**Опросник самопомощи при ишемической болезни сердца**

*Все ответы конфиденциальны*

Подумайте о том, как Вы себя чувствовали в прошлом месяце или с момента последней консультации при заполнении этих пунктов.

**РАЗДЕЛ А:**

Ниже перечислены общие рекомендации для людей с сердечными заболеваниями. Насколько регулярно Вы выполняете следующее?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Никогда  или  редко | Иногда | Часто | Всегда  или  ежедневно |
| 1 | Посещаете врача или медсестру? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Принимаете аспирин или другие препараты, разжижающие кровь? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Измеряете артериальное давление? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Делаете упражнения в течение 30 минут? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Принимаете лекарства в соответствии с назначениями врача? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Спрашиваете продукты с низким содержанием жира, когда едите вне дома или в гостях? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Используете определенную систему, чтобы не забыть о приеме лекарств? Например, таблетницу или памятки | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Употребляете в пищу фрукты и овощи? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Избегаете курения и/или табачного дыма? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Пытаетесь сбросить вес или контролируете его? | 1 | 2 | 3 | 4 |

**РАЗДЕЛ Б:**

Болезни сердца могут проявляться в виде боли, давления в грудной клетке, чувства жжения, тяжести в груди, одышки или усталости.

В прошедший месяц испытывали ли Вы какие-либо из указанных симптомов: Обведите нужное.

1. Нет
2. Да

11. Если Вы испытывали какие-либо из указанных симптомов заболевания сердца в прошлом месяце…

(обведите **одну** цифру)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Не испытывал такого | Не распознал(а) его | Небыстро | Довольно быстро | Быстро | Очень быстро |
| Как быстро Вы распознали это как симптом заболевания сердца? | Не применимо | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ниже перечислены действия, которые предпринимают люди с заболеваниями сердца. Если у Вас возникают симптомы, насколько вероятно, что Вы попробуете одно из этих действий?

(обведите **одну** цифру для каждого средства)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Мало-  вероятно | С небольшой вероятностью | Вероятно | С большой вероятностью |
| 12 | Изменяете уровень активности? (замедляетесь, отдыхаете) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Принимаете нитроглицерин (если Вам не назначен нитроглицерин, пропустите этот пункт) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Звоните врачу или медсестре для получения указаний | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Принимаете аспирин | 1 | 2 | 3 | 4 |

16. Подумайте о мерах, которые вы предпринимали в прошлый раз, когда вы испытывали симптомы заболевания сердца

(обведите **одну** цифру)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Я ничего не предпринял(а) | Не уверен(а) | Достаточно уверен(а) | Уверен(а) | Точно уверен(а) |
| Насколько Вы были уверены, что данная мера помогла или не помогла? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**РАЗДЕЛ В:**

В целом, насколько Вы уверены в том, что можете:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Не уверен(а) | Довольно уверен(а) | Очень уверен(а) | Чрезвычайно уверен(а) |
| 17 | Не допускать появление симптомов? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Следовать данным Вам советам по лечению? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Распознавать изменения в собственном здоровье? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Оценить важность своих симптомов? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Принимать меры для облегчения своих симптомов? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Оценивать, насколько эффективно работает лекарство? | 1 | 2 | 3 | 4 |