

QUIPS Sonuç Anketi

Sayın Hastamız,

Anketimize katılmaya karar verdiğiniz için öncelikle teşekkür ederiz.
Şimdi anketi doldurmanızı rica ediyoruz.

Aşağıda yer alan sorular **geçirmiş olduğunuz ameliyattan beri** yaşadığınız ağrılarla ilgilidir.

1. Geçirdiğiniz ameliyattan beri kendinizi zorladığınızda, örneğin mobilize olurken, hareket ederken, yıkanırken, öksürürken, nefes alırken ağrınız ne kadar şiddetliydi?

Lütfen ölçek üzerinde yaşadığınız ağrıyı tanımlayan sayıyı işaretleyiniz:
("0" ağrı yok ve "10" düşünülebilecek en şiddetli ağrı anlamına gelir).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ağrı Yok										Düşünülebilecek en şiddetli ağrı

2. Lütfen geçirdiğiniz ameliyattan beri yaşadığınız en şiddetli ağrı seviyesini işaretleyiniz:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ağrı Yok										Düşünülebilecek en şiddetli ağrı

3. Lütfen geçirdiğiniz ameliyattan beri yaşadığınız en hafif ağrı seviyesini işaretleyiniz:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ağrı Yok										Düşünülebilecek en şiddetli ağrı

Bundan sonraki dört soru, geçirdiğiniz ameliyattan beri belirli aktiviteleriniz veya ruhsal halinizin **bu ağrılar nedeniyle etkilenip etkilenmediği** ile ilgilidir.
"Etkilenme" terimi, aktivitenin **imkansız olduğu** veya **ancak büyük bir çaba ile mümkün olduğu** anlamına gelir.

Ağrılar nedeniyle aşağıdaki durumlarda sorun yaşadınız mı:

4. Hareket ederken?

Evet Hayır

5. Öksürürken veya derin nefes alırken?

Evet Hayır

6. Uykuda?

Evet Hayır

7. Ruh halinizde?

Evet Hayır

8. Geçirdiğiniz ameliyattan beri kendinizi çok yorgun hissettiniz mi?

Evet Hayır

9. Geçirdiğiniz ameliyattan beri mide bulantısı yaşadınız mı?

Evet Hayır

10. Geçirdiğiniz ameliyattan beri **baş dönmesi** yaşadınız mı?

- Evet Hayır

11. **Ağrılarınız** için tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirildiniz mi?

- Evet Hayır

12. **Ağrı tedavinizle ilgili kararlara** arzu ettiğiniz ölçüde **dahil edildiniz mi**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Yetersiz					Yeterli derecede					

13. **DAHA FAZLA ağrı tedavisi olmak** ister miydiniz?

- Evet Hayır

14. Lütfen geçirdiğiniz ameliyattan beri **ağrı tedavinizin** sonuçlarından ne kadar **memnun olduğunuzu** işaretleyiniz:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç memnun değilim					Çok memnunuz					

15. **Ağrıyı dindirmek için ilaç dışı yöntemler** kullandınız mı veya uyguladınız mı?

- Evet Hayır

Eğer evet ise, hangileri?

- Soğuk kompresler Isı Meditasyon Derin nefes alma
 Akupunktur Dua etme Dolaşma Masaj
 Oyalanma (Örn. TV izleme, okuma) Zihinsel görüntüler Rahatlama TENS (Transkutan Elektrikli Sinir Stimülasyonu)
 Sağlık personeliyle yapılan konuşmalar Arkadaşlarla/akrabalarla yapılan konuşmalar

16. Bu ameliyat nedeniyle hastaneye yatmadan önce **üç ay veya daha uzun süren sürekli ağrılarınız** var mıydı?

- Evet Hayır

a. Evet ise, ağrı çoğunlukla **ne kadar şiddetliydi?**

Lütfen ağrınızın yoğunluğunu en iyi yansıtan kutuyu işaretleyiniz.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ağrı Yok					Düşünülebilecek en şiddetli ağrı					

b. Evet ise, **sürekli ağrılar** vücudun **neresinde** meydana geldi?

- Vücudun ameliyat edilen bölgesinde
 Vücudun diğer bir bölgesinde
 Her ikisinde (Operasyon bölgesi ve diğer bölgede)

Görüşmeci tarafından doldurulacaktır:

Hasta ile görüşme yapıldı:

- Evet Hayır