

BETAMI Study



BEta-Blocker **T**reatment after
Acute **M**ycocardial **I**nfarction

Spørsmål som tilsendes pasientene etter 30 dager og hver 6. måned

Har du vært innlagt på sykehus med hjertesykdom (f.eks nytt hjerteinfarkt, angina, behov for utblokking/hjerteoperasjon, hjerteflimmer eller hjertesvikt) **siden du deltok i studien?**

Ja.... Nei...

Bruker du medisiner av typen betablokker?

(f.eks Selo-zok, Emconcor, Metoprolol, Carvedilol, Atenolol, Tenormin, Bisprolol, Unilock)?

Ja.... Nei...

Bruker du kolesterolsenkende medisiner av typen statiner?

(f.eks Simvastatin, Lipitor, Lescol, Pravachol, Zocor, Pravastatin, Lovastatin, Atorvastatin, Crestor, Atozet)?

Ja.... Nei...

Hvor ofte tok du dine hjertemedisiner (kolesterol og blodfortynnende) som forskrevet sist uke?

Sett ett kryss

Hver dag 6 av 7 dager 5 av 7 dager 4 av 7 dager < 4 av 7 dager Jeg tar de ikke

Røyker du? Sett ett kryss

Aldri røkt.....

Sluttet å røyke for mindre enn 30 dager siden

Sluttet å røyke for mer enn 30 dager siden

Ja, røyker daglig.....

Røyker av og til.....

Dersom du røyker, har du ønsker eller planer om å slutte?

Sett ett kryss

- Ja, forsøker
- Ja, har planer
- Ja, ønsker
- Nei

Er du fysisk aktiv slik at du blir varm/svett?

Sett ett kryss

- Minst 30 minutter 5 ganger i uken.....
- Mindre enn 30 minutter 5 ganger i uken.....
- Minst en gang i uken.....
- Aldri eller mindre enn en gang i uken.....

Omtrent hvor mange timer per uke bedriver du fysisk aktivitet med lett eller moderat intensitet (gå tur, danse, sykle osv):.....

Omtrent hvor mange timer per uke bedriver du fysisk aktivitet med hard intensitet slik at du blir varm og svett (gå raskt i motbakke, løpe osv):.....

Hvordan er ditt fysiske aktivitetsnivå i forhold til før du fikk hjerteinfarkt ?

Sett ett kryss

- Mye høyere.....
- Noe høyere.....
- Stort sett uendret.....
- Noe redusert.....
- Betydelig redusert.....

Spiser du fisk som pålegg/middag 3 ganger eller mer i uken? Ja..... nei....

Spiser du grønnsaker 3 ganger eller mer i uken? Ja..... nei....

Hvordan er inntak av fisk og grønt i forhold til før du fikk hjerteinfarkt ?

Sett ett kryss

- Mye høyere.....
- Noe høyere.....
- Stort sett uendret.....
- Noe redusert.....
- Betydelig redusert.....

Deltar du eller har du deltatt i hjertetrening på sykehuset eller et aktivitetstilbud i kommunen (f.eks frisklivssentralen) etter hjerteinfarkt?

Sett ett eller flere kryss

- Deltar eller har deltatt i sykehusbasert trening og hjertescole.....
- Deltar eller har deltatt på aktivitet i regi av kommunens frisklivssentral eller tilsvarende kommunalt tilbud.....
- Er tilbudt, men har aldri deltatt i noen organisert form for fysisk aktivitet.....

Har ikke fått tilbud om noen organisert form for fysisk aktivitet.....

Har du vært hos fastlegen din for oppfølging etter hjerteinfarkt?

Sett ett kryss

- Har vært hos fastlege til oppfølging den siste måneden
- Har vært hos fastlege for oppfølging siste 6 måneder.....
- Har vært hos fastlege for oppfølging siste 12-24 måneder
- Har ikke vært til oppfølging hos fastlege.....

Hva er din høyde (cm)?

Hva er vekten din (kg)?

Har bivirkninger ved hjertemedisiner medført at du har slurvet med å ta medisiner?

Ja.... Nei...

Har bivirkninger ved hjertemedisiner medført at du har sluttet med å ta medisiner?

Ja.... Nei

Har du opplevd bivirkninger når du har tatt dine hjertemedisiner?

Ja.... Nei...

Har du hatt noen av disse plagene de siste 3 månedene? Sett ett kryss per linje

	Nei	Mindre enn vanlig	Ikke mer enn vanlig uriktig	Mer enn vanlig
1 Kalde hender eller føtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Mareritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Generell utmattelse/slitenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sovet dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Irritabel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Angst, uro eller anspenthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Generelle muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Muskelsmerter i armer og ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Nedsatt seksualproblemer (nedsatt lyst, potensproblemer o.l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du vært plaget med pusten din de siste 3 måneder? (Sett ett kryss)

- Ingen symptomer ved fysisk aktivitet
- Ingen symptomer ved dagligdagse aktiviteter
- Lett begrensning i fysisk aktivitet
- Ingen symptomer i hvile eller ved lett fysisk anstrengelse.....
- Uttalt begrensning i fysisk aktivitet
- Symptomfri bare i hvile.....
- Symptomer i hvile.....

Har du vært plaget med brystmerter de siste 3 måneder? (Sett ett kryss)

- Ingen brystmerter.....
- Symptomer kun ved store anstrengelser som rask gange i motbakke/løping
- Symptomer ved moderate anstrengelser som rask gange på flatt underlag
- Symptomer ved minimale anstrengelser som få meters gange.....
- Symptomer i hvile.....

På en skala fra 0 (verst tenkelig) til 100 (best tenkelig), hvordan har du det om dagen?.....

I løpet av de siste 2 ukene, hvor ofte har du vært plaget med ett eller flere av disse problemene?

(sett ring rundt ett tall)

Liten interesse for eller glede over å gjøre ting?

0. Ikke i det hele tatt 1. Noen dager 2. Mer enn 7 dager 3. Nesten hver dag

Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet

0. Ikke i det hele tatt 1. Noen dager 2. Mer enn 7 dager 3. Nesten hver dag

Her kommer noen spørsmål om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du et kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser **den siste uken**. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

<p>1. Jeg er nervøs eller anspent</p>	<p>8. Jeg føler meg som om alt går langsommere</p>
<p><input type="checkbox"/> For det meste <input type="checkbox"/> Ofte <input type="checkbox"/> Noen ganger <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt</p>	<p><input type="checkbox"/> Nesten hele tiden <input type="checkbox"/> Svært ofte <input type="checkbox"/> Fra tid til annen <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt</p>
<p>2. Jeg gleder meg fortsatt over ting jeg pleide å glede meg over</p>	<p>9. Jeg føler meg urolig liksom jeg har sommerfugler i magen</p>
<p><input type="checkbox"/> Avgjort like mye <input type="checkbox"/> Ikke fullt så mye <input type="checkbox"/> Bare lite grann <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt</p>	<p><input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> Fra tid til annen <input type="checkbox"/> Ganske ofte <input type="checkbox"/> Svært ofte</p>
<p>3. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig kommer til å skje</p>	<p>10. Jeg har sluttet å bry meg om hvordan jeg ser ut</p>
<p><input type="checkbox"/> Helt sikkert og svært ille <input type="checkbox"/> Ja, men ikke så veldig ille <input type="checkbox"/> Litt ille, men det bekymrer meg ikke så mye <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, helt klart <input type="checkbox"/> Jeg bryr meg ikke så mye som jeg burde <input type="checkbox"/> Det kan nok hende jeg ikke bryr meg nok <input type="checkbox"/> Jeg bryr meg utseendet like mye som jeg alltid har gjort</p>
<p>4. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner</p>	<p>11. Jeg føler meg rastløs som om jeg stadig må være i aktivitet</p>
<p><input type="checkbox"/> Like mye som jeg alltid har gjort <input type="checkbox"/> Ikke like mye nå som før <input type="checkbox"/> Avgjort ikke så mye nå som før <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt</p>	<p><input type="checkbox"/> Uten tvil svært mye <input type="checkbox"/> Ganske mye <input type="checkbox"/> Ikke så veldig mye <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt</p>
<p>5. Jeg har hodet fullt av bekymringer</p>	<p>12. Jeg ser med glede frem til hendelser og ting</p>
<p><input type="checkbox"/> Veldig ofte <input type="checkbox"/> Ganske ofte <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> En gang i blant</p>	<p><input type="checkbox"/> Like mye som jeg alltid har gjort <input type="checkbox"/> Heller mindre enn jeg pleier <input type="checkbox"/> Avgjort mindre enn jeg pleier <input type="checkbox"/> Nesten ikke i det hele tatt</p>
<p>6. Jeg er i godt humør</p>	<p>13. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk</p>

<input type="checkbox"/> Aldri <input type="checkbox"/> Noen ganger <input type="checkbox"/> Ganske ofte <input type="checkbox"/> For det meste	<input type="checkbox"/> Uten tvil svært ofte <input type="checkbox"/> Svært ofte <input type="checkbox"/> Ikke så veldig ofte <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt
7. Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet	14. Jeg kan glede meg over en god bok eller et radio eller et TV program
<input type="checkbox"/> Ja, helt klart <input type="checkbox"/> Vanligvis <input type="checkbox"/> Ikke så ofte <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> Ofte <input type="checkbox"/> Fra tid til annen <input type="checkbox"/> Ikke så ofte <input type="checkbox"/> Svært sjelden