

## RIKSSTROKE - المتابعة - 3 أشهر

يقوم الموظفون في قسم الجلطات الدماغية بملأ هذه البيانات

الرقم الشخصي | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | |

الاسم .....

رمز البلدية عند المتابعة (معلومة تطوعية) | | | |

رمز المحافظة عند المتابعة (معلومة تطوعية) | | | |

المستشفى التي قدمت التقرير | | | | | | | | | | القسم | | | | | |

التاريخ المخطط لمتابعة هذا الاستبيان (اليوم، الشهر، السنة) | | | | | | | | | |

يجب ملأ الاستبيان 3 أشهر بعد المرض بالجلطة الدماغية

إرشادات:

- إن كنت بحاجة إلى مساعدة في ملأ الاستبيان فلا مشكلة في ذلك. أذكر في السؤال 35 من هو/هم الذين أجابوا على الاستبيان.
- إن كان الذي يجيب على الاستبيان لا يعرف الإجابة على إحدى الأسئلة و لا يوجد بديل الجواب "لا أعرف"، فيجب ترك السؤال بدون إجابة.
- إن لم تقم في المستشفى فيمكنك ترك تلك الأسئلة بدون أجوبة.
- ضع علامة x في المربع الذي يناسبك.

| | | | | | | | | |

تاريخ ملأ الاستبيان

1. أين أنت مقيم الآن؟

| | | | = أقيم في منزلي، بدون الخدمة المنزلية. (الخدمة المنزلية لا تعني الرعاية الطبية في المنزل أو الرعاية الطبية المتطورة في المنزل)

| | | | = أقيم في منزلي، مع مساعدة الخدمة المنزلية. (الخدمة المنزلية لا تعني الرعاية الطبية في المنزل أو الرعاية الطبية المتطورة في المنزل)

| | | | = أقيم في سكن خاص (مثل دار الرعاية طويلة الأمد، دار الرعاية قصيرة الأمد، المسكن الجماعي، سكن مؤقت، سكن متنوب أو ما يشابهه).

| | | | = المستشفى الطارئة (مثل الطب، الطب العصبي، العيادة الجراحية)

| | | | = عيادة الشيخوخة-إعادة التأهيل

| | | | = غيره.....

2. هل أنت ساكن لوحده؟

\_\_\_ = نعم، أنا ساكن لوحدي

\_\_\_ = لا، أنا ساكن مع زوجي/زوجتي/شريكي/شريكتي أو شخص آخر، مثل الإخوة، الأطفال، الوالدين

3. هل ما زلت تعاني من الآم بعد الجلطة الدماغية؟

\_\_\_ = اختفت كل المعاناة

\_\_\_ = ما زالت عندي معاناه

\_\_\_ = لا أعرف

4. هل استطعت العودة إلى الحياة و الأنشطة التي كانت عندك قبل المرض بالجلطة الدماغية؟

\_\_\_ = نعم

\_\_\_ = نعم، و لكن ليس تماما مثل قبل

\_\_\_ = لا

\_\_\_ = لا أعرف

5. كيف هي القابلية للحركة عندك؟

\_\_\_ = بإمكانني التحرك داخل و خارج المنزل بدون مساعدة شخص آخر

\_\_\_ = بإمكانني التحرك داخل المنزل، و لكن أحتاج إلى مساعدة من شخص آخر خارج المنزل

\_\_\_ = أحصل على مساعدة من شخص آخر عند تحركي داخل و خارج المنزل

6. هل أنت بحاجة إلى مساعدة عندما تذهب إلى المرحاض؟

\_\_\_ = بإمكانني الذهاب إلى المرحاض بنفسني دون أي مساعدة

\_\_\_ = أحتاج لمساعدة عندما أذهب إلى المرحاض

7. هل أنت بحاجة إلى مساعدة عند لبس الثياب، و عند نزعها؟

\_\_\_ = بإمكانني لبس و نزع الملابس بنفسني دون أي مساعدة

\_\_\_ = أحتاج إلى مساعدة لللبس و نزع الملابس

8. بعد خروجك من المستشفى بسبب مرض الجلطة الدماغية، هل ذهبت إلى زيارة مجددة أو حصلت على موعد لزيارة مجددة عند الطبيب؟  
انتبه! بإمكانك إعطاء عدة أجوبة

\_\_\_ = نعم، في المستشفى ( في العيادة العامة أو القسم الاختصاصي)

\_\_\_ = نعم، في مركز الرعاية الصحية أو ما يشابهه (مثل طبيب اختصاصي)

\_\_\_ = نعم، في إعادة التأهيل النهارية

\_\_\_ = نعم، في منزلي أو في سكن خاص

\_\_\_ = لا

\_\_\_ = لا أعرف

9. بعد خروجك من المستشفى بسبب مرض الجلطة الدماغية، هل ذهبت إلى زيارة مجددة أو حصلت على موعد لزيارة مجددة عند الممرضة؟  
انتبه! بإمكانك إعطاء عدة أجوبة

\_\_\_ = نعم، في المستشفى ( في العيادة العامة أو القسم الاختصاصي)

\_\_\_ = نعم، في مركز الرعاية الصحية أو ما يشابهه (مثل طبيب اختصاصي)

\_\_\_ = نعم، في إعادة التأهيل النهارية

\_\_\_ = نعم، في منزلي أو في سكن خاص

\_\_\_ = لا

\_\_\_ = لا أعرف

10. ما هو نوع الدعم أو المساعدة الذي حصلت عليه من الرعاية الصحية أو من البلدية بعد الجلطة الدماغية؟  
انتبه! بإمكانك إعطاء عدة أجوبة

\_\_\_ = لم أكن بحاجة إلى مساعدة أو دعم/ لم أزد الحصول على أي مساعدة أو دعم

\_\_\_ = لم أحصل على مساعدة أو دعم

\_\_\_ = إعادة تأهيل في المنزل (إعادة تأهيل/تدريب في المنزل بفضل خبير العلاج الطبيعي، اختصاصي التأهيل العملي أو ممرضة)

\_\_\_ = إعادة تأهيل يومي/ أو ما يشابهه (أي إعادة التأهيل خارج المنزل عدة مرات)

\_\_\_ = إعادة تأهيل آخر (أي إعادة التأهيل خارج المنزل عدد قليل من المرات)

\_\_\_ = دار الرعاية قصيرة الأمد

\_\_\_ = الخدمة المنزلية

\_\_\_ = إنذار الأمن

\_\_\_ = مرافق

\_\_\_\_\_ = خدمة نقل العجزة

\_\_\_\_\_ = دعم آخر (مثلا من طرف الطبيب، الممرضة، خبير العلاج الطبيعي، خبير التأهيل العملي، المرشد الاجتماعي أو خبير رعاية النطق)

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

11. هل تعتبر أنه قد تمت تلبية احتياجاتك للدعم و المساعدة من طرف الرعاية الصحية أو من البلدية بعد الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = لم أكن بحاجة إلى مساعدة أو دعم/ لم أزد الحصول على أي مساعدة أو دعم

\_\_\_\_\_ = نعم، تمت تلبيةها

\_\_\_\_\_ = نعم، تمت تلبيةها بشكل جزئي

\_\_\_\_\_ = لا، لم تتم تلبيةها أبدا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

12. هل أنت بحاجة إلى مساعدة شخص آخر في ما يخص الشؤون المنزلية؟

يتعلق هذا السؤال بما يخص مثلا تنظيف المنزل، الغسيل، شراء و طبخ الطعام، الخ ، بدون الأخذ بعين الاعتبار إن كانت هذه الحاجة قد ظهرت بعد الجلطة الدماغية أو إن كنت تحتاج إلى ذلك قبل المرض بالجلطة الدماغية.

\_\_\_\_\_ = نعم

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = السؤال لا يخصني، لم أكن أهتم بشؤون المنزل قبل المرض بالجلطة الدماغية

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

13. هل تمت تلبية حاجتك إلى أجهزة مساعدة و تكييف في المنزل؟

(على سبيل المثال مشاية، عكاز، كرسي متحرك، مساعدة في الاتصالات، أجهزة مساعدة للذاكرة، كرسي للحمام، رفع كرسي المرحاض أو تكييف السكن).

\_\_\_\_\_ = أنا لست بحاجة إلى أجهزة مساعدة أو تكييف في المنزل

\_\_\_\_\_ = نعم، تمت تلبيةها

\_\_\_\_\_ = نعم، تمت تلبيةها بشكل جزئي

\_\_\_\_\_ = لا، لم تتم تلبيةها أبدا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

14. هل أنت معتمد اليوم على دعم أو مساندة من طرف قريب لك؟

\_\_\_\_\_ = ليس عندي أي قريب أو ليس عندي أي اتصال بالأقارب

\_\_\_\_\_ = نعم، معتمد تماما

\_\_\_\_\_ = نعم معتمد بشكل جزئي

\_\_\_\_\_ = لا، لست معتمدا أبدا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

15. هل عندك اليوم صعوبات في ما يخص...؟ إن عندك صعوبات فإن سبب هذه الصعوبات ليس له أهمية هنا انتبه! بإمكانك إعطاء عدة أجوبة

\_\_\_\_\_ = في الكلام

\_\_\_\_\_ = لفهم الكلام

\_\_\_\_\_ = في القراءة

\_\_\_\_\_ = في الكتابة

\_\_\_\_\_ = في الحساب

\_\_\_\_\_ = في البلع

\_\_\_\_\_ = في الحفاظ على التوازن

\_\_\_\_\_ = في التذكر

\_\_\_\_\_ = في التركيز

\_\_\_\_\_ = لا أي منهم

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

16. هل التقيت بخبير رعاية النطق خلال اقامتك في المستشفى أو بعد خروجك من المستشفى لحصول على مساعدة في قدرتك على الكلام، البلع أو الكتابة؟

\_\_\_\_\_ = نعم، للحصول على تقييم

\_\_\_\_\_ = نعم، للحصول على تقييم و معالجة

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

17. هل تدخن؟

\_\_\_\_\_ = نعم، أذخن سيجارة أو عدة سجاير كل يوم

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

18. هل غرّضت عليك معالجة للتوقف عن التدخين بعد مرضك بالجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = لم تعرض علي لأنني لم أكن أدخن قبل المرض بالجلطة الدماغية

\_\_\_\_\_ = نعم

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

19. هل تشعر بالكآبة/الاكتئاب؟ إن كنت تشعر بالكآبة/الاكتئاب فيجب الإجابة على السؤال دون الأخذ بعين الاعتبار ما هي أسباب الكآبة/الاكتئاب

\_\_\_\_\_ = أبدا أو تقريبا أبدا

\_\_\_\_\_ = أحيانا

\_\_\_\_\_ = غالبا

\_\_\_\_\_ = دائما

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

20. هل تحصل على معالجة بسبب الكآبة/الاكتئاب؟

\_\_\_\_\_ = نعم، أدوية

\_\_\_\_\_ = نعم، علاج بالمحادثة

\_\_\_\_\_ = نعم، أدوية و علاج بالمحادثة

\_\_\_\_\_ = لا أحصل على أي معالجة

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

21. هل تأخذ أدوية بسبب ارتفاع ضغط الدم؟

\_\_\_\_\_ = نعم

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

22. ما هو رأيك عن حالتك الصحية العامة؟

\_\_\_\_\_ = جيدة جدا

\_\_\_\_\_ = جيدة إلى حد ما

\_\_\_\_\_ = سيئة إلى حد ما

\_\_\_\_\_ = سيئة جدا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

23. هل تشعر بالتعب؟  
إن كنت تشعر بالتعب فإن سبب هذا التعب ليس له أهمية هنا

\_\_\_\_\_ = أبدا أو تقريبا أبدا

\_\_\_\_\_ = أحيانا

\_\_\_\_\_ = غالبا

\_\_\_\_\_ = دائما

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

24. هل عندك آلام؟  
إن كنت تشعر بالآلام فإن سبب هذه الآلام ليس له أهمية هنا

\_\_\_\_\_ = أبدا أو تقريبا أبدا

\_\_\_\_\_ = أحيانا

\_\_\_\_\_ = غالبا

\_\_\_\_\_ = دائما

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

25. هل تمت تلبية حاجتك إلى تخفيف الآلام؟

\_\_\_\_\_ = أنا لست بحاجة إلى تخفيف الآلام

\_\_\_\_\_ = نعم، تماما

\_\_\_\_\_ = نعم بشكل جزئي

\_\_\_\_\_ = لا بتاتا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

26. ما هو مستوى رضاك أو استيائك بالرعاية التي حصلت عليها في المستشفى بسبب الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = راضي جدا

\_\_\_\_\_ = راضي

\_\_\_\_\_ = مستاء

\_\_\_\_\_ = مستاء كثيرا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

27. ما هو مستوى رضاك أو استيائك باستقبال الموظفين في المستشفى بسبب الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = راضي جدا

\_\_\_\_\_ = راضي

\_\_\_\_\_ = مستاء

\_\_\_\_\_ = مستاء جدا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

28. ما هو مستوى رضاك أو استيائك بمحادثة الخروج التي قمت بها مع الطبيب في القسم الذي عولجت فيه بسبب الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = راضي جدا

\_\_\_\_\_ = راضي

\_\_\_\_\_ = مستاء

\_\_\_\_\_ = مستاء كثيرا

\_\_\_\_\_ = لم أحصل على محادثة الخروج مع طبيب

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

29. هل حصلت على معلومات عن التوقف عن سيطرة السيارة بسبب الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = لم تعرض علي لأني لم أكن أسوق السيارات قبل الجلطة الدماغية

\_\_\_\_\_ = نعم

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

30. ما هو مستوى رضاك أو استيائك بالمعلومات التي حصلت عنها بخصوص الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = راضي جدا

\_\_\_\_\_ = راضي



\_\_\_\_\_ = مستاء

\_\_\_\_\_ = مستاء جدا

\_\_\_\_\_ = لم أحصل على معلومات عن مرض الجلطة الدماغية

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

31. هل تعرف أين بإمكانك التوجه إليه في حالة حاجة إلى دعم أو مساعدة بعد الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = نعم

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

معنى إعادة التأهيل أو التدريب أنك تقوم بتمارين لتحسين قدراتك أو الحفاظ عنها في تدريب الشؤون اليومية العادية. (على سبيل المثال التحرك، لبس و نزع الملابس، الذهاب إلى المرحاض، القدرة على الكلام، القراءة والحساب، القدرة على التركيز، طبخ الطعام، الخ).

32. ما هو مستوى رضاك أو استيائك بإعادة التأهيل أو التدريب الذين حصلت عليهم في المستشفى بسبب الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = راضي جدا

\_\_\_\_\_ = راضي

\_\_\_\_\_ = مستاء

\_\_\_\_\_ = مستاء جدا

\_\_\_\_\_ = لم أكن بحاجة إلى إعادة تأهيل أو تدريب خلال اقامتي في المستشفى

\_\_\_\_\_ = كنت بحاجة إلى إعادة تأهيل أو تدريب خلال اقامتي في المستشفى و لكنني لم أحصل عليهم

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

33. ما هو مستوى رضاك أو استيائك بإعادة التأهيل أو التدريب الذين حصلت عليهم بعد خروجك من المستشفى بسبب الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = راضي جدا

\_\_\_\_\_ = راضي

\_\_\_\_\_ = مستاء

\_\_\_\_\_ = مستاء جدا

\_\_\_\_\_ = لم أكن بحاجة إلى إعادة تأهيل أو تدريب بعد اقامتي في المستشفى

\_\_\_\_\_ = كنت بحاجة إلى إعادة تأهيل أو تدريب بعد اقامتي في المستشفى و لكنني لم أحصل عليهم

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

34. هل ما زلت تقوم بإعادة التأهيل أو التدريب الآن؟

\_\_\_ = نعم

\_\_\_ = لا، أنا لست بحاجة إلى إعادة تأهيل أو تدريب، أو رفضتهم

\_\_\_ = لا، أنا بحاجة إليهم و لكنني لم أحصل لا على إعادة تأهيل و لا على تدريب

\_\_\_ = لا أعرف

35. من الذي أجاب على هذا الاستبيان؟

\_\_\_ = أنا بنفسي و كتبت بنفسي

\_\_\_ = أنا بنفسي و لكن بمساعدة قريب أو موظف صحي

\_\_\_ = أنا بنفسي (المريض) على الهاتف

\_\_\_ = أنا بنفسي (المريض) عند زيارة مجددة في المستشفى/مركز الرعاية الصحية

\_\_\_ = موظف صحي فقط

\_\_\_ = قريب فقط

\_\_\_ = شخص آخر

شكرا جزيلاً على مشاركتك!

تأكد من أنك أجبت على كل الأسئلة!

أرسل هذا الاستبيان في المغلف المرفق