

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					Düşünülebilecek en					
Yok					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					Düşünülebilecek					
Yok					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					Düşünülebilecek en					
Yok					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 memnunum	

15. 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)

16. Aşağıdaki sorular, ameliyat sonrasında yaşadığınız ağrıların değerlendirilmesine yöneliktir. Lütfen yalnızca ameliyat uygulanan bölgedeki ağrılarınızı dikkate alarak yanıtlayınız.

a) Ağrı, aşağıdaki özelliklerden birine ya da daha fazlasına sahip midir?

1. Yanma ☐ Evet ☐ Hayır
2. Derin soğuk bir ağrı ☐ Evet ☐ Hayır
3. Elektriklenme Hissi ☐ Evet ☐ Hayır

b) Ağrı, aynı bölgede bulunan aşağıdaki belirtilerden bir ya da daha fazlası ile bir arada mıdır?

4. Karıncalanma ☐ Evet ☐ Hayır
5. İğnelenme ☐ Evet ☐ Hayır
6. Uyuşukluk ☐ Evet ☐ Hayır
7. Kaşınma ☐ Evet ☐ Hayır

Görüşmeci tarafından doldurulacaktır:

Hasta ile görüşme yapıldı:

☐ Evet ☐ Hayır

Copyright Winfried Meißner/ Jena Üniversite Kliniği. Üçüncü taraflarca kullanım DGAI/DGCH'nin iznine tabidir. Sürüm 3.6