

استبيان نتائج QUIPS

عزيزي المريض، عزيزتي المريضة،

والآن بعد أن قررت المشاركة، نطلب منك تعبئة الاستبيان. شكرًا جزيلاً!

تدور الأسئلة التالية حول الألم الذي تشعر به منذ خضوعك للعملية الجراحية.

١. ما مدى شدة الألم الذي تشعر به منذ العملية الجراحية عندما أجهدت نفسك، على سبيل المثال عند الانتقال، أو الحركة، أو الاغتسال، أو السعال، أو التنفس العميق؟
يُرجى وضع علامة X على الرقم الموجود على المقياس والذي ينطبق على ألم الإجهاد لديك ("٠" تعني عدم وجود ألم و"١٠" تعني أقوى ألم يمكن تخيله).

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
لا يوجد ألم										
أقوى ألم يمكن تخيله										

٢. يُرجى أن تضع هنا علامة X على أقوى ألم شعرت به منذ إجراء العملية:

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
لا يوجد ألم										
أقوى ألم يمكن تخيله										

٣. يُرجى أن تضع هنا علامة X على أقل ألم شعرت به منذ إجراء العملية:

١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
لا يوجد ألم										
أقوى ألم يمكن تخيله										

تتعلق الأسئلة الأربعة التالية بما إذا كانت بعض الأنشطة أو حالتك المزاجية قد تأثرت بالسلب بسبب الألم منذ إجراء العملية. تعني عبارة "تأثرت بالسلب: أن النشاط مستحيل أو غير ممكن إلا بجهد كبير.

هل تأثرت بالسلب بسبب الألم:

٤. عند الحركة؟

نعم لا

٥. عند السعال أو عند أخذ نفس عميق؟

نعم لا

٦. عند النوم؟

نعم لا

٧. في حالتك المزاجية؟

نعم لا

٨. هل شعرت بتعب شديد منذ إجراء العملية؟

نعم لا

٩. هل عانيت من الغثيان منذ إجراء العملية؟

نعم لا

١٠. هل عانيت من الدوار منذ إجراء العملية؟

نعم لا

١١. هل تم إبلاغك بالخيارات المختلفة لعلاج ألمك؟
 نعم لا

١٢. هل شاركت في القرارات المتعلقة بعلاج ألمك بالقدر الذي كنت ترغب فيه؟

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

لا على الإطلاق

بشكل كافٍ تمامًا

١٣. هل كنت تتمنى علاجًا للألم أكثر مما تلقيته؟
 نعم لا

١٤. يُرجى وضع علامة X على مدى رضاك عن نتائج علاج الألم الذي خضعت له منذ إجراء العملية:

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

غير راضٍ تمامًا

راضٍ جدًا

١٥. هل استخدمت أو تلقيت طرقًا غير دوائية لتخفيف الألم؟
 نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هي؟

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> كمامات التبريد | <input type="checkbox"/> الحرارة |
| <input type="checkbox"/> الوخز بالإبر الصينية | <input type="checkbox"/> الصلاة |
| <input type="checkbox"/> الإلهاء (مثل مشاهدة التلفزيون والقراءة) | <input type="checkbox"/> الصور المتخيَّلة |
| <input type="checkbox"/> محادثات مع الطاقم الطبي | <input type="checkbox"/> محادثات مع الأصدقاء/الأقارب |
| <input type="checkbox"/> التنفس العميق | <input type="checkbox"/> التأمل |
| <input type="checkbox"/> التدليك | <input type="checkbox"/> التجول |
| <input type="checkbox"/> TENS (التحفيز الكهربائي للأعصاب عبر الجلد) | <input type="checkbox"/> الاسترخاء |

١٦. هل عانيت من ألم دائم استمر لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر قبل أن تذهب إلى المستشفى للخضوع لهذه العملية الجراحية؟

نعم لا

أ. إذا كانت الإجابة نعم، فما مدى شدة هذا الألم الذي عانيت منه؟
يُرجى وضع علامة X على القيمة التي تعكس شدة ألمك على أفضل وجه.

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

لا يوجد ألم

أقوى ألم يمكن تخيله

- ب. إذا كانت الإجابة نعم، فأين حدث هذا الألم المستمر؟
- في جزء الجسم الذي أُجريت له العملية الجراحية
 - في جزء آخر من الجسم
 - كلاهما (الجزء الذي أُجريت له العملية الجراحية وأي مكان آخر)

تم تعيينها بمعرفة المستبين: تم إجراء مقابلة مع المريض: نعم لا