6	
2. Właściwe kontrolowanie cukrzycy nakłada ograniczenia na cały mój styl życia.	0	1	2	3	4	5	6	
3. Właściwe kontrolowanie cukrzycy zakłóca moją pracę (płatną lub niepłatną, w tym obowiązki domowe).	0	1	2	3	4	5	6	
4. Ryzyko reakcji insulinowych (hipoglikemii) maleje, jeśli jem posiłki w regularnych odstępach czasu.	0	1	2	3	4	5	6	

NOT FOR USE: For review and study administration only