

نتائج استبيان المرضى

سيدي العزيز/سيدتي العزيزة

سنكون شاكرين لكم جدًا إذا تكرمتم بالمشاركة في هذا الاستطلاع حول شعور المريض بالألم بعد إجراء عملية جراحية له. إن الغاية من هذه الدراسة هي تحسين آلية التعامل مع الألم بعد إجراء العملية الجراحية في هذا القسم.

إن مشاركتكم في هذه الدراسة اختيارية، والمعلومات التي تزودونها بها ستبقى مجهولة الهوية. وهذا يعني أن اسمكم وأي شكل يدل على هويتكم سيمحى من الاستبيان حال تسليمه ولن تحتوي عليه سجلاتنا أو تتضمنه.

ونحيطكم علماً بأن إجاباتكم في هذا الاستبيان لن يتم الاطلاع عليها من قبل الأطباء أو فريق التمريض الخاص بكم.

نؤكد لكم أن معاملة الفريق الطبي لكم ستبقى بنفس الطريقة، سواء قررتم المشاركة في هذه الدراسة أم لا.

ولكم منا جزيل الشكر على تعاونكم معنا.

نتائج استبيان المريض

الأسئلة التالية تتعلق بالألم الذي عانيت منه منذ إجراء العملية الجراحية لك.

P1. الرجاء ضع دائرة في مقياس الألم أدناه حول أقرب رقم يصف أشد درجة ألم شعرت به منذ إجراء العملية الجراحية:

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لا يوجد ألم أسوأ ألم ممكن

P2. الرجاء ضع دائرة. في مقياس الألم أدناه. حول أقرب رقم يصف أقل درجة ألم شعرت به منذ إجراء العملية الجراحية:

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لا يوجد ألم أسوأ ألم ممكن

P3. كم هي الفترة التي عانيت فيها من آلام حادة منذ إجراء العملية الجراحية لك؟
رجاء ضع دائرة في المقياس أدناه حول أقرب نسبة مئوية لهذا الوقت الذي عانيت فيه من الألم الشديد:

١٠٠٪	٩٠٪	٨٠٪	٧٠٪	٦٠٪	٥٠٪	٤٠٪	٣٠٪	٢٠٪	١٠٪	٠٪
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

لم يوجد ألم حاد مطلقاً ألم حاد دائماً

P4. ضع. في المقياس أدناه. دائرة حول أقرب رقم يصف مدى تأثير الألم منذ إجراء العملية الجراحية على منعك أو الحد من قدرتك على القيام بالأعمال التالية:

أ. الحركة في السرير: مثل التقلب. النهوض أو تغيير الوضعية :

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لم يؤثر أثر بشكل تام

ب. التنفس عميقاً أو السعال:

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لم يؤثر أثر بشكل تام

ج. النوم:

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لم يؤثر أثر بشكل تام

د. هل غادرت السرير منذ إجراء العملية الجراحية لك؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم. فما مدى تأثير الألم على منعك أو الحد من قدرتك على القيام بالنشاطات خارج السرير كالمشي أو الجلوس على الكرسي أو الوقوف أمام المغسلة:

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لم يؤثر أثر بشكل تام

نتائج استبيان المرضى

P5. يمكن للألم أن يؤثر على مشاعرنا وحالتنا النفسية.
الرجاء ضع دائرة. في مقياس الألم أدناه. حول الرقم الذي يصف على أحسن وجه. إلى أي مدى تسبب الألم. منذ إجراء العملية الجراحية. بأن تشعر...

أ. بالقلق

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لا على الإطلاق

بشكل كبير جداً

ب. بالضعف والعجز

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لا على الإطلاق

بشكل كبير جداً

P6. هل عانيت من أحد الأعراض الجانبية التالية. منذ العملية الجراحية التي أجريت لك؟
ضع دائرة حول الرقم "صفر" إذا كان الجواب "لا" وإذا كان الجواب "نعم" ضع دائرة حول أقرب رقم يبين مدى المعاناة من كل واحد منها

أ. الغثيان

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لا على الإطلاق

بشكل حاد

ب. النعاس

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لا على الإطلاق

بشكل حاد

ج. حكة في الجلد

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لا على الإطلاق

بشكل حاد

د. الدوار أو الدوخة

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لا على الإطلاق

بشكل حاد

P7. منذ إجراء العملية الجراحية لك. ما هو مدى تسكين الألم لديك؟
ضع دائرة. في المقياس أدناه. حول أقرب نسبة تصف مقدار شعورك بالارتياح وتسكين الألم. عن طريق كل أنواع علاجات الألم التي تلقيتها (سواءً طبية أو غير طبية)؟

٪١٠٠	٪٩٠	٪٨٠	٪٧٠	٪٦٠	٪٥٠	٪٤٠	٪٣٠	٪٢٠	٪١٠	٪٠
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

لا يوجد تسكين

تسكين تام

P8. هل كنت ترغب في الحصول علاج ضد الألم أكثر ما حصلت عليه؟

☐ نعم ☐ لا

P9. هل تلقيت أية معلومات عن الخيارات لعلاج الألم لديك؟

☐ نعم ☐ لا

نتائج استبيان المرضى

P10. هل سمح لك بالمشاركة في اتخاذ القرارات بشأن علاج الألم لديك بالقدر الذي كنت ترغب فيه؟

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

بشكل كبير جداً

لا على الإطلاق

P11. ضع في المقياس أدناه، دائرة حول أقرب رقم يصف مدى رضاك عن نتائج علاج الألم لديك منذ إجراء العملية الجراحية لك:

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

راضٍ تماماً

غير راضٍ على الإطلاق

P12. هل استخدمت أو تلقيت وسائل غير طبية لتخفيف الألم لديك؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب "نعم"، ضع علامة على كل ما ينطبق:

- ☐ استعمال كمادات باردة ☐ التأمل والتفكير ☐ التنفس العميق
- ☐ الحرارة ☐ علاج الوخز بالإبر ☐ الصلاة
- ☐ التحدث مع الطاقم الطبي ☐ المشي ☐ التدليك "المساج"
- ☐ التحدث مع الأصدقاء أو الأقارب ☐ الاسترخاء ☐ التصور والتخيل
- ☐ التنبيه العصبي الكهربائي (استخدام التيار الكهربائي لتحفيز الأعصاب لأغراض العلاج. TENS)
- ☐ التسلية (كمشاهدة التلفزيون، الاستماع إلى الموسيقى والقراءة)
- ☐ آخر (الرجاء فصل):

P13. هل كانت لديك حالة ألم مستمرة لثلاثة أشهر أو أكثر قبل مجيئك إلى المستشفى لإجراء العملية؟

☐ نعم ☐ لا

أ. إذا كان الجواب نعم، فكيف كانت شدة الألم معظم الوقت؟
الرجاء وضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى ذلك.

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

أسوأ ألم مكن

لا يوجد ألم

ب. إذا كان الجواب نعم، فأين كان موضع الألم المتواصل؟

☐ في موضع العملية ☐ في موضع آخر ☐ في كليهما (في موضع العملية وفي الموضع الآخر)

نشكرك على تكريس وقتك وإبداء ملاحظاتك

رقم تعريف مجري المقابلة:

يعبأ من قبل مجري المقابلة

☐ نعم ☐ لا

تمت مقابلة المريض شخصياً:

إذا كان الجواب نعم، الرجاء ذكر السبب (الأسباب):

- ☐ مريض جدا / ضعيف ☐ آلام كثيرة ☐ مساعدة مطلوبة ☐ لم يفهم المقاييس
- ☐ أسباب تقنية (المريض لا يركب نظاراته الطبية / المريض مكفوف، المريض لا يجيد القراءة والكتابة، بد المريض مجبنة، الخ)