

УКРАЇНА



# СВІДОЦТВО

про реєстрацію авторського права на твір

№ 117934

Науковий твір «Опитувальник «Оцінка якості вторинної профілактики серцево-судинної патології»

(вид, назва твору)

Автор(и) Ягенський Андрій Володимирович, Сітовський Андрій Миколайович, Белікова Наталія Олександрівна, Індика Світлана Ярославівна

(повне ім'я, псевдонім (за наявності))

Дата реєстрації 7 квітня 2023 р.

Директор  
Державної організації  
«Український національний  
офіс інтелектуальної власності  
та інновацій»



М.П.

Олена ОРЛЮК





МІНЕКОНОМІКИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ ОРГАН ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ

**ДЕРЖАВНА ОРГАНІЗАЦІЯ  
«УКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ОФІС  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ ТА ІННОВАЦІЙ»  
(УКРНОІВІ)**

вул. Глазунова, буд. 1, м. Київ, 01601, тел.: (044) 209-27-06, (067) 501-05-95  
e-mail: office@nipo.gov.ua, http://www.nipo.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 44673629

**Р І Ш Е Н Н Я**

**ПРО РЕЄСТРАЦІЮ АВТОРСЬКОГО ПРАВА НА ТВІР**

Державна організація «Український національний офіс інтелектуальної власності та інновацій» розглянула заяву

**Ягєнський Андрій Володимирович, вул. Кравчука, 48, кв. 28, м. Луцьк, 43026**

(повне ім'я автора, адреса)

заявка від 8 березня 2023 р. № с202301448

про реєстрацію авторського права на твір і прийняла рішення зареєструвати авторське право на твір **Науковий твір «Опитувальник «Оцінка якості вторинної профілактики серцево-судинної патології»; Ягєнський Андрій Володимирович, Сітовський Андрій Миколайович, Белікова Наталія Олександрівна, Індика Світлана Ярославівна**

(вид, повна, скорочена (за наявності) назва твору, повне ім'я, псевдонім (за наявності) автора (ів))

Внесення відомостей до Державного реєстру свідоцтв про реєстрацію авторського права на твір та видача свідоцтва будуть здійснені за умови сплати збору за оформлення і видачу свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір відповідно до пункту 20 Порядку державної реєстрації авторського права і договорів, які стосуються права автора на твір, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 року № 1756 «Про державну реєстрацію авторського права і договорів, які стосуються права автора на твір».

Якщо протягом трьох місяців від дати одержання заявником рішення про реєстрацію авторського права на твір УКРНОІВІ не одержано документа про сплату збору за оформлення і видачу свідоцтва у розмірі та порядку, визначених законодавством, або копію документа, що підтверджує право на звільнення від сплати зазначеного збору, заявка вважається відхиленою і реєстрація авторського права та публікація відомостей про реєстрацію УКРНОІВІ не проводиться.

Директор



**Олена ОРЛЮК**

# ОПИТУВАЛЬНИК

## «ОЦІНКА ЯКОСТІ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ»

**Анотація.** Метою опитувальника є оцінка стану здоров'я пацієнтів, які перенесли інфаркт чи інсульт, а також, виявлення ризику можливих ускладнень й оцінка на цій основі обізнаності та прихильності до модифікації факторів ризику повторного інфаркту міокарда й інсульту.

Інформація, отримана у результаті опитування може використовуватись лікарями й фізичними терапевтами у подальшому виборі лікування, реабілітації та запобіганні ускладнень через ризик повторного інфаркту міокарда й інсульту. Крім того, аналіз результатів дослідження дасть змогу реально оцінити ситуацію у якій знаходяться люди, які перенесли вказані захворювання та розробити заходи по модифікації факторів ризику, акцентувати увагу на слабких ланках їх комплаєнсу що до модифікації факторів ризику повторного інфаркту міокарда й інсульту.

Опитувальник складається з пояснювальної записки, письмової інформованої згоди пацієнта, запитань блоку статистичних даних та запитань основного блоку.

У пояснювальній записці зазначено мету опитування та важливість отриманих даних для подальшої розробки стратегії лікування та реабілітації пацієнта.

Усі учасники дають письмову згоду на участь у опитуванні відповідно до основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.).

У блоці статистичних даних зазначають вік, стать, рівень освіти, сімейний стан, професійну зайнятість й економічний статус пацієнта.

У основному блоці пацієнт відмічає усі немедикаментозні заходи, яких він дотримується, а також відповідає на запитання, які дають змогу оцінити обізнаність й прихильність до медикаментозного лікування, модифікації факторів ризику – паління, алкоголь, нераціональне харчування й надмірна вага, стрес, гіподинамія, можливі

причини порушення терапевтичного режиму, взаємовідносини із лікарем та родичами й можливі бар'єри ефективної взаємодії.

Структура та зміст питань формувалися таким чином, щоб відповіді відображали поведінку пацієнтів щодо прийому ліків, обізнаності, модифікації способу життя, самоконтролю, мотивації до взаємодії.

Респонденту заздалегідь пояснюють правила заповнення та особливості окремих запитань. Усі питання зачитує інтерв'юер. При заповненні опитувальника пацієнту пропонують самостійно відповісти на запитання у присутності інтерв'юера. В окремих питаннях інтерв'юер зачитує варіанти відповідей. В окремих питаннях варіанти відповіді не зачитують, а очікують на спонтанну відповідь, а також пацієнт може вказати свій варіант відповіді. По кожному питанню розроблено детальну інструкцію для інтерв'юера.

Якщо пацієнт сам не може відповісти на запитання, це можуть зробити його близькі. При цьому описують причину.

Тривалість опитування не обмежують у часі.

**ОПИТУВАЛЬНИК**  
**«ОЦІНКА ЯКОСТІ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ**  
**ПАТОЛОГІЇ»**

**Пояснювальна записка**

Шановні добродіі!

Метою опитування є оцінка стану здоров'я хворих, які перенесли інфаркт чи інсульт, а також виявлення ризику можливих ускладнень.

Інформація, отримана від Вас допоможе Вашому лікарю у подальшому виборі лікування та запобіганні ускладнень. Крім того, аналіз результатів дослідження дасть змогу реально оцінити ситуацію у якій знаходяться люди, які перенесли вказані захворювання та розробити заходи по її покращенню.

Результати опитування будуть надані Вам й лікарю, що допоможе у виборі подальшого лікування.

Отримана від Вас інформація буде використана тільки для медичних цілей й конфіденційно.

Просимо надати письмову згоду на участь у опитуванні. Письмова згода є стандартною необхідною процедурою для проведення подібних опитувань.

**Письмова інформована згода**

Мені було роз'яснено суть опитування.

Я погоджуюсь відповісти на запитання щодо мого здоров'я та ризику серцево-судинних захворювань.

*(Якщо пацієнт сам не може відповісти на запитання, це можуть зробити його близькі. При цьому слід поставити відмітку (X) в цій клітинці [ ], і коротко описати причину.*

ППП пацієнта:

Підпис пацієнта (родичів):

Дата опитування:

## Блок статистичних даних

**С 1. Рік народження.**

**С 2. Освіта:**

- 1) початкова (менше 8 класів);
- 2) незакінчена середня;
- 3) середня;
- 4) середня спеціальна;
- 5) незакінчена вища;
- 6) вища.

**С 3. Сімейний стан:**

- 1) саодинокий;
- 2) одружений;
- 3) вдова/ вдівець;
- 4) розлучений;
- 5) інше (зазначити).

**С 4. Стать.**

**С 5. Працевлаштування / робота:**

- 1) підприємство / установа;
- 2) власний бізнес;
- 3) сільське господарство;
- 4) пенсіонер;
- 5) інвалід (зазначити групу);
- 6) не працюю;
- 7) безробітний.

**С 6. Яким в середньому є Ваш прибуток на особу з сімейного доходу за місяць у гривнях?** (Попередньо слід з'ясувати, чи опитуваний не проти надати інформацію про свої доходи: чи не проти Ви надати інформацію про свої доходи? Якщо у Вас є якісь сумніви, можете не надавати таку інформацію).

- 1) до 2500;
- 2) 2500-5000;
- 3) 5000-7500;
- 4) 7500-10000;
- 5) 10000-12500;
- 6) 12500-15000;
- 7) 15000-17500;
- 8) 17500-20000;
- 9) 20000-22500;
- 9) 22500-25000;
- 10) понад 25000;
- 11) Відмова.

## Блок опитувальника

### ! Попередня інструкція респондента перед початком опитування.

Респонденту наголошують, що переходять до відповідей на запитання: «Я буду зачитувати Вам окремі запитання, а Ви постарайтесь відповісти на них якомога точніше. Якщо не знаєте, що відповісти – не хвилюйтеся, так і скажіть».

### П 1. Яким, на вашу думку, є нормальний артеріальний тиск? Назвіть верхню межу норми систолічного й діастолічного тиску.

- 1) систолічний \_\_\_\_\_ ; діастолічний \_\_\_\_\_.
- 2) Я не знаю.

*(Відповіді не пропонують та не коментують. Обидва значення повинні бути вказані. Якщо названий лише систолічний чи діастолічний показник тиску – пацієнту нагадують про друге значення. Якщо пацієнт знає тільки одне значення тиску, то відповідь оцінюється як варіант 2) «Я не знаю»).*

### П 2. Який у Вас тиск?

**зачитують:**

- 1) нормальний чи низький;
- 2) підвищений.

**не зачитують:**

- 3) Я не знаю, важко сказати.

*(Якщо пацієнт знає рівень свого артеріального тиску, але не може класифікувати його, пояснюють, що підвищеним є тиск > 140/90 мм.рт.ст.).*

### П 3. Коли Ви вимірювали артеріальний тиск востаннє?

*(Зачитують відповіді з 1 до 6, якщо пацієнт обирає одну з них, далі не продовжують).*

- 1) протягом останнього місяця;
- 2) протягом останніх 6-ти місяців;
- 3) протягом останнього року;
- 4) протягом останніх 2-х років;
- 5) минуло більше 2-х років, як я вимірював тиск;
- 6) ніколи.

### П 4. Ризик яких захворювань чи ускладнень збільшується у людини, яка перенесла інфаркт міокарда чи інсульт?

*(Слід зачекати на спонтанну відповідь, не показувати написані варіанти відповідей. Може бути кілька варіантів відповідей. Слід впевнитися, що Ви правильно зрозуміли пацієнта. Інші відповіді записують у графі «9) інше»).*

- 1) інфаркт міокарда (в т.ч. повторний);
- 2) крововилив у мозок, інсульт (в т.ч. повторний);
- 3) серцева недостатність;
- 4) аритмія (порушення ритму серця);

- 5) раптова смерть;
- 6) необхідність у хірургічному втручанні на серці чи судинах;
- 7) атеросклероз судин;
- 8) я не знаю;
- 9) інше (вказати що саме).

**П 5. Як можна знизити ризик повторного інфаркту чи інсульту?**

*(Не зачитують відповіді, не показують написані відповіді. Може бути дано кілька відповідей. Зачекайте на спонтанну відповідь пацієнта. Інші відповіді напишіть нижче у графі №10). Якщо пацієнт відповість "дієта", запитайте яку їжу обмежити, а яку вживати більше і відмітьте № графі, або допишіть у інше – №10).*

- 1) регулярний прийом ліків;
- 2) зниження артеріального тиску у випадку артеріальної гіпертензії;
- 3) зменшення вживання жирів;
- 4) регулярне вживання овочів та фруктів;
- 5) відмова від куріння;
- 6) зменшення вживання алкоголю;
- 7) підвищення фізичної активності;
- 8) зменшення ваги у пацієнтів з її надлишком;
- 9) уникнення стресів;
- 10) інше(вказати що саме);
- 11) я не знаю.

**П 6. Чи застосовуєте Ви які-небудь методи профілактики серцево-судинних хвороб, тобто чи робите Ви щось для зменшення ризику виникнення чи погіршення цих хвороб?**

- 1) так;
- 2) ні (при цій відповіді переходять до питання 8).

**П 7. Які методи профілактики серцевих захворювань Ви застосовуєте?**

*(Не зачитуйте відповіді, не показуйте картку з відповідями. Зачекайте на спонтанну відповідь пацієнта. Можете відмітити кілька відповідей. Впевніться, що зрозуміли пацієнта. Якщо пацієнт відповість «дієта», запитайте яку їжу обмежує, а яку вживає більше і відмітьте. Інші відповіді запишіть у графі «10) інше»).*

- 1) регулярний прийом ліків;
- 2) зниження АТ при гіпертензії;
- 3) зменшення вживання жирів;
- 4) регулярне вживання овочів та фруктів;
- 5) відмова від куріння;
- 6) зменшення вживання алкоголю;
- 7) підвищення фізичної активності;
- 8) зменшення ваги при її надлишку;
- 9) уникнення стресів;



10) інше.

**П 8. Чи перенесли Ви інфаркт міокарда чи інсульт і скільки разів з приводу цього Ви були госпіталізовані за життя?**

***А. Інфаркт міокарда***

- 1) ні;
- 2) так (вказати кількість разів);
- 3) я не пам'ятаю, важко сказати.

***Б. Інсульт***

- 1) ні;
- 2) так (вказати кількість разів).
- 3) я не пам'ятаю, важко сказати.

**П 9. Чи проводились Вам будь-які оперативні втручання на коронарних артеріях?**

*(Можете відмітити кілька варіантів).*

- 1) так – аорто-коронарне шунтування;
- 2) так – коронарографія;
- 3) так – ангіопластика (роздування артерії балончиком) чи імплантація стента;
- 4) ні, жодних операцій на коронарних артеріях я не мав.

**П 10. Чи знаходитесь Ви під спостереженням лікаря з приводу перенесеного інфаркту / інсульту?**

***А. Терапевта / сімейного лікаря***

- 1) так;
- 2) ні.

***Б. Кардіолога***

- 1) так;
- 2) ні.

***В. Невропатолога***

- 1) так;
- 2) ні.

**П 11. Коли Ви обстежувались у лікаря востаннє з приводу хвороб серця чи мозку?**

*(Відповіді прочитайте).*

- 1) протягом останніх 3 місяців;
- 2) протягом останніх 6 місяців;
- 3) протягом останнього року;
- 4) протягом останніх двох років;
- 5) більше, ніж два роки;
- б) я не пам'ятаю.

**П 12. Чи хворієте Ви цукровим діабетом?**

- 1) так;
- 2) ні (при цій відповіді переходять до питання 15).

**П 13. Як довго Ви хворієте цукровим діабетом?**

*(вказати кількість років).*

**П 14. Як Ви лікували цукровий діабет в минулому і як лікуєте його тепер?**

*(Прочитайте відповіді і відмітьте одну).*

- 1) таблетки для зниження цукру спочатку, потім – інсулін;
- 2) таблетки для зниження цукру спочатку, потім – таблетки і інсулін;
- 3) інсулін від початку;
- 4) тільки таблетки для зниження цукру від початку;
- 5) тільки дієта від початку;
- 6) я не застосовую нічого;
- 7) інше (вказати що саме).

**П 15. Чи визначали ви рівень цукру в крові протягом останніх 12 місяців?**

- 1) так;
- 2) ні.
- 3) важко сказати, я не знаю, я не пам'ятаю.

**П 16. На Вашу думку високий рівень холестерину підвищує ризик розвитку серцево-судинної патології?**

- 1) так;
- 2) ні;
- 3) я не знаю.

**П 17. Які хвороби можуть розвиватись внаслідок підвищеного рівня холестерину?**

*(Не зачитуйте відповіді, не показуйте написані відповіді. Зачекайте на спонтанну відповідь пацієнта. Відмітьте подані відповіді. Інше вкажіть у П .№ 11).*

- 1) інфаркт міокарду;
- 2) інсульт;
- 3) захворювання периферичних судин (переміжна кульгавість);
- 4) ішемічна хвороба серця;
- 5) недостатність;
- 6) аритмія;
- 7) раптова смерть;
- 8) потреба в оперативному втручанні;
- 9) артеріальна гіпертензія;
- 0) онкологічні захворювання (рак);
- 11) інше (вказати що саме).

**П 18. Чи діагностував у Вас лікар підвищення рівня холестерину чи інших ліпідів?**

- 1) так;
- 2) ні (при цій відповіді переходять до питання 20).

**П 19. Які види порушень холестеринового обміну у Вас діагностували?**

*(Дайте змогу пацієнтові самому відповісти, якщо відповіді немає зачитайте відповіді. Можете відмітити кілька відповідей. Якщо пацієнт сумнівається відмітьте відповідь №4).*

- 1) підвищення рівня холестерину;
- 2) підвищення рівня тригліцеридів;
- 3) зниження рівня ліпопротеїдів високої густини (альфа-ліпопротеїдів);
- 4) я не пам'ятаю, я не знаю.

**П 20. Чи застосовуєте Ви спеціальну дієту, згідно рекомендацій лікаря чи іншого медпрацівника, для зниження рівня холестерину?**

- 1) так;
- 2) ні;
- 3) важко сказати, я не знаю.

**П 21. Чи вживали Ви ліки для зниження рівня холестерину що дня чи протягом останніх 2-х тижнів?**

- 1) так;
- 2) ні;
- 3) важко сказати, я не знаю.

**П 22. Чи визначали Ви рівень загального холестерину в крові протягом останніх 12 місяців?**

- 1) так;
- 2) ні;
- 3) важко сказати, я не знаю.

**П 23. На Вашу думку у Вас:**

- 1) значний дефіцит ваги;
- 2) дещо знижена вага;
- 3) нормальна вага;
- 4) дещо збільшена вага;
- 5) значний надлишок ваги.

**П 24. Чи турбує Вас Ваша вага?**

- 1) я не стурбований своєю вагою;
- 2) я стурбований через дефіцит ваги;
- 3) я стурбований через надлишок ваги.

**П 25. Які методи зниження ваги Ви знаєте?**

*(Не читайте відповіді, не показуйте написані відповіді. Може бути кілька відповідей. Якщо пацієнт відповість «дієта», запитайте яку їжу він обмежує, а яку вживає більше і відмітьте. Вимітьте дані відповіді. Інше зазначити у варіанті №9).*

- 1) фізична активність;
- 2) зменшення вживання жирів;
- 3) зменшення вживання цукру;
- 4) зменшення вживання мучної їжі;
- 5) збільшення вживання фруктів та овочів;
- 6) зменшення вживання спиртного;
- 7) застосування медикаментів, що корегують вагу;
- 8) я не знаю;
- 9) інше (вказати що саме).

**П 26. Чи Ви коли-небудь намагались схуднути?**

- 1) так;
- 2) ні (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 28).

**П 27. Чи вдавалось Вам коли-небудь досягти зниження ваги?**

*(Варіанти відповідей зачитують).*

- 1) так, але через деякий час вага знову ставала такою ж, як до схуднення або навіть більшою;
- 2) так, і тепер моя вага є меншою порівняно з тією, що була до схуднення;
- 3) ні, ніколи;
- 4) я не пам'ятаю.

**П 28. Скільки часу, в середньому за день, Ви проводите у приміщенні де курять.**

- 1) зазначити у годинах.

**П 29. Чи викурили Ви протягом життя 100 сигарет?**

- 1) так;
- 2) ні (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 34).

**П 30. Чи Ви курите в даний час?**

- 1) так (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 33).
- 2) ні (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 31).

**П 31. Якщо не курите, то в якому віці перестали курити?**

- 1) вказати вік.



**П 32. Що стало причиною Вашої відмови від куріння?**

*(Прочитайте відповіді; може бути декілька варіантів відповідей).*

- 1) хвороба (перенесений інфаркт / інсульт);
- 2) небезпека виникнення захворювання;
- 3) рекомендації медиків;
- 4) наполягання друзів;
- 5) наполягання родичів;
- 6) фінансові причини;
- 7) негативне ставлення до куріння;
- 8) інше (вказати що саме).

**П 33. Чи Ви курили щоденно останніх 6 місяців?**

*(Якщо респондент курить чи курил менше однієї сигарети в день, виберіть „Ні”. Якщо вказує «від і до» фіксувати більшу цифру).*

А. Сигарети з фільтром:

- 1) так – скільки сигарет з фільтром Ви викурюєте за день (вказати скільки)?
- 2) ні.

Б. Сигарети без фільтру:

- 1) скільки сигарет без фільтру Ви викурюєте за день (вказати скільки)?
- 2) ні.

**П 34. Скільки часу Вам доводиться ходити пішки на вулиці протягом дня?**

*(Виберіть тільки одну відповідь)*

- 1) менше 15 хв;
- 2) від 15 до 30 хв;
- 3) від 30 хв до години;
- 4) більше години.

**П 35. Чи займаєтесь Ви фізичними вправами, іншою фізичною активністю (їзда на велосипеді, плавання, гімнастика і т.д.) протягом 30 хв без перерви?**

*(Якщо Ви бачите, що людина не може добре ходити (наприклад має парез ноги) зробіть позначку у цій клітинці[\_] і перейдіть до П 39).*

- 1) так (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 37);
- 2) ні.

**П 36. Чому Ви не робите вправ?**

*(Зачитайте відповіді, можливі декілька варіантів).*

- 1) не маю часу;
- 2) вважаю, що це не допоможе моєму здоров'ю;
- 3) не маю сили волі, щоб себе заставити;
- 4) через стан здоров'я (важко займатись);
- 5) інше (вказати що саме).

Перейти до П 38.

**П 37. Як часто Ви робите вправи тривалістю близько 30 хв. Будь-ласка виберіть тільки одну найточнішу відповідь.**

*(Зачитайте відповіді).*

- 1) щодня;
- 2) переважно щодня (4-6 разів на тиждень);
- 3) 2-3 рази на тиждень;
- 4) раз на тиждень;
- 5) 2-3 рази на місяць.

**П 38. Чи трапляється так, що Ви важко працюєте кілька годин на день (робота на городі, заняття спортом і т.д.)?**

- 1) так;
- 2) ні;
- 3) важко сказати.

**П 39. Чи вживали Ви алкоголь протягом останнього року (навіть якщо це було тільки один раз)?**

- 1) так;
- 2) ні (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 41).

**П 40. Чи випиваєте Ви алкоголю більше ніж: 7 пляшок пива (1пл=0,5л) або 0,5 л горілки (чи іншого напою з високим вмістом спирту) або 2 пляшки вина (1пл=0,75л) за тиждень?**

- 1) так;
- 2) ні.

**П 41. Чи казав Вам коли-небудь лікар, що у Вас артеріальна гіпертензія (гіпертонічна хвороба)?**

- 1) так
- 2) ні (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 43);
- 3) інколи мій артеріальний тиск буває високим, але лікар казав, що гіпертонічної хвороби у мене немає (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 43).

**П 42. Як довго ви хворієте на гіпертонічну хворобу (артеріальну гіпертензію)?**

- 1) вказати кількість років;
- 2) вказати кількість місяців (якщо пацієнт знає, що у нього артеріальна гіпертензія менше року).

**П 43. Чи вимірюєте Ви артеріальний тиск?**

*(Прочитайте відповіді; можете вибрати дві відповіді).*

- 1) під час візиту в клініку;
- 2) вдома;
- 3) я не вимірюю його взагалі;

4) інше (наприклад, в аптеці).

**П 44. Я зачитаю приклади порад які пацієнту дає лікар для профілактики захворювань. Повідомте чи лікар казав Вам:**

*(Можливі кілька варіантів відповідей; підкресліть у кожному пункті варіант відповіді пацієнта).*

- 1) притримуватись дієти (вживати менше солодкої, жирної їжі) – так, ні;
- 2) займатись фізичними вправами – так, ні;
- 3) вживати менше солоної їжі – так, ні;
- 4) менше курити/ покинути курити – так, ні;
- 5) вживати менше алкоголю – так, ні;
- 6) уникати стресу – так, ні.

**П45. Чи вживаєте Ви ліки для зниження тиску?**

*(Прочитайте відповіді).*

- 1) так, я вживаю їх регулярно;
- 2) я вживаю їх час від часу – коли почуваюсь хворим;
- 3) я не застосовую жодних медикаментів (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 47).

**П 45а. Чи вживали Ви будь-які ліки для зниження тиску протягом останніх двох тижнів, навіть якщо це була одна таблетка?**

- 1) так;
- 2) ні (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 47).

**П 46. Чи вживали Ви будь-які ліки для зниження тиску протягом останніх двох тижнів щодня чи майже щодня (не більше 2-х днів пропущених за 2 тижні)?**

- 1) так (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 48);
- 2) ні.

**П 47. Чи вживали Ви будь-які ліки протягом останніх двох тижнів щоденно чи майже щоденно?**

- 1) так;
- 2) ні (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 49). *(переконайтесь, що пацієнт не вживав жодних ліків; запитайте що до аспірину).*

**П 48. Які ліки Ви вживаєте щоденно чи майже щоденно?**

*(Запишіть назви всіх ліків які вживав пацієнт протягом останніх двох тижнів щодня чи майже щодня, включаючи вітаміни; бажано, записати назву та дозу з упаковки).*

*1 і т.д.) назва ліків, доза в таблетці, к-ть таблеток.*

**П 49. Чи вживаєте Ви всі ліки, які призначив Вам лікар?**

*(Наголосіть на слові «всі»).*

- 1) так (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 51);
- 2) тільки деякі з них;
- 3) ні.

**П 50. Чому Ви не вживаєте всіх ліків, які прописав лікар?**

- 1) я не відвідував лікаря протягом тривалого часу;
- 2) лікар не приписував мені жодних ліків під час останнього візиту до нього;
- 3) ліки призначені мені останнім часом є дуже дорогі;
- 4) через побічні ефекти;
- 5) я не потребую застосування жодних медикаментів;
- 6) інше (вказати що саме).

**П 51. Що Ви думаєте (знаєте) про медикаментозне лікування після інфаркту міокарда/інсульту?**

*(Прочитайте відповіді).*

- 1) деякі з призначених ліків повинні застосовуватись щоденно, тривало, роками;
- 2) медикаментозне лікування повинно застосовуватись протягом деякого часу після перенесеної хвороби, а потім може бути припинено;
- 3) лікування має проводитись курсами (періодично) з перервами;
- 4) я не знаю;
- 5) інше (вказати що саме).

**П 52. Як часто Ви припиняли вживати ліки на термін більше тижня після діагностованого у Вас інфаркту чи інсульту?**

- 1) ніколи;
- 2) 1-2 рази;
- 3) 3-4 рази;
- 4) частіше;
- 5) не пам'ятаю.

**П 52а. Чи отримували Ви протягом останніх двох років ін'єкції таких ліків?**

*(Прочитайте відповіді; можливі декілька відповідей).*

- 1) рибоксин;
- 2) кокарбоксілаза;
- 3) АТФ;
- 4) тіатриазолін;
- 5) мілдронат;
- 6) жодних з названих (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 53);
- 7) не пам'ятаю (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 53).

**П 52 б. Де Ви отримували ін'єкції вказаних вище ліків?**

*(Зачитайте відповіді; можливі декілька відповідей).*

- 1) в стаціонарі;



- 2) в поліклініці;
- 3) на дому.

***Запитання тільки для жінок***

**П 53. Коли у Вас була остання менструація (місячні)?**

- 1) Протягом останніх 6 місяців, (вказати коли саме) (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 55);
- 2) понад 6 місяців тому (вказати вік);
- 3) інше, наприклад проводилась операція на яйниках, після якої припинилися місячні

**П 54. Чи Вам призначали гормональні контрацептиви (протизаплідні таблетки)?**  
*(Прочитайте відповіді).*

- 1) так;
- 2) ні, ніколи;
- 3) так, але я припинила вживати гормони через побічні ефекти;
- 4) так, але я припинила вживати гормони через певні (інші) причини.

***Запитаний для всіх***

**П 55. Хто підтримує Вас найбільше у Ваших проблемах зі здоров'ям?**  
*(Зачитайте відповіді; можливі декілька відповідей).*

- 1) члени сім'ї, родина;
- 2) лікар;
- 3) медсестра;
- 4) колеги по роботі;
- 5) друзі;
- 6) сусіди;
- 7) релігійні організації;
- 8) соціальні організації;
- 9) ніхто;
- 10) інше (вказати що саме).

**П 56. Хто з Ваших родичів живе з Вами?**

*(Йдеться лише про тих, хто живе у одній квартирі (будинку); прочитайте відповіді; може бути відзначено кілька відповідей).*

- 1) дружина/ чоловік
- 2) мама
- 3) батько
- 4) сестра
- 5) брат
- 6) донька
- 7) син
- 8) ніхто
- 9) інше (вказати що саме).

**П 57. Хто з Ваших рідних контактує з Вами регулярно, хоч і не живе поруч?**

- 1) колишня дружина / чоловік;
- 2) мама;
- 3) батько;
- 4) сестра;
- 5) брат;
- 6) донька;
- 7) син;
- 8) ніхто;
- 9) інше (вказати хто саме);

**П 58. Чи відчуваєте Ви підтримку родичів, членів сім'ї у Ваших проблемах зі здоров'ям?**

- 1) так (при цьому варіанті відповіді переходять до питання 60);
- 2) ні (опитування завершують);
- 3) мої родичі перешкоджають моєму лікуванню (опитування завершують);
- 4) важко сказати.

**П 59. Хто з Ваших рідних підтримує Вас найбільше?**

*(Може бути відзначено кілька відповідей).*

- 1) дружина/ чоловік;
- 2) батько;
- 3) мати;
- 4) брат;
- 5) сестра;
- 6) дочка;
- 7) син;
- 8) ніхто;
- 9) інше (вказати хто саме).

**П 60. Якщо Ви маєте підтримку від родичів, то що це за підтримка?**

*(Зачитайте відповіді; може бути відзначено кілька відповідей; при необхідності зачитайте повторно).*

- 1) стимулюють мене уважніше ставитись до свого здоров'я;
- 2) стимулюють вживати ліки регулярно, навіть коли я не хочу;
- 3) стимулюють до зміни способу життя (зниження ваги, більшої фізичної активності, відмови від куріння, зміни дієти);
- 4) виконують за мене домашню роботу, яка мені не під силу (прибирання, роботу в саду, на городі);
- 5) допомагають фінансово;
- 6) тільки морально підтримують (часто запитують, як я себе почуваю);
- 7) інше (вказати що саме).