**SELF-CARE OF CORONARY HEART DISEASE INVENTORY**

 **(SC-CHDI V3)**

*Tutte le risposte sono confidenziali*

Nel rispondere a questo questionario pensi a come si è sentito durante l'ultimo mese.

**SEZIONE A:**

Di seguito sono elencate semplici istruzioni che vengono date a persone con malattie cardiache. Quanto spesso lei mette in atto quanto segue?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mai o Raramente** |  | **Qualche volta** |  | **Sempre** **o tutti i giorni** |
| 1. Rispettare gli appuntamenti col medico o con l'infermiere?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Prende l'aspirina o altri farmaci che rendono il sangue più fluido?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Fare qualcosa per alleviare lo stress (ad es. meditazione, yoga, ascoltare la musica)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Fare attività fisica (ad es. fare una camminata veloce o utilizzare le scale )?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Prendere i farmaci prescritti senza saltare una dose?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Chiedere cibi con pochi grassi quando mangia fuori casa o a casa di altri ?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Cercare di evitare di ammalarsi (ad es. fare la vaccinazione per l’influenza o lavarsi le mani)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mangiare frutta e verdura?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Evitare il fumo di sigaretta e/o di stare vicino a chi sta fumando?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Sezione B:**

Qui sotto sono riportati i comportamenti comuni che le persone con malattia delle arterie coronarie tengono sotto controllo (ovvero monitorano). Quanto spesso lei effettua quanto segue?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mai o Raramente** |  | **Qualche volta** |  | **Sempre o tutti i giorni** |
| 1. Monitorare le sue condizioni?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Fare attenzione ai cambiamenti di come lei si sente?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Controllare la pressione arteriosa?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Controllare se si stanca più del solito nel fare le normali attività?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Controllare gli effetti collaterali dei farmaci?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Controllare i suoi sintomi?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Controllare il suo peso?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**RICONOSCIMENTO DEI SINTOMI:**

##### Molte persone con malattie di cuore hanno sintomi quali *dolore al torace, pressione al torace, bruciore, pesantezza respiro corto e affaticamento.* L’ultima volta che lei ha avuto questi sintomi …

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Non ho avuto sintomi** | **No li ho riconosciuti** | **Non rapidamente** | **Abbastanza** **rapidamente** | **Molto rapidamente** |
| 1. … quanto velocemente lei li ha riconosciuti come sintomi dovuti al cuore?
 | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SEZIONE C:**

Di seguito sono riportate azionu che le persone con malattia cardiaca mettono in atto. Se lei ha sintomi, quanto è probabile che metta in atto le seguenti azioni?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Per niente probabile** |  | **Abbastanza probabile** |  | **Molto probabile** |
| 1. Cambiare il suo livello di attività (rallentare, riposarsi)
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Prendere un’aspirina
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Prendere un farmaco per alleviare o per far passare i sintomi?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Chiamare il suo medico o l'infermiere per chiedere cosa fare
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Parlare dei suoi sintomi al suo medico o infermiere alla prossima visita
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### Pensi al trattamento che ha messo in atto l’ultima volta che ha avuto sintomi a causa della malattia cardiaca.

#####

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Non ho fatto nulla** | **Non sono sicuro** |  | **Sono abbastanza sicuro** |  | **Sono molto socuro** |
| 1. Il trattamento messo in atto l’ha fatta sentire meglio?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

© Copyright held by Dr. Barbara Riegel