

## Hyper-PROM scale

According to your actual situation over the last two weeks, please tick ✓ on the corresponding answer.

### Physiology (PHY)

item	0-Never	1-occasionally	2-fair	3-often	4-Always
1. Have you got a headache?	0	1	2	3	4
2. Have you felt dizzy?	0	1	2	3	4
3. Have you felt chest pain?	0	1	2	3	4
4. Have you felt chest tightness?	0	1	2	3	4
5. Do you feel flustered?	0	1	2	3	4
6. Have you felt numbness in your limbs?	0	1	2	3	4
7. Do you have nocturia?	0	1	2	3	4
8. Has your vision been blurry?	0	1	2	3	4
9. Have you got a blackout in vision?	0	1	2	3	4
10. Do you have neck stiffness? (without cervical spondylopathy)	0	1	2	3	4
11. Compared with peers, do you have shortness of breath when walking fast?	0	1	2	3	4
12. Is the stair climbing difficult for you?	0	1	2	3	4
13. Have your sexual life been affected by the hypertension?	0	1	2	3	4
14. Could you take care of your own daily needs (eating, dressing and bathing)?	0	1	2	3	4
15. Could you do the general housework (such as cleaning)?	0	1	2	3	4
16. Could you purchase your daily necessities alone?	0	1	2	3	4
17. Do you have trouble sleeping (difficulty falling asleep or staying asleep, waking up too early, etc.)?	0	1	2	3	4
18. Are you slow to respond to others?	0	1	2	3	4
19. Do you have difficulty concentrating?	0	1	2	3	4
20. Has your memory gotten worse recently?	0	1	2	3	4
21. Could you forget to take your medication?	0	1	2	3	4

**Psychology (PSY)**

item	0-Never	1-occasionally	2-fair	3-often	4-Always
22. Could you blame others for causing problems?	0	1	2	3	4
23. Do you feel that most people are unreliable?	0	1	2	3	4
24. Do you feel that you are watched or discussed by others?	0	1	2	3	4
25. Do you have some unique ideas that others don't have?	0	1	2	3	4
26. Do you feel that your performance evaluation is unfair?	0	1	2	3	4
27. Do you feel afraid?	0	1	2	3	4
28. Are you fidgeting?	0	1	2	3	4
29. Are you anxious at work?	0	1	2	3	4
30. Do you feel that the familiar things become unfamiliar or unlikely to be the real things?	0	1	2	3	4
31. Do you feel tired and weak?	0	1	2	3	4
32. Are you worried about your future?	0	1	2	3	4
33. Do you always feel that you are a burden to your family?	0	1	2	3	4
34. Are you lonely and depressed?	0	1	2	3	4
35. Do you cry easily?	0	1	2	3	4
36. Do you feel worthless?	0	1	2	3	4
37. Do you get easily upset and agitated?	0	1	2	3	4
38. Do you always have an uncontrollable temper?	0	1	2	3	4
39. Do you often argue with others?	0	1	2	3	4

**Society (SOC)**

item	0-never	1-occasionally	2-about half of the time	4-often	5-always
40. Does the medical staff explain the risk factors of hypertension to you?	0	1	2	3	4
41. Does your family remind you of going on a diet or taking medicine?	0	1	2	3	4
42. Do your friends care about your illness?	0	1	2	3	4
43. Could your friends actually help you?	0	1	2	3	4
44. Could you offer to talk about your illness with relatives and friends?	0	1	2	3	4
45. Could you actively seek help for your trouble?	0	1	2	3	4
46. Could you offer to take part in team work?	0	1	2	3	4

**D Treatment (TRE)**

item	0-very dissatisfied	1-dissatisfied	2-fair	3-satisfied	4-very satis
47. Do you periodic review following the medical orders?			0	1	2 3 4
48. Do you take exercise following the medical orders?			0	1	2 3 4
49. Are current therapies helpful to your daily life?			0	1	2 3 4
50. Could current therapies alleviate your symptoms?			0	1	2 3 4
51. Have your mood been improved since receiving treatment?			0	1	2 3 4
52. Have your physical performance been improved since receiving treatment?			0	1	2 3 4
53. Have your living confidence been improved since receiving treatment?			0	1	2 3 4
54. Are you satisfied with your medical services?			0	1	2 3 4
55. Do you know the side effects of your drugs?			0	1	2 3 4
56. Are you worried about the side effects of your drugs?			0	1	2 3 4

Thank you for your cooperation !

Scoring Instructions for Hyper-PROM Scale

Domain	Subdomain	Item
Physiology (PHY)	Physical symptoms	1-,2-,3-,4-,5-,6-,7-,8-,9-,10-,11-,12-,13-,14-
	Independence	15,16,17
	Cognition	18-,19-,20-,21-
Psychology (PSY)	Paranoid	22-,23-,24-,25-,26-
	Anxiety	27-,28-,29-,30-,
	Depression	31-,32-,33-,34-,35-,36-,
	Hostility	37-,38-.39-
Society (SOC)	Social support	40,41,42,43
	Availability of support	44,45,46
Treatment(TRE)	Compliance	47,48
	Degree of satisfaction	49,50,51,52,53,54
	Adverse effect of drug	55,56-

Note: “-” indicates a reverse-scored item.

**Нуртенгизан Patient Reported Outcome Measure (Nurot-PROM). Опросник качества, сообщаемых пациентами с артериальной гипертензией.**

Мы благодарим Вас за то, что Вы согласились заполнить этот опросник. Целью этой анкеты является выражение Вами судейской о своем здоровье и качестве жизни. В этом опроснике нет правильных или неправильных ответов, а результат используется только для проведения исследования. Ответьте, пожалуйста, поспешнее на вопросы анкеты исходя из Вашего состояния здоровья за последние две недели. Эта информация является строго конфиденциальной. Спасибо большое за участие!

**Функциональный компонент. Оцените на каждый вопрос, насколько вы согласны с тем, как описано в вопросе, выберите один ответ, который лучше всего описывает Ваше мнение. Выберите вариант ответа из списка, выделенный жирным шрифтом. Выберите вариант ответа Вашего будущего состояния.**

вопрос	0 - никогда, 1 - редко, 2 - иногда, 3 - часто, 4 - постоянно	3	4
1   Вы чувствуете головную боль?	0	2	3
2   Вы ощущаете головокружение?	0	2	3
3   Вы испытываете боль в груди?	0	2	3
4   Вы испытываете чувство стеснения в груди?	0	2	3
5   Вы чувствуете себя взволнованным?	0	2	3
6   Вы чувствуете онемение конечностей?	0	2	3
7   У Вас присутствуют ночные позывы к мочеиспусканию?	0	2	3
8   Бывает ли Ваше зрение нечетким, размытым?	0	2	3
9   Бывало ли у Вас когда-нибудь резкое потемнение в глазах?	0	2	3
10   Чувствуете ли Вы скованность при движении шеи?	0	2	3
11   У Вас появляется одышка при быстрой ходьбе, если сравнивать с ровесниками?	0	2	3
12   Трудно ли Вам подниматься по лестнице?	0	2	3
13   Вылет ли артериальная гипертензия на Вашу личную жизнь?	0	2	3
14   Можете ли Вы обслуживать себя (самостоятельно поесть, одеться, помочиться)?	0	2	3
15   Можете ли Вы делать уборку дома? (например, помыть пол, пылесосить)	0	2	3
16   Можете ли Вы самостоятельно сходить в магазин за покупками?	0	2	3
17   Есть ли у Вас проблемы со сном? (трудно заснуть, частые пробуждения, слишком ранние пробуждения и т.п.)?	0	2	3
18   Часто ли Вы задыхаетесь с ответом при разговоре?	0	2	3
19   Вам трудно сосредоточиться?	0	2	3
20   Вы считаете, в последнее время у Вас ухудшилась память?	0	2	3
21   Можете ли Вы забыть принять лекарство?	0	2	3
<b>Психологический компонент. Следующие вопросы относятся к тому, как Вы себя чувствуете и каково Ваше настроение. Пожалуйста, выберите вариант ответа Вашего будущего состояния.</b>			
вопрос	0 - никогда, 1 - редко, 2 - иногда, 3 - часто, 4 - постоянно		
22   Склонны ли Вы винить других в своих проблемах?	0	2	3
23   Вы считаете, что на большинство людей нельзя положиться?	0	2	3
24   У Вас есть ощущение, что посторонние люди за Вами наблюдают и обсуждают Вас?	0	2	3
25   У Вас есть какие-то исключительные идеи, которых нет у других?	0	2	3
26   Вы считаете, что как работника Вас оценивают несправедливо?	0	2	3
27   Вы испытываете страх?	0	2	3
28   Вы испытываете неуверенность?	0	2	3
29   Вы испытываете несобластную тревогу когда работаете?	0	2	3
30   У Вас бывает ощущение, что знакомые вещи становятся незнакомыми или нереальными?	0	2	3
31   Вы чувствуете себя уставшим и слабым?	0	2	3
32   Вы обеспокоены своим будущим?	0	2	3

33	Вы постоянно опущаете себя обузой для своей семьи?	0	1	2	3	4
34	Вы чувствуете себя одиноким и подвешенным?	0	1	2	3	4
35	Вы можете с легкостью заплакать?	0	1	2	3	4
36	Вы чувствуете себя никчемным?	0	1	2	3	4
37	Вас легко расстроит или расстроитесь?	0	1	2	3	4
38	Насколько часто Вы бываете несдержаны?	0	1	2	3	4
39	Как часто Вы спорите с друзьями?	0	1	2	3	4
<b>Сопутствующий компонент. Следующие вопросы касаются Вашего взаимодействия с родственниками, друзьями и посторонними людьми. Пожалуйста, выберите один ответ, который наиболее точно характеризует Ваше социальное взаимодействие.</b>						
<b>вопрос</b>						
40	Объясняет ли Вам врач факторы риска артериальной гипертензии?	0	1	2	3	4
41	Напоминает Вам ли члены Вашей семьи о необходимости соблюдать диету или принимать профилактические лекарства?	0	1	2	3	4
42	Ваши друзьями небрежительно Ваше заболевание?	0	1	2	3	4
43	Могут ли Вам действительно помочь Ваши друзья?	0	1	2	3	4
44	Можете ли Вы обсудить Ваше заболевание с родственниками или друзьями?	0	1	2	3	4
45	Ищите ли Вы активно помощи в своих проблемах и трудностях?	0	1	2	3	4
46	Способны ли Вы работать в команде?	0	1	2	3	4
<b>Компонент лечения. Следующие вопросы касаются Вашего текущего лечения и взаимодействия с лечащим врачом. Пожалуйста, выберите один ответ, характеризующий Вашу удовлетворенность текущим лечением.</b>						
<b>вопрос</b>						
47	Проходите ли Вы регулярный осмотр, следуя врачебным рекомендациям?	0	1	2	3	4
48	Делаете ли Вы указания, следуя рекомендациям врача?	0	1	2	3	4
49	Помогает ли Вам текущее лечение в повседневной жизни?	0	1	2	3	4
50	Облегчает ли текущее лечение симптомы Вашего заболевания?	0	1	2	3	4
51	Улучшилось ли Ваше настроение после того как Вам было назначено лечение?	0	1	2	3	4
52	Улучшилась ли Ваша физическая работоспособность после того как началось лечение?	0	1	2	3	4
53	Стали ли Вы жизнерадостнее после того как началось лечение?	0	1	2	3	4
54	Вы довольны оказываемыми медицинскими услугами?	0	1	2	3	4
55	Вы знаете побочные эффекты принимаемых лекарственных препаратов?	0	1	2	3	4
56	Вы беспокоитесь о побочных эффектах принимаемых Вами лекарственных препаратов?	0	1	2	3	4

**Figure 1 - Quality-of-life questionnaire in Arterial Hypertension (MINICHAL-BRASIL)**

During the past 7 days...	No, not at all.	Yes, somewhat.	Yes, a lot.	Yes, very much.
1. Have you been sleeping poorly?				
2. Have you had difficulty maintaining your usual social relationships?				
3. Have you had difficulty interacting with other people?				
4. Have you felt that you are not playing a useful role in life?				
5. Have you felt unable to make decisions and start new things/projects?				
6. Have you felt continuously distressed and tense?				
7. Have you felt that life is a constant struggle?				
8. Have you felt incapable of enjoying your daily activities?				
9. Have you felt worn-out and powerless?				
10. Have you felt sick?				
11. Have you had difficulty breathing or felt breathless for no apparent reason?				
12. Have your ankles been swollen?				
13. Have you noticed that you are urinating more frequently?				
14. Has your mouth been dry?				
15. Have you felt pain in the chest without doing any physical exertion?				
16. Have you noticed numbness or a tingling sensation in any part of the body?				
17. Would you say that your hypertension and its treatment have affected your quality of life?				

За последние 7 дней...	Совсем нет	Да, незначительно	Да, заметно	Определенно, да
1. ...были ли у Вас проблемы со сном?				
2. ...Вам было трудно поддерживать привычные для Вас взаимоотношения?				
3. ...Вам было трудно общаться с другими людьми?				
4. ...Вы ощущали свою непричастность к событиям вокруг, не играли заметной роли в собственной жизни?				
5. ...Вы чувствовали себя неспособным(ой) принимать решения, приступить к работе над новой задачей/проектом?				
6. ...Вы чувствовали себя в постоянном напряжении?				
7. ...Вы ощущали, что Ваша жизнь превращается в непрекращающуюся борьбу?				
8. ...Вы перестали получать удовольствие от того, что раньше его приносило?				
9. ...Вы чувствовали себя опустошенным(ой) и обессиленным(ой)?				
10. ...Вы чувствовали себя нездоровым(ой)?				
11. ...Вы ощущали затруднение дыхания или одышку без очевидной причины?				
12. ...Вы замечали отеки ног?				
13. ...Вы замечали, что мочеиспускание стало чаще?				
14. ...у Вас появлялась сухость во рту?				
15. ...Вы чувствовали боль в грудной клетке без выполнения физической нагрузки?				
16. ...Вы отмечали покалывание или онемение в какой-либо части тела?				
17. ...можете ли Вы сказать, что повышенное артериальное давление и лечение, направленное на его снижение, каким-либо образом влияло на качество Вашей жизни				

## Концептуальная модель опросника для пациентов с артериальной гипертензией

### ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ (PH)

- 1. Физические симптомы:** типичные проявления нарушения деятельности внутренних органов и систем органов (ЖКТ, дыхательная, ССС, опорно-двигательный аппарат и др.)  
*25 вопросов*
  - 2. Общее самочувствие и витальность:** физическая работоспособность, жизненный тонус, сон, аппетит, сексуальная сфера  
*21 вопрос*
  - 3. Самооценка здоровья** общая степень удовлетворенности физическим здоровьем.  
*8 вопросов*
  - 4. Ограничивающее влияние состояния физического здоровья:** физические ограничения в повседневной, профессиональной (учебной) деятельности, в досуге и отдыхе.  
*22 вопроса*
  - 5. Динамика физического здоровья:** оценка здоровья по сравнению с прошлым, ожидания в отношении изменения состояния здоровья в будущем.  
*2 вопроса*
- 78 вопросов

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ (PSY)

- 1. Эмоционально-поведенческие симптомы:** признаки тревожных, депрессивных, ипохондрических, обсессивно-компульсивных расстройств, неврастении.  
*35 вопросов*
  - 2. Когнитивные симптомы:** признаки нарушения восприятия, внимания, памяти, речи, умственной работоспособности, целенаправленных действий.  
*15 вопросов*
  - 3. Общее психическое благополучие:** общее переживание удовлетворенности жизнью, собой, счастья, осмысленности жизни.  
*9 вопросов*
  - 4. Ограничивающее влияние состояния психического здоровья:** психологические ограничения в повседневной-бытовой, профессиональной (учебной) деятельности, в досуге и отдыхе.  
*21 вопрос*
  - 5. Динамика психического здоровья:** оценка псих.здоровья (благополучия) по сравнению с прошлым, ожидания в отношении изменения состояния псих.здоровья в будущем.  
*6 вопросов*
- 86 вопросов

**СОЦИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ (SOC)**

1. **Социальная фрустрированность:** степень удовлетворенности/неудовлетворенности различными аспектами социальной жизни (экономический статус, социальный статус, проф. деятельность, семейные отношения)

*8 вопросов*

2. **Социальные ресурсы:** доступность социальной поддержки (формальной и неформальной, действенной, эмоциональной, информационной)

*8 вопросов*

3. **Влияние физического здоровья на социальную активность**

*10 вопросов*

4. **Влияние психического здоровья на социальную активность**

*4 вопроса*

**30 вопросов**

**ЛЕЧЕНИЕ (THER)**

1. **Общая удовлетворенность лечением:** оценка лечения как необходимого, правильного, эффективного

*5 вопросов*

2. **Физические изменения в связи с лечением**

*7 вопросов*

3. **Психологические изменения в связи с лечением**

*4 вопроса*

4. **Социальные изменения в связи с лечением**

*4 вопроса*

5. **Влияние режима лечения на повседневную жизнь**

*10 вопросов*

6. **Приверженность лекарственной терапии**

*8 вопросов*

7. **Приверженность рекомендациям относительно образа жизни**

*5 вопросов*

**PREM компонент**

8. **Удовлетворенность взаимодействием с лечащим врачом:** оценка врача при взаимодействии как компетентного, сочувствующего, заинтересованного в оказании помощи, этически корректного  
*16 вопросов*
9. и 10. **Удовлетворенность организацией лечебного процесса:** оценка системы и условий оказания мед.помощи как эффективной, хорошо организованной, удобной  
*4 вопроса + 7 вопросов*
- 70 вопросов

**ИТОВОГОЙ БАЛЛ ПО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЧАСТИ: 264 вопроса**

**СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ОПРОСНИКА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

1. **Физиологический компонент:**
- a. **Физические симптомы, типичные для АГ**
  - b. **Субъективная оценка динамики АГ**
- 14 вопросов*
2. **Психологический компонент:**
- a. **Отрицание АГ как заболевания (гипнозогнозия)**
  - b. **Чрезмерная вовлеченность в болезнь (гипернозогнозия)**
- 4 вопроса*
3. **Социальный компонент:**
- a. **Социальные ресурсы в лечении и контроле АГ**
  - b. **Влияние АГ на соц.активность**
- 7 вопросов*
4. **Лечение:**
- a. **Общая удовлетворенность лечением АГ**
  - b. **Приверженность лекарственной терапии АГ**
  - c. **Приверженность рекомендациям относительно образа жизни при АГ**
- 14 вопросов*
- 39 вопросов

**303 ВОПРОСОВ**

**Опросник по качеству жизни, связанному со здоровьем для пациентов с  
сердечно-сосудистыми заболеваниями.**

Уважаемый(ая) господин (госпожа)!

Пожалуйста, ответьте на представленные ниже вопросы, касающиеся Вашего самочувствия, настроения, удовлетворенности лечением. Ваши ответы помогут врачам и, в целом, учреждению работать над повышением качества оказываемой медицинской помощи.

Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

Пожалуйста, в том случае, если у Вас возникли затруднения при ответе на вопрос, если вопрос кажется Вам непонятным, отметьте его знаком «?» слева от номера. Если, по Вашему мнению, какие-то вопросы не несут в себе смысла или пользы для какой-либо оценки, Вы можете вычеркнуть их из списка.

PH\_1

Как часто <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Вы отмечали у себя следующие недомогания (жалобы, симптомы)?		4	3	2	1	0
1	Головная боль	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Головокружение	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Боль в грудной клетке	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Чувство стеснения, давления в грудной клетке	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Нарушения в работе сердца: сердцебиения, замирание	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
6	Чувство онемения в конечностях	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
		4	3	2	1	0
7	Одышка после физических нагрузок	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Одышка в покое	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
9	Приступы удушья	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
10	Отёки ног	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
11	Частые ночные позывы к мочеиспусканию	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
12	Сухость во рту	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
13	Повышенная потливость	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
14	Кашель	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
15	Ощущение кома в горле	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
16	Внезапная нечеткость, размытость зрения	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
17	Внезапное потемнение в глазах	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
18	Боли в конечностях (ногах и/или руках)	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
19	Боль или дискомфорт в животе	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
20	Тошнота	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
21	Приступы жара или озноба	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
		4	3	2	1	0
22	Онемение или покалывание в различных частях тела	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
23	Дрожь в теле	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
24	Шаткость походки, трудности удержания равновесия	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
25	Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?	Совсем не испытывал (а)	Слабую	Умеренную	Сильную	Очень сильную

**PH 2**

Как часто <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Вы отмечали у себя следующие состояния?						
		4	3	2	1	0
1	Плохое общее самочувствие	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Ощущение слабости, вялости	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Ощущение полной изможденности	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Ощущение разбитости утром после сна	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Быстрая физическая утомляемость	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
6	Трудности засыпания	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Частые пробуждения ночью	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

		4	3	2	1	0
8	Слишком раннее пробуждение с невозможностью уснуть	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
9	Ночные кошмары и тягостные сновидения	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
10	Сонливость днем	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
11	Плохой аппетит	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
12	Отсутствие удовольствия от приема пищи	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
13	Трудности в сексуальной сфере	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
14	Ощущение разбитости в течение дня, несмотря на отдых	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
15	Снижение сексуального влечения	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
		0	1	2	3	4
16	Ощущение прилива жизненных сил и энергии	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
17	Ощущение бодрости	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
18	Хороший аппетит	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
19	Хорошее общее самочувствие	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
20	Ощущение бодрости утром после сна	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
21	Неутомимость, устойчиво высокая работоспособность	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

**PH 3**

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы о том, как Вы в целом оцениваете состояние своего здоровья сейчас.						
		4	3	2	1	0
1	Считаете ли Вы себя более склонным к болезням, чем другие?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
2	Чувствуете ли Вы себя больным?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Испытываете ли Вы тревогу или подавленность в связи с состоянием Вашего здоровья?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
4	В какой степени Вы нуждаетесь в медицинской помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни?	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
		0	1	2	3	4
5	Удовлетворены ли Вы своим физическим состоянием?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
6	По сравнению с большинством знакомых Ваше здоровье	Определенно хуже	Скорее, хуже	Такое же	Скорее, лучше	Определенно лучше
7	Удовлетворены ли Вы своей физической работоспособностью?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
8	Чувствуете ли Вы себя здоровым?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

PH 4

В какой степени **ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ** Ваше физическое состояние и самочувствие ограничивало Вас в выполнении перечисленных ниже нагрузок?

		4	3	2	1	0
1	Бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
2	Поднять или нести сумку с продуктами	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
3	Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
4	Подняться пешком по лестнице на один пролет	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
5	Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
6	Пройти расстояние более одного километра	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
7	Пройти расстояние в несколько кварталов	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
8	Пройти расстояние в один квартал	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно

**ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ** влияло ли Ваше физическое состояние на Вашу повседневную деятельность таким образом, что:

		4	3	2	1	0
9	Пришлось сократить количество времени затрачиваемого на работу или другие дела	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
10	Выполнили меньше, чем хотели	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
11	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

		4	3	2	1	0
12	Пришлось отказаться от запланированной деятельности	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
13	Выполнение работы потребовало дополнительных усилий или дополнительного времени	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

**ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ** в какой мере Ваше физическое состояние ограничивало Вас в следующих видах деятельности:

		4	3	2	1	0
14	В ведении хозяйства, решении бытовых проблем	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
15	В самообслуживании (в том, чтобы самостоятельно помыть, одеться, помыться и т.д.)	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
16	В работе (в профессиональной деятельности, учебе или делах по дому)	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
17	В передвижении до нужных Вам мест	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
18	В делах, которые для Вас особенно важны, которым Вы придаете особое значение в своей жизни	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
19	В общении с родными, близкими, друзьями	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
20	В Вашем хобби, любимых занятиях	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
21	В полноценном отдыхе	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
22	В интимной жизни	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно

PH 5

Оцените, пожалуйста, изменения в состоянии своего физического здоровья:

		0	1	2	3	4
1	Как Вы считаете, как изменится состояние Вашего физического здоровья в ближайшем будущем	Существенно ухудшится	Немного ухудшится	Останется без изменений	Немного улучшится	Существенно улучшится
2	Как Вы оцениваете состояние Вашего физического здоровья сейчас по сравнению с состоянием год назад	Существенно хуже	Несколько хуже	Без изменений	Несколько лучше	Существенно лучше

PSY\_1

Как часто <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Вы отмечали у себя следующие эмоциональные состояния?						
		4	3	2	1	0
1	Тревога, эмоциональное напряжение	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Неожиданный и беспричинный страх	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Слезливость	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Подавленное настроение	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
6	Ощущение, что Вы хуже других	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Боязнь ездить в метро, автобусах, поездах	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
9	Ощущение напряженности или взвинченности	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
10	Мысли о смерти	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
11	Ощущение, что будущее безнадежно	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
12	Приступы ужаса или паники	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
13	Потеря сексуального влечения или удовольствия	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

		4	3	2	1	0
14	Легко возникающие раздражение и досада	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
15	Чувство страха в открытых местах или на улице	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
16	Тревога, когда Вы остаетесь в одиночестве	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
17	Вспыльчивость, легко возникающий гнев	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
18	Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
19	Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
20	Ощущение собственной никчемности	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
21	Заторможенность	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
22	Чувство, что произойдет что-то очень плохое	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
23	Частые и беспричинные смены настроения	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
24	Несдержанность	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
25	Постоянные беспокойные мысли	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
26	Невозможность получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
27	Невозможность расслабиться	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

		4	3	2	1	0
28	Потеря удовольствия от того, что раньше его приносило	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
29	Потеря интереса к тому, чтобы следить за своей внешностью	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
30	Чувство, что Вы стали делать всё очень медленно	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
31	Боязнь потерять контроль над собой	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
32	Ощущение слабости и утомления независимо от физических нагрузок и отдыха	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
33	Чувство эмоциональной опустошенности	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
34	Ощущение, что Ваши нервы на пределе	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
35	Ощущение усталости без всяких причин	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

PSY 2

Как часто <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Вы отмечали у себя следующие проявления?						
		4	3	2	1	0
1	Забывчивость	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Трудности запоминания нового	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Невнимательность	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Невозможность вспомнить или подобрать необходимое слово	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Рассеянность, трудности сосредоточения	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

		4	3	2	1	0
6	Повышенная умственная утомляемость	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Ощущение, что Вы стали мыслить медленнее	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Ощущение, что Вам труднее стали даваться логические задачи	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
9	Трудности в решении простых задач в уме (например, суммирование небольших расходов, вычисление разницы в возрасте)	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
10	Ухудшение памяти	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
11	Невозможность достаточно долго удерживать умственное напряжение	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
12	Трудности в переключении внимания с одного вопроса на другой	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
13	Трудности в согласовании слов в предложении	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
14	Трудности в произнесении определенных слов, правильное произнесение отдельных слов не с первого раза	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
15	Запинки в речи	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

PSY 3

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы о том, как Вы в целом оцениваете удовлетворенностью собой и жизнью сейчас.						
		0	1	2	3	4
1	Можете ли Вы сказать, что довольны своей жизнью?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
2	Чувствуете ли Вы, что Ваша жизнь наполнена смыслом?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

		0	1	2	3	4
3	Можете ли Вы назвать себя счастливым человеком?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
4	Довольны ли Вы собой?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
5	Есть ли у Вас в жизни определенные цели, намерения?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
6	Как Вы считаете, нашли ли Вы в жизни своё призвание?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
7	Довольны ли Вы своим характером, привычным настроением и стилем поведения?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
8	Довольны ли Вы тем, как сложилась Ваша жизнь к настоящему времени?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
9	Чувствуете ли Вы, что управляете событиями собственной жизни?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

PSY 4

<b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> как часто Ваше эмоциональное состояние влияло на Вашу повседневную деятельность таким образом, что:						
		4	3	2	1	0
1	Пришлось сократить количество времени затрачиваемого на работу или другие дела	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Выполнили меньше, чем хотели	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Пришлось отказаться от запланированной деятельности	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Выполнение работы потребовало дополнительных усилий или дополнительного времени	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

<b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> случалось ли, что проблемы с памятью, концентрацией внимания или быстрое умственное утомление влияли на Вашу повседневную деятельность таким образом, что:						
		4	3	2	1	0
6	Пришлось сократить количество времени затрачиваемого на работу или другие дела	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Выполнили меньше, чем хотели	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
9	Выполнение работы потребовало дополнительных усилий или дополнительного времени	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
<b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> в какой мере Ваше эмоциональное состояние ограничивало Вас в следующих видах деятельности:						
		4	3	2	1	0
10	В повседневно-бытовых делах	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
11	В работе (в профессиональной деятельности, обучении или делах по дому)	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
12	В делах, которые для Вас особенно важны, которым Вы придаете особое значение в своей жизни	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
13	В общении с родными, близкими, друзьями	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
14	В Вашем хобби, любимых занятиях	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
15	В полноценном отдыхе	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
16	В интимной жизни	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно

<b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> случалось ли, что проблемы с памятью, концентрацией внимания или быстрое умственное утомление ограничивали Вас в следующих видах деятельности:						
		4	3	2	1	0
17	В повседневно-бытовых делах	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
18	В работе (в профессиональной деятельности или делах по дому)	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
19	В делах, которые для Вас особенно важны, которым Вы придаете особое значение в своей жизни	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
20	В общении с родными, близкими, друзьями	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
21	В Вашем хобби, любимых занятиях	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно

## PSY 5

<b>Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы о том, как Вы оцениваете изменение своего настроения и умственной работоспособности.</b>						
		0	1	2	3	4
1	Как Вы считаете, как изменится Ваша удовлетворенность собой и жизнью в ближайшем будущем?	Существенно ухудшится	Немного ухудшится	Останется без изменений	Немного улучшится	Существенно улучшится
2	Как Вы считаете, как изменится Ваше привычное эмоциональное состояние в ближайшем будущем?	Существенно ухудшится	Немного ухудшится	Останется без изменений	Немного улучшится	Существенно улучшится
3	Как Вы считаете, как изменятся Ваши память, внимание и умственная работоспособность в ближайшем будущем?	Существенно ухудшатся	Немного ухудшатся	Останутся без изменений	Немного улучшатся	Существенно улучшатся

		0	1	2	3	4
4	Как Вы оцениваете Ваше привычное эмоциональное состояние сейчас по сравнению с состоянием год назад?	Существенно хуже	Несколько хуже	Без изменений	Несколько лучше	Существенно лучше
5	Как Вы оцениваете Вашу удовлетворенность собой и жизнью сейчас по сравнению с тем, что было годом ранее?	Существенно хуже	Несколько хуже	Без изменений	Несколько лучше	Существенно лучше
6	Как Вы оцениваете Вашу память, внимание и умственную работоспособность сейчас по сравнению с годом ранее?	Существенно хуже	Несколько хуже	Без изменений	Несколько лучше	Существенно лучше

SOC\_1

Отметьте, пожалуйста, насколько в настоящее время Вы удовлетворены...						
		4	3	2	1	0
1	...своим материальным положением	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён
2	...взаимоотношениями с родными и близкими	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён
3	...взаимоотношениями с друзьями	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён
4	...своим положением в обществе	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён
5	...уровнем физической безопасности и защищённости	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён
6	...жилищно-бытовыми условиями	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён
7	...сферой и характером своей занятости (работа, обучение, ведение хозяйства и т.п.)	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён
8	...возможностями для отдыха и развлечений	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён

SOC\_2

Отметьте, пожалуйста, ответы на вопросы, касающиеся Вашего окружения.						
		0	1	2	3	4
1	Есть ли в Вашем окружении люди, с которыми Вы можете свободно поделиться своими чувствами и переживаниями, которые могут Вас успокоить, поддержать, ободрить?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
2	Есть ли в Вашем окружении люди, к которым Вы можете свободно обратиться за помощью?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Всегда ли у Вас есть возможность получить информацию, которая необходима Вам в повседневной жизни?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Есть ли в Вашем окружении люди, которые обязательно придут к Вам, чтобы оказать помощь в сложных ситуациях, всегда готовые помочь делом?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
5	Часто ли Вы получаете информацию, полезную для повседневной жизни, от Ваших знакомых, друзей, близких (например, о хорошем враче, об интересном фильме и т.п.)?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
6	Есть ли в Вашем окружении люди, мнению которых о себе и своих поступках Вы полностью доверяете?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
7	Есть ли в Вашем окружении люди, у которых Вы можете свободно одолжить деньги?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
8	Чувствуете ли Вы, что в Вашей жизни достаточно людей, с которыми у Вас хорошие отношения?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

SOC\_3

Отметьте, пожалуйста, ответы на вопросы, касающиеся доступности для Вас медицинской помощи.						
		0	1	2	3	4
1	Доступна ли для Вас информация о Вашем состоянии здоровья?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
2	Доступна ли для Вас информация о возможностях лечения, улучшения состояния здоровья, предупреждения заболеваний?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Доступна ли для Вас необходимая Вам медицинская помощь?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

		0	1	2	3	4
4	Есть ли врачи, медицинские учреждения, которым Вы безусловно доверяете?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
5	Заботятся ли Ваши друзья и близкие о Вашем состоянии здоровья?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
6	Есть ли среди Ваших знакомых люди, с которыми Вы можете свободно обсудить состояние своего здоровья, переживания в связи со своим состоянием здоровья?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
7	Напоминают ли Вам Ваши близкие о необходимости следовать медицинским рекомендациям?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
8	Обращают ли внимание Ваши близкие, если Вы пропустили прием лекарства или выполнение назначенной врачом процедуры?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
9	Поддерживают ли Вас Ваши близкие, в стремлении вести здоровый образ жизни (например, пытаетесь бросить курить, ограничить употребление сахара и т.п.)?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
10	Есть ли среди Ваших близких и знакомых люди, к которым Вы можете обратиться за помощью в процессе лечения (например, попросить купить лекарства в аптеке, помочь в выполнении лечебной процедуры, сопроводить Вас к врачу и т.п.)?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

SOC 4

Отметьте, пожалуйста, подходящий ответ, характеризующий ситуацию <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> :						
		4	3	2	1	0
1	Как часто Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с родными, друзьями, коллегами?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	В какой мере Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с родными, друзьями, коллегами?	Совсем не мешало	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
3	Как часто Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам в выполнении Ваших социально значимых обязанностей (например, профессиональных, учебных)?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	В какой мере Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам в выполнении Ваших социально значимых обязанностей (например, профессиональных, учебных)?	Совсем не мешало	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно

**В этом разделе просим Вас ответить на вопросы, касающиеся лечения Вашего заболевания.**

**Пожалуйста, пропустите этот раздел, если лечением Вам еще не назначено или не началось.**

THER\_1

Отметьте, пожалуйста, подходящий ответ на следующие вопросы, касающиеся Вашей удовлетворенности лечением.						
		0	1	2	3	4
1	Удовлетворены ли Вы проводимым лечением?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
2	Считаете ли Вы назначенное Вам лечение эффективным?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Считаете ли Вы назначенное Вам лечение необходимым?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
4	Считаете ли Вы назначенное Вам лечение оптимальным, наиболее подходящим?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
5	Помогает ли Вам текущее лечение в повседневной жизни?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

THER\_2

		0	1	2	3	4
1	Как изменилась Ваша физическая работоспособность в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшилась	Несколько ухудшилась	Не изменилась	Несколько улучшилась	Значительно улучшилась
2	Как изменилось Ваше самочувствие в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшилось	Несколько ухудшилось	Не изменилось	Несколько улучшилось	Значительно улучшилось
3	Как изменилась интенсивность симптомов заболевания в процессе/в результате лечения?	Значительно увеличилась	Несколько увеличилась	Не изменилась	Несколько уменьшилась	Значительно уменьшилась

		0	1	2	3	4
4	Как изменилось количество симптомов заболевания в процессе/в результате лечения?	Значительно увеличилось	Несколько увеличилось	Не изменилось	Несколько уменьшилось	Значительно уменьшилось
5	Как изменилось качество Вашего сна в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшилось	Несколько ухудшилось	Не изменилось	Несколько улучшилось	Значительно улучшилось
6	Как изменился Ваш аппетит в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшился	Несколько ухудшился	Не изменился	Несколько улучшился	Значительно улучшился
7	Как изменилась Ваша интимная жизнь в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшилась	Несколько ухудшилась	Не изменилась	Несколько улучшилась	Значительно улучшилась

THER\_3

		0	1	2	3	4
1	Как изменилось Ваше привычное эмоциональное состояние в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшилось	Несколько ухудшилось	Не изменилось	Несколько улучшилось	Значительно улучшилось
2	Как изменились Ваша умственная работоспособность и память в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшились	Несколько ухудшились	Не изменились	Несколько улучшились	Значительно улучшились
3	Как изменилась Ваша удовлетворенность собой в процессе/в результате лечения?	Значительно снизилась	Несколько снизилась	Не изменилась	Несколько повысилась	Значительно повысилась
4	Как изменилась Ваша удовлетворенность жизнью в процессе/в результате лечения?	Значительно снизилась	Несколько снизилась	Не изменилась	Несколько повысилась	Значительно повысилась

THER\_4

		0	1	2	3	4
1	Как изменились Ваши взаимоотношения с близкими, друзьями и знакомыми в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшились	Несколько ухудшились	Не изменились	Несколько улучшились	Значительно улучшились
2	Как изменились Ваши возможности активно общаться с близкими, друзьями и знакомыми в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшились	Несколько ухудшились	Не изменились	Несколько улучшились	Значительно улучшились
3	Как изменилась Ваша удовлетворенность своим образом жизни в процессе/в результате лечения?	Значительно снизилась	Несколько снизилась	Не изменилась	Несколько повысилась	Значительно повысилась
4	Какое влияние оказало лечение на Ваш бюджет, Ваше материальное положение?	Значительное негативное	Умеренное негативное	Не оказало влияния	Умеренное положительное	Значительное положительное

**ТНЕР 5**

		4	3	2	1	0
1	Считаете ли Вы режим назначенного Вам лекарственного лечения слишком сложным?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
2	Считаете ли Вы рекомендации врача относительно изменения Вашего образа жизни слишком сложными?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Насколько Вам затруднительно выполнять рекомендации врача относительно приема лекарств?	Определенно легко	Скорее, легко	Трудно сказать	Скорее, трудно	Очень затруднительно
4	Насколько Вам затруднительно выполнять рекомендации врача относительно образа жизни?	Определенно легко	Скорее, легко	Трудно сказать	Скорее, трудно	Очень затруднительно
5	Насколько Вам затруднительно выполнять рекомендации врача относительно медицинских обследований и регулярных визитов?	Определенно легко	Скорее, легко	Трудно сказать	Скорее, трудно	Очень затруднительно
6	Как часто у Вас возникали побочные эффекты от приема назначенных врачом лекарственных препаратов?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Насколько Вас беспокоят побочные эффекты от приема назначенных лекарственных препаратов?	Совершенно не беспокоят	Незначительно	Умеренно	Значительно	Чрезвычайно
8	В какой мере необходимость соблюдения режима лекарственного лечения ограничивает Вашу повседневную жизнь?	Совершенно не ограничивает	Незначительно	Умеренно	Значительно	Чрезвычайно
9	В какой мере необходимость соблюдения медицинских рекомендаций относительно образа жизни ограничивает Вашу повседневную жизнь?	Совершенно не ограничивает	Незначительно	Умеренно	Значительно	Чрезвычайно
10	В какой мере необходимость медицинских обследований и регулярных визитов к врачу ограничивает Вашу повседневную жизнь?	Совершенно не ограничивает	Незначительно	Умеренно	Значительно	Чрезвычайно

**ТНЕР 6**

		4	3	2	1	0
1	Как часто Вы забываете принимать назначенные лекарства?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Как часто Вы бываете невнимательны к часам приема лекарств?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

		4	3	2	1	0
3	Как часто Вы пропускаете прием назначенного лекарства, если чувствуете себя хорошо?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Как часто Вы пропускаете прием назначенного лекарства, если после его приема чувствуете себя плохо или не чувствуете улучшения самочувствия?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Можете ли Вы отказаться от приема назначенного лекарства, если Вас что-то насторожило в инструкции к нему?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
6	Как часто Вы самостоятельно изменяете дозировку назначенного лекарства?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Как часто Вы принимаете лекарства по совету знакомых или по собственному усмотрению без назначения врача?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Как часто Вы полностью отказываетесь от приема назначенных лекарств без обсуждения этого вопроса с лечащим врачом?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

**ТНЕР 7**

		4	3	2	1	0
1	Как часто Вы пропускаете назначенные визиты к врачу?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Выполняете ли Вы рекомендации врача относительно физических нагрузок и упражнений?	Нет, никогда	Редко и избирательно	Периодически	Как правило, да	Да, всегда
3	Выполняете ли Вы рекомендации врача относительно режима и состава питания?	Нет, никогда	Редко и избирательно	Периодически	Как правило, да	Да, всегда
4	Выполняете ли Вы рекомендации врача относительно режима сна?	Нет, никогда	Редко и избирательно	Периодически	Как правило, да	Да, всегда
5	Выполняете ли Вы рекомендации врача относительно отказа от «вредных привычек»?	Нет, никогда	Редко и избирательно	Периодически	Как правило, да	Да, всегда

### ТНЕР\_8 (РЕМ)

Этот раздел предназначен для оценки того, насколько Вы довольны оказываемой Вам помощью, общением с врачом, другим персоналом лечебного учреждения и получением необходимой информации о здоровье.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, оценивая ВСЕ ситуации общения с Вашим лечащим врачом: поступление в стационар, все утренние обходы и внеочередные консультации.

Отметьте, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены тем, как Ваш лечащий врач...						
	4	3	2	1	0	
1	...информирует Вас о состоянии Вашего здоровья	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен
2	...информирует Вас о назначаемых диагностических процедурах и лечении	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен
3	...информирует Вас о необходимых изменениях в Вашем образе жизни	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен
4	...оценивает состояние Вашего здоровья (расспрашивает о жалобах, осуществляет осмотр и т.д.)	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен
5	...организует общение с Вами во время обход (распределяет время и внимание, пунктуален и т.п.)	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен
6	...общается, взаимодействует с Вами	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен

Следующие вопросы касаются Ваших впечатлений от Вашего общения с лечащим врачом.						
	4	3	2	1	0	
7	Знаете ли Вы после бесед с Вашим лечащим врачом, чего следует теперь ожидать?	Значительно больше	Немного больше	Чуть больше	Очень немного	Не больше, чем до этих бесед
8	Считаете ли Вы, что врач понимает, что Вас беспокоит?	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет
9	Довольны ли Вы тем, как вы общаетесь с лечащим врачом?	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее, не доволен	Совершенно не доволен

	4	3	2	1	0	
10	Чувствуете ли Вы, что врач заботится о Вас?	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет
11	Есть ли у Вас ощущение, что врач вселяет в Вас уверенность, успокаивает?	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет
Насколько справедливы, на Ваш взгляд, следующие утверждения?						
12	С врачом трудно общаться	Полностью согласен	Согласен	Более или менее	Не согласен	Полностью не согласен
13	Во время обходов слишком много времени уходит на разговоры на отвлеченные темы	Полностью согласен	Согласен	Более или менее	Не согласен	Полностью не согласен
14	В процессе обхода мне трудно задавать вопросы	Полностью согласен	Согласен	Более или менее	Не согласен	Полностью не согласен
15	Важные решения по поводу обследования и лечения принимаются без учета моего мнения	Полностью согласен	Согласен	Более или менее	Не согласен	Полностью не согласен
16	Врач уделяет мне недостаточно времени и внимания	Полностью согласен	Согласен	Более или менее	Не согласен	Полностью не согласен

### ТНЕР\_9 (РЕМ)

Оцените, пожалуйста, Ваши эмоции на данном этапе лечения/обследования (принимая во внимание все то время, что Вы находитесь в больнице). Обведите ту цифру в каждой из противоположных пар эмоциональных состояний, которая ближе отражает Ваше состояние.

К настоящему моменту нахождения в больнице я:									
Почувствовал(а) облегчение	7	6	5	4	3	2	1	Почувствовал(а) озабоченность	
Стал(а) печальным (ой)	1	2	3	4	5	6	7	Стал(а) радостным (ой)	
Стал(а) полным (ой) сил	7	6	5	4	3	2	1	Стал(а) утомленным (ой)	
Стал(а) напряженным(ой)	1	2	3	4	5	6	7	Стал(а) спокойным(ой)	

### ТНЕР\_10 (РЕМ)

Отметьте, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены тем, как организовано лечение в следующих проявлениях...						
	4	3	2	1	0	
1	...комфортность условий медицинского учреждения	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен
2	...доступность необходимой информации (о медицинском учреждении, о врачах, о режиме работы и т.д.)	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен
3	...время ожидания необходимой медицинской помощи	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен
4	...работа и стиль поведения администраторов медицинского учреждения	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен
5	...работа и стиль поведения среднего медицинского персонала учреждения	Доволен полностью	Скорее доволен	Трудно сказать	Скорее не доволен	Совершенно не доволен
6	Мне приходится тратить меньше времени на беседу с врачом или искать другое место для разговора, потому что в палате другие пациенты могут услышать, что я говорю	0	1	2	3	4
7	Обычно на обходах врача я чувствую себя рядовым пациентом, каких очень много	Полностью согласен	Скорее, согласен	Более или менее	Скорее, не согласен	Совершенно не согласен

HTN\_1

Как часто <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Вы отмечали у себя следующие недомогания?						
а.		4	3	2	1	0
1	Пульсации в голове	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Тупую давящую или ноющую боль в затылке или другой части головы	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Приливы крови к лицу, ощущение "жара"	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Мелькание мушек, рябь перед глазами	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Нарастающий звон/писк/шум в ушах	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
6	Носовые кровотечения при повышении давления	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Тошноту при повышении давления	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Чувство сдавления головы (как будто обручем)	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
9	Ощущение дрожи в руках и/или ногах	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
10	Насколько сильно Вас беспокоили симптомы повышенного артериального давления?	Совсем не беспокоили	Слабо	Умеренно	Сильно	Очень беспокоили
11	Как часто Вы отмечали пониженное артериальное давление?	Никогда	Очень редко (1-2 раза в месяц)	Периодически (1-2 раза в неделю)	Больше 3 раз в неделю	Каждый день
12	Как часто Вы отмечали повышенное артериальное давление?	Никогда	Очень редко (1-2 раза в месяц)	Периодически (1-2 раза в неделю)	Больше 3 раз в неделю	Каждый день

б.		0	1	2	3	4
13	Как Вы считаете, удастся ли Вам достичь контроля над гипертензией (повышенным давлением) в ближайшем будущем?	Существенно ухудшится	Немного ухудшится	Останется без изменений	Немного улучшится	Существенно улучшится
14	Как Вы считаете, сейчас контроль над гипертензией (повышенным давлением) лучше, чем 3 месяца назад?	Существенно хуже	Немного хуже	Без изменений	Немного лучше	Существенно лучше

HTN\_2

Отметьте, пожалуйста, насколько соответствуют Вашей точке зрения следующие утверждения						
а.		0	1	2	3	4
1	Я считаю, что здоров, а повышенное давление - не болезнь и не может являться поводом для беспокойства	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет
2	Я не считаю, что мне необходимо постоянное лечение по поводу гипертензией (повышенного давления)	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет
б.		0	1	2	3	4
3	Я постоянно думаю о том, как справиться с гипертензией (повышенным давлением)	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет
4	Меня угнетает и тревожит мысль о том, что лечение гипертензии (повышенного давления) нужно проводить постоянно	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет

HTN\_3

а.		0	1	2	3	4
1	Как Вы считаете, доступна ли Вам информация о гипертензии (повышенном давлении), факторах риска сердечно-сосудистых осложнений, методах лечения?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
2	Как Вы считаете, Вам доступна достаточно компетентная и качественная медицинская помощь для лечения гипертензии (повышенного давления)?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Вы удовлетворены тем, как Ваш врач проводит лечение гипертензии (повышенного давления)?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
4	Ваши родные, друзья, знакомые напоминают Вам о необходимости регулярно измерять давление, принимать назначенные препараты, соблюдать медицинские рекомендации относительно образа жизни?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
Отметьте, пожалуйста, подходящий ответ, характеризующий ситуацию <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b>						
б.		4	3	2	1	0
5	Как часто повышение давление мешало Вам продолжить обычный семейный, дружеский разговор или профессиональный?	Совсем не мешало	Редко	Время от времени	Часто	Очень часто
6	Как часто повышение давления мешало Вам продолжить деловую встречу или деловой разговор?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Как часто Вам приходилось отложить Ваши домашние или рабочие обязанности на некоторое время, чтобы справиться с повышением давления?	Совсем не мешало	Редко	Время от времени	Часто	Очень часто

HTN\_4

а.		0	1	2	3	4
1	Как Вы считаете, назначенное Вам лечение гипертензии (повышенного давления) на данном этапе эффективно?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
		0	1	2	3	4
2	На Ваш взгляд, сейчас назначенное Вам лечение гипертензии (повышенного давления) необходимо?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	На Ваш взгляд, назначенный режим лечения - это лучшее, что можно было предложить?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
б.		4	3	2	1	0
4	Как часто Вы воздерживаетесь от покупки препаратов от гипертензии (повышенного давления), которые Вам рекомендовал врач?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Как часто Вы пропускали прием препаратов от гипертензии (повышенного давления) из-за боязни проявлений их побочных эффектов?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Очень часто
6	Можете ли Вы самостоятельно заменить назначенные врачом препараты?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
7	Как часто Ваше давление резко снижалось после приема назначенных препаратов и Вы пропускали из-за этого следующий прием?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Очень часто
8	Как Вы считаете, Вас больше беспокоят побочные эффекты лекарств от гипертензии (повышенного давления), чем польза, которую они могут принести?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
с.		0	1	2	3	4
9	Находясь дома, Вы следуете определенному графику регулярного измерения артериального давления, рекомендованного лечащим врачом?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
10	Регулярно ли Вы проверяете Ваш домашний тонометр на исправность (носите на калибровку, проверку в сервис центр)?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
11	Насколько часто Вы едите свежие фрукты и овощи?	Очень редко	Редко	Время от времени	Несколько раз в неделю	Каждый день
		0	1	2	3	4
12	Сколько времени (в целом) в неделю уходит у Вас на физическую нагрузку (ходьба, бег и т.п.) на свежем воздухе?	Практически не выхожу на улицу	Меньше 2,5 часов	От 2,5 до 8 часов	8-12 часов	Больше 12 часов
		4	3	2	1	0
13	Как часто Вы досаливаете пищу после приготовления?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Каждый раз при приеме пищи
14	Как часто Вы питаетесь в заведениях быстрого питания («фаст-фуд»)?	Никогда	Редко	Время от времени	Один раз в месяц	Практически каждый день

**Выражаем благодарность за участие!**

**Проверьте, пожалуйста, даны ли ответы на все вопросы!**

Концептуальная модель опросника для пациентов с артериальной гипертензией (версия 2)

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ (PH)**

1. **Физические симптомы:** типичные проявления нарушения деятельности внутренних органов и систем органов (ЖКТ, дыхательная, ССС, опорно-двигательный аппарат и др.)

**15 вопросов**

2. **Общее самочувствие и витальность:** физическая работоспособность, жизненный тонус, сон, аппетит, сексуальная сфера

**6 вопросов**

3. **Самооценка здоровья** общая степень удовлетворенности физическим здоровьем.

**5 вопросов**

4. **Ограничивающее влияние состояния физического здоровья:** физические ограничения в повседневной, профессиональной (учебной) деятельности, в досуге и отдыхе.

**15 вопросов**

5. **Динамика физического здоровья:** оценка здоровья по сравнению с прошлым, ожидания в отношении изменения состояния здоровья в будущем.

**2 вопроса**

43 вопроса

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ (PSY)**

1. **Эмоционально-поведенческие симптомы:** признаки тревожных, депрессивных, ипохондрических, обсессивно-компульсивных расстройств, неврастении.

**16 вопросов**

2. **Когнитивные симптомы:** признаки нарушения восприятия, внимания, памяти, речи, умственной работоспособности, целенаправленных действий.

**5 вопросов**

3. **Общее психическое благополучие:** общее переживание удовлетворенности жизнью, собой, счастья, осмысленности жизни.

**5 вопросов**

4. **Ограничивающее влияние состояния психического здоровья:** психологические ограничения в повседневной, профессиональной (учебной) деятельности, в досуге и отдыхе.

**13 вопросов**

5. **Динамика психического здоровья:** оценка псих. здоровья (благополучия) по сравнению с прошлым, ожидания в отношении изменения состояния псих. здоровья в будущем.

**3 вопроса**

42 вопроса

## СОЦИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ (SOC)

1. **Социальная фрустрированность:** степень удовлетворенности/неудовлетворенности различными аспектами социальной жизни (экономический статус, социальный статус, проф. деятельность, семейные отношения)  
**4 вопроса**
2. **Социальные ресурсы:** доступность социальной поддержки (формальной и неформальной, действенной, эмоциональной, информационной)  
**4 вопроса**
3. **Влияние физического здоровья на социальную активность**  
**5 вопросов**
4. **Влияние психического здоровья на социальную активность**  
**2 вопроса**  
15 вопросов

## ЛЕЧЕНИЕ (THER)

1. **Общая удовлетворенность лечением:** оценка лечения как необходимого, правильного, эффективного  
**3 вопроса**
2. **Физические изменения в связи с лечением**  
**4 вопроса**
3. **Психологические изменения в связи с лечением**  
**3 вопроса**
5. **Влияние режима лечения на повседневную жизнь**  
**6 вопросов**
6. **Приверженность рекомендациям относительно режима лечения**  
**7 вопросов**
7. **Приверженность рекомендациям относительно образа жизни**  
**4 вопроса**  
27 вопросов

**ИТОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЧАСТИ: 127 вопросов**

---

**СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ОПРОСНИКА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**1. Физиологический компонент:**

- a** Физические симптомы, типичные для АГ
- b** Субъективная оценка динамики АГ

**13 вопросов**

**2. Психологический компонент:**

- a** Отрицание АГ как заболевания (гипонозогнозия)
- b** Чрезмерная вовлеченность в болезнь (гипернозогнозия)

**4 вопроса**

**3. Социальный компонент:**

- a** Социальные ресурсы в лечении и контроле АГ
- b** Влияние АГ на соц.активность

**6 вопросов**

**4. Лечение:**

- a** Общая удовлетворенность лечением АГ
- b** Приверженность лекарственной терапии АГ
- c** Приверженность рекомендациям относительно образа жизни при АГ

**13 вопросов**

**По АГ-части 36 вопросов**

**ИТОГО 163 вопросов**

---

## Опросник по качеству жизни, связанному со здоровьем для пациентов с артериальной гипертензией

Уважаемый(ая) господин (госпожа),

Пожалуйста, ответьте на вопросы, касающиеся Вашего самочувствия, настроения и лечения. Ваши ответы помогут врачу работать над повышением качества медицинской помощи. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

### PHU\_1

Как часто <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Вы отмечали у себя следующие недомогания (жалобы, симптомы)?		5	4	3	2	1
1	Головная боль	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Головокружение	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Боль в грудной клетке	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Чувство стеснения, давления в грудной клетке	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Нарушения в работе сердца: сердцебиения, замирание	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
6	Чувство онемения в конечностях	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

		5	4	3	2	1
7	Одышка после физических нагрузок	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
9	Приступы удушья в состоянии физического покоя	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
10	Отёки ног	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
11	Частые ночные позывы к мочеиспусканию	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
13	Повышенная потливость	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
16	Внезапная нечеткость, размытость зрения, потемнение в глазах	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
20	Тошнота	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
21	Приливы жара	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
25	Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?	Совсем не испытывал (а)	Слабую	Умеренную	Сильную	Очень сильную

### PHU\_2

Как часто <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Вы отмечали у себя следующие состояния?		5	4	3	2	1
1	Плохое общее самочувствие	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Ощущение слабости, вялости	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Частые пробуждения ночью	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
9	Ночные кошмары и тягостные сновидения	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
10	Сонливость днем, ощущение разбитости в течение дня	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
12	Отсутствие удовольствия от приема пищи	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

**РНУ 3**

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы о том, как Вы в целом оцениваете состояние своего здоровья сейчас.						
		5	4	3	2	1
3	Испытываете ли Вы тревогу или подавленность из-за Вашего здоровья?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
4	В какой степени Вы нуждаетесь в медицинской помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни?	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно

		1	2	3	4	5
5	Удовлетворены ли Вы своим физическим состоянием, работоспособностью?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
6	По сравнению с большинством знакомых Ваше здоровье	Определенно хуже	Скорее, хуже	Такое же	Скорее, лучше	Определенно лучше
8	Чувствуете ли Вы себя здоровым?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

**РНУ 4**

В какой степени <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Ваше физическое состояние и самочувствие ограничивало Вас в выполнении перечисленных ниже нагрузок?						
		5	4	3	2	1
2	Поднять и/или нести сумку с продуктами, тяжестями	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
3	Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
4	Подняться пешком по лестнице на один пролет	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
5	Наклониться, присесть на корточки	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
7	Пройти расстояние в несколько кварталов	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
8	Пройти расстояние в один квартал	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно

<b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> влияло ли Ваше физическое состояние на Вашу повседневную деятельность таким образом, что:						
		5	4	3	2	1
9	Пришлось сократить количество времени затрачиваемого на работу или другие дела	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
10	Выполнили меньше, чем хотели	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
12	Пришлось отказаться от запланированной деятельности	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
13	Выполнение работы потребовало дополнительных усилий или дополнительного времени	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

<b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> в какой мере Ваше физическое состояние ограничивало Вас в следующих видах деятельности:						
		5	4	3	2	1
14	В ведении хозяйства, решении бытовых проблем	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
15	В самообслуживании, передвижении до нужных мест	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
17	В общении с родными, близкими, друзьями	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
19	В любимых Вами занятиях	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
20	В интимной жизни	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно

PHU\_5

Оцените, пожалуйста, изменения в состоянии своего физического здоровья:						
	1	2	3	4	5	
1	Как Вы считаете, как изменится состояние Вашего физического здоровья в ближайшем будущем	Существенно ухудшится	Немного ухудшится	Останется без изменений	Немного улучшится	Существенно улучшится
2	Как Вы оцениваете состояние Вашего физического здоровья сейчас по сравнению с состоянием год назад	Существенно хуже	Несколько хуже	Без изменений	Несколько лучше	Существенно лучше

PSY\_1

Как часто <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Вы отмечали у себя следующие эмоциональные состояния?						
		4	3	2	1	0
1	Тревога, эмоциональное напряжение	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Неожиданный и беспричинный страх	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Слезливость, подавленное настроение	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
6	Ощущение, что Вы хуже других	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
13	Потеря сексуального влечения или удовольствия	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
14	Легко возникающие раздражение и досада	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
20	Ощущение собственной никчемности	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
23	Частые и беспричинные смены настроения	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
24	Несдержанность	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
25	Постоянное беспокойство	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

		5	4	3	2	1
28	Потеря удовольствия от того, что раньше его приносило	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
29	Потеря интереса к тому, чтобы следить за своей внешностью	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
30	Чувство, что Вы стали делать всё очень медленно	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
33	Чувство эмоциональной опустошенности	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

PSY\_2

Как часто <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Вы отмечали у себя следующие проявления?						
		5	4	3	2	1
1	Забывчивость	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Трудности запоминания нового	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Рассеянность, трудности сосредоточения	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Ощущение, что Вы стали мыслить медленнее	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
12	Трудности в переключении внимания с одного вопроса на другой	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

PSY\_3

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы о том, как Вы в целом оцениваете удовлетворенностью собой и жизнью сейчас.						
		1	2	3	4	5
2	Чувствуете ли Вы, что Ваша жизнь наполнена смыслом?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
4	Довольны ли Вы собой?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
5	Есть ли у Вас в жизни определенные цели, намерения?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
7	Довольны ли Вы своим характером, привычным настроением и стилем поведения?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
9	Чувствуете ли Вы, что управляете событиями собственной жизни?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

PSY\_4

ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ как часто Ваше эмоциональное состояние влияло на Вашу повседневную деятельность таким образом, что:						
		5	4	3	2	1
2	Выполнили меньше, чем хотели	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Выполнение работы потребовало дополнительных усилий или дополнительного времени	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ случилось ли, что проблемы с памятью, концентрацией внимания или быстрое умственное утомление влияли на Вашу повседневную деятельность таким образом, что:						
		5	4	3	2	1
6	Пришлось сократить количество времени затрачиваемого на работу или другие дела	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Выполнили меньше, чем хотели	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
9	Выполнение работы потребовало дополнительных усилий или дополнительного времени	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ в какой мере Ваше эмоциональное состояние ограничивало Вас в следующих видах деятельности:						
		5	4	3	2	1
10	В повседневно-бытовых делах	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Очень
11	В работе (в профессиональной деятельности, обучении или делах по дому)	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Очень
13	В общении с родными, близкими, друзьями	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Очень
14	В Вашем хобби, любимых занятиях	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Очень

ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ случилось ли, что проблемы с памятью, концентрацией внимания или быстрое умственное утомление ограничивали Вас в следующих видах деятельности:						
		5	4	3	2	1
18	В работе (в профессиональной деятельности или делах по дому)	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно
21	В Вашем хобби, любимых занятиях	Совсем нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезвычайно

PSY\_5

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы о том, как Вы оцениваете изменение своего настроения и умственной работоспособности.						
		1	2	3	4	5
4	Как Вы оцениваете Ваше привычное эмоциональное состояние сейчас по сравнению с состоянием год назад?	Существенно хуже	Несколько хуже	Без изменений	Несколько лучше	Существенно лучше
5	Как Вы оцениваете Вашу удовлетворенность собой и жизнью сейчас по сравнению с тем, что было годом ранее?	Существенно хуже	Несколько хуже	Без изменений	Несколько лучше	Существенно лучше
6	Как Вы оцениваете Вашу память, внимание и умственную работоспособность сейчас по сравнению с годом ранее?	Существенно хуже	Несколько хуже	Без изменений	Несколько лучше	Существенно лучше

SOC\_1

Отметьте, пожалуйста, насколько в настоящее время Вы удовлетворены...					
	5	4	3	2	1
1	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён
2	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён
7	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён
8	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее не удовлетворён	Совершенно не удовлетворён

SOC\_2

Отметьте, пожалуйста, ответы на вопросы, касающиеся Вашего окружения.					
	1	2	3	4	5
1	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

SOC\_3

Отметьте, пожалуйста, ответы на вопросы, касающиеся доступности для Вас медицинской помощи.					
	1	2	3	4	5
1	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
4	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
5	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
7	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

SOC\_4

Отметьте, пожалуйста, подходящий ответ, характеризующий ситуацию <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> :					
	5	4	3	2	1
1	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Совсем не мешало	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно

В этом разделе просим Вас ответить на вопросы, касающиеся лечения Вашего заболевания.

THER\_1

Отметьте, пожалуйста, подходящий ответ на следующие вопросы, касающиеся Вашей удовлетворенности лечением.					
	1	2	3	4	5
1	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
2	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

ТНЕР\_2

		1	2	3	4	5
1	Как изменилась Ваша работоспособность в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшилась	Несколько ухудшилась	Не изменилась	Несколько улучшилась	Значительно улучшилась
2	Как изменилось Ваше самочувствие в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшилось	Несколько ухудшилось	Не изменилось	Несколько улучшилось	Значительно улучшилось
3	Количество и интенсивность симптомов заболевания в процессе/в результате лечения...	Значительно увеличилось	Несколько увеличилось	Не изменилось	Несколько уменьшилось	Значительно уменьшилось
7	Как изменилась Ваша интимная жизнь в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшилась	Несколько ухудшилась	Не изменилась	Несколько улучшилась	Значительно улучшилась

ТНЕР\_3

		1	2	3	4	5
1	Как изменилось Ваше привычное эмоциональное состояние в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшилось	Несколько ухудшилось	Не изменилось	Несколько улучшилось	Значительно улучшилось
2	Как изменились Ваша умственная работоспособность и память в процессе/в результате лечения?	Значительно ухудшились	Несколько ухудшились	Не изменились	Несколько улучшились	Значительно улучшились
4	Как изменилась Ваша удовлетворенность жизнью в процессе/в результате лечения?	Значительно снизилась	Несколько снизилась	Не изменилась	Несколько повысилась	Значительно повысилась

ТНЕР\_5

		5	4	3	2	1
1	Считаете ли Вы режим назначенного Вам лекарственного лечения слишком сложным?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
2	Считаете ли Вы рекомендации врача относительно изменения Вашего образа жизни слишком сложными?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Насколько Вам трудно выполнять рекомендации врача относительно приема лекарств и изменения образа жизни?	Определенно легко	Скорее, легко	Трудно сказать	Скорее, трудно	Очень затруднительно
5	Насколько Вам трудно выполнять рекомендации врача относительно медицинских обследований и регулярных визитов?	Определенно легко	Скорее, легко	Трудно сказать	Скорее, трудно	Очень затруднительно
6	Как часто у Вас возникали побочные эффекты от приема назначенных врачом лекарственных препаратов?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Насколько Вас беспокоят побочные эффекты от приема назначенных лекарственных препаратов?	Совершенно не беспокоят	Немного	Умеренно	Значительно	Чрезвычайно

ТНЕР\_6

		5	4	3	2	1
1	Как часто Вы забываете принимать назначенные лекарства?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Как часто Вы бываете невнимательны к часам приема лекарств?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Как часто Вы пропускаете прием назначенного лекарства, если чувствуете себя хорошо?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Как часто Вы пропускаете прием назначенного лекарства, если после его приема чувствуете себя плохо или не чувствуете улучшения самочувствия?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
6	Как часто Вы самостоятельно изменяете дозировку назначенного лекарства?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Как часто Вы принимаете лекарства по совету знакомых или по собственному усмотрению без назначения врача?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Как часто Вы полностью отказываетесь от приема назначенных лекарств без обсуждения этого вопроса с лечащим врачом?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно

ТНЕР\_7

		5	4	3	2	1
1	Как часто Вы пропускаете назначенные визиты к врачу?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
		1	2	3	4	5
2	Выполняете ли Вы рекомендации врача относительно физических нагрузок и упражнений?	Нет, никогда	Редко и избирательно	Периодически	Как правило, да	Да, всегда
3	Выполняете ли Вы рекомендации врача относительно режима и состава питания?	Нет, никогда	Редко и избирательно	Периодически	Как правило, да	Да, всегда
5	Выполняете ли Вы рекомендации врача относительно отказа от «вредных привычек»?	Нет, никогда	Редко и избирательно	Периодически	Как правило, да	Да, всегда

**HTN\_PHY**

1. Как часто <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b> Вы отмечали у себя следующие недомогания?						
а.		5	4	3	2	1
1	Пульсации в голове	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
2	Тупую давящую или ноющую боль в затылке или другой части головы	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
3	Приливы к лицу, ощущение "жара"	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Мелькание мушек, рябь перед глазами	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
5	Нарастающий звон/писк/шум в ушах	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
6	Носовые кровотечения при повышении давления	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
7	Тошноту при повышении давления	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
8	Чувство сдавления головы (как будто обручем)	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
9	Ощущение дрожи в руках и/или ногах	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
10	Насколько сильно Вас беспокоили симптомы повышенного артериального давления?	Совсем не беспокоили	Слабо	Умеренно	Сильно	Очень беспокоили
12	Как часто Вы отмечали повышенное артериальное давление?	Никогда	Очень редко (1-2 раза в месяц)	Периодически (1-2 раза в неделю)	Больше 3 раз в неделю	Каждый день

  

б.		1	2	3	4	5
13	Как Вы считаете, удастся ли Вам достичь контроля над гипертензией (повышенным давлением) в ближайшем будущем?	Существенно ухудшится	Немного ухудшится	Останется без изменений	Немного улучшится	Существенно улучшится
14	Как Вы считаете, сейчас контроль над гипертензией (повышенным давлением) лучше, чем 3 месяца назад?	Существенно хуже	Немного хуже	Без изменений	Немного лучше	Существенно лучше

**HTN\_PSY**

Отметьте, пожалуйста, насколько соответствуют Вашей точке зрения следующие утверждения						
а.		1	2	3	4	5
1	Я считаю, что здоров, а повышенное давление - не болезнь и не может являться поводом для беспокойства	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет
2	Я не считаю, что мне необходимо постоянное лечение по поводу гипертензией (повышенного давления)	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет
б.		1	2	3	4	5
3	Я постоянно думаю о том, как справиться с гипертензией (повышенным давлением)	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет
4	Меня угнетает и тревожит мысль о том, что лечение гипертензии (повышенного давления) нужно проводить постоянно	Определенно да	Скорее, да	Трудно сказать	Скорее, нет	Определенно нет

**HTN\_SOC**

а.		1	2	3	4	5
1	Как Вы считаете, доступна ли Вам информация о гипертензии (повышенном давлении), факторах риска сердечно-сосудистых осложнений, методах лечения?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
2	Как Вы считаете, Вам доступна достаточно компетентная и качественная медицинская помощь для лечения гипертензии (повышенного давления)?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
3	Вы удовлетворены тем, как Ваш врач проводит лечение гипертензии (повышенного давления)?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
4	Ваши родные, друзья, знакомые напоминают Вам о необходимости регулярно измерять давление, принимать назначенные препараты, соблюдать медицинские рекомендации относительно образа жизни?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
Отметьте, пожалуйста, подходящий ответ, характеризующий ситуацию <b>ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ</b>						
б.		5	4	3	2	1
5	Как часто повышение давление мешало Вам продолжить обычный семейный, дружеский разговор или профессиональный?	Совсем не мешало	Редко	Время от времени	Часто	Очень часто
7	Как часто Вам приходилось отложить Ваши домашние или рабочие обязанности на некоторое время, чтобы справиться с повышением давления?	Совсем не мешало	Редко	Время от времени	Часто	Очень часто

HTN THER

a.		1	2	3	4	5
1	Как Вы считаете, назначенное Вам лечение гипертензии (повышенного давления) на данном этапе эффективно?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
		1	2	3	4	5
2	На Ваш взгляд, сейчас назначенное Вам лечение гипертензии (повышенного давления) необходимо?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
b.		5	4	3	2	1
3	Как часто Вы воздерживаетесь от покупки препаратов от гипертензии (повышенного давления), которые Вам рекомендовал врач?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Постоянно
4	Как часто Вы пропускали прием препаратов от гипертензии (повышенного давления) из-за боязни проявлений их побочных эффектов?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Очень часто
5	Можете ли Вы самостоятельно заменить назначенные врачом препараты?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
6	Как часто Ваше давление резко снижалось после приема назначенных препаратов и Вы пропускали из-за этого следующий прием?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Очень часто
7	Как Вы считаете, Вас больше беспокоят побочные эффекты лекарств от гипертензии (повышенного давления), чем польза, которую они могут принести?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да

c.		1	2	3	4	5
9	Находясь дома, Вы следуете определенному графику регулярного измерения артериального давления, рекомендованного лечащим врачом?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
10	Регулярно ли Вы проверяете Ваш домашний тонометр на исправность (носите на калибровку, проверку в сервис центр)?	Определенно нет	Скорее, нет	Трудно сказать	Скорее, да	Определенно да
11	Насколько часто Вы едите свежие фрукты и овощи?	Очень редко	Редко	Время от времени	Несколько раз в неделю	Каждый день
		1	2	3	4	5
12	Сколько времени (в целом) в неделю уходит у Вас на физическую нагрузку (ходьба, бег и т.п.) на свежем воздухе?	Практически не выхожу на улицу	Меньше 2,5 часов	От 2,5 до 8 часов	8-12 часов	Больше 12 часов
		5	4	3	2	1
13	Как часто Вы досаливаете пищу после приготовления?	Никогда	Редко	Время от времени	Часто	Каждый раз при приеме пищи
14	Как часто Вы питаетесь в заведениях быстрого питания («фаст-фуд»)?	Никогда	Несколько раз в год	Один раз в месяц	Несколько раз в месяц	Несколько раз в неделю