

## 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 небольшо й вероятнос тью	Вероятно	С большой вероятнос тью
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 появления 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