

## RIKSSTROKE - المتابعة - 3 أشهر

يقوم الموظفون في قسم الجلطات الدماغية بملء هذه البيانات

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

الاسم .....

المستشفى الذي قدم التقرير | | | | | | | | | | القسم | | | | |

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

يجب ملء الاستبيان بعد 3 أشهر من الإصابة بالجلطة الدماغية

### إرشادات:

- إن كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء 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 أحد الأسئلة ولا يوجد بديل الجواب "لا أعرف"، فيجب ترك السؤال بدون إجابة.
- إن لم تقم في المستشفى فيمكنك ترك تلك الأسئلة بدون إجابة.
- ضع علامة × في المربع الذي يناسبك.

| | | | | | | | | |

تاريخ ملء الاستبيان

### 1. أين تقيم 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 متناوب أو ما يشابه).

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

| | | | = عيادة الشيخوخة-/إعادة التأهيل

| | | | = غيره.....

2. هل تسكن وحدك؟

\_\_\_ = نعم، أسكن وحدي

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

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

\_\_\_ = اختفت كل المعاناة

\_\_\_ = ما زالت عندي معاناة

\_\_\_ = لا أعرف

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

\_\_\_ = نعم

\_\_\_ = نعم، ولكن ليس تماما مثل قبل

\_\_\_ = لا

\_\_\_ = لا أعرف

5. كيف تصف إمكانية الحركة لديك؟

\_\_\_ = بإمكانني التحرك داخل وخارج المنزل بدون مساعدة شخص آخر

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

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

6. هل تحتاج مساعدة عند الذهاب إلى المراض؟

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

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

7. هل تحتاج مساعدة عند ارتداء الثياب، وعند نزعها؟

\_\_\_ = بإمكانني لبس ونزع الملابس بنفسني دون أي مساعدة

\_\_\_ = أحتاج إلى مساعدة للباس ونزع الملابس

8. بعد خروجك من المستشفى بسبب مرض الجلطة الدماغية، هل ذهبت إلى مراجعة طبية أو حصلت على موعد لمراجعة طبية عند الطبيب؟  
ملاحظة! 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 مراجعة طبية أو حصلت على موعد لمراجعة طبية 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 يكن هناك حاجة إلى مساعدة أو دعم/ لم يكن هناك إرادة للحصول على أي مساعدة أو دعم

\_\_\_\_\_ = لم يتم الحصول على مساعدة أو دعم برغم وجود الحاجة

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

\_\_\_\_\_ = إعادة تأهيل نهارى/ أو ما شابهه (أي إعادة التأهيل مع فريق لفترة زمنية محددة)

\_\_\_\_\_ = 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 والمساعدة من طرف الرعاية الصحية أو من البلدية بعد الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = لم يكن هناك حاجة إلى مساعدة أو دعم/ لم يكن هناك إرادة للحصول 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 فيما 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 (يتعلق أيضا بالسكن الخاص)

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

13. هل يتم تلبية احتياجاتك المنزلية فيما يتعلق بوسائل المساعدة والتكيف؟

(على سبيل المثال مشاية أو عكاز أو كرسي متحرك أو رفع كرسي المراض أو كرسي الدوش أو تكيف السكن أو مساعدة في الاتصالات وأجهزة مساعدة للذاكرة وأمور أخرى).

\_\_\_\_\_ = ليست هناك حاجة إلى أجهزة مساعدة أو تكيف 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 هناك 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 فيما يخص...؟  
إن كان عندك صعوبات فيجب الإجابة على السؤال دون الأخذ بعين الإعتبار أسباب هذه الصعوبات  
ملاحظة! بإمكانك إعطاء عدة أجوبة

\_\_\_\_\_ = الكلام

\_\_\_\_\_ = فهم الكلام

\_\_\_\_\_ = القراءة

\_\_\_\_\_ = الكتابة

\_\_\_\_\_ = الحساب

\_\_\_\_\_ = البلع

\_\_\_\_\_ = الحفاظ على التوازن

\_\_\_\_\_ = التذكر

\_\_\_\_\_ = التركيز

\_\_\_\_\_ = ولا واحدة مما سبق

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

16. هل التقيت بخبير رعاية النطق خلال إقامتك 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 ومعالجة

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

17. هل تدخن؟

\_\_\_\_\_ = نعم، أأخذ سيجارة أو عدة سجانر كل يوم

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

18. هل عُرضت عليك المساعدة للتوقف عن التدخين بعد إصابتك بالجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = ليس حالياً، لم أدخن قبل الإصابة 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

\_\_\_\_\_ = أبداً أو تقريبا أبداً

\_\_\_\_\_ = أحيانا

\_\_\_\_\_ = غالبا

\_\_\_\_\_ = دائما

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

20. هل تحصل على معالجة بسبب الكآبة/الاكتئاب؟

\_\_\_\_\_ = نعم، أدوية

\_\_\_\_\_ = نعم، علاج بالمحادثة

\_\_\_\_\_ = نعم، أدوية وعلاج بالمحادثة

\_\_\_\_\_ = لا أحصل على أي معالجة

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

21. هل تأخذ أدوية بسبب ارتفاع ضغط الدم؟

\_\_\_\_\_ = نعم

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

22. ما هو تقييمك لحالتك الصحية العامة؟

= جيدة جدا

= جيدة إلى حد ما

= سيئة إلى حد ما

= سيئة جدا

= لا أعرف

23. هل تشعر بالتعب؟

إن كنت تشعر بالتعب فيجب الإجابة على السؤال دون الأخذ بعين الاعتبار ما هي أسباب التعب

= أبدا أو تقريبا أبدا

= أحيانا

= غالبا

= دائما

= لا أعرف

24. هل عندك آلام؟

إن كنت تشعر بالآلام فيجب الإجابة على السؤال دون الأخذ بعين الاعتبار ما هي أسباب الآلام

= أبدا أو تقريبا أبدا

= أحيانا

= غالبا

= دائما

= لا أعرف

25. هل تتم تلبية حاجتك إلى تخفيف الآلام؟

= ليس حاليا، لم يكن/ليس هناك حاجة إلى تخفيف الآلام

= نعم، تماما

= نعم بشكل جزئي

= لا بتاتا

= لا أعرف

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

\_\_\_\_\_ = راضٍ جدا

\_\_\_\_\_ = راضٍ

\_\_\_\_\_ = مستاء

\_\_\_\_\_ = مستاء جدا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

27. ما هو مستوى رضاك عن أو استيائك من استقبال الموظفين في المستشفى بسبب الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = راضٍ جدا

\_\_\_\_\_ = راضٍ

\_\_\_\_\_ = مستاء

\_\_\_\_\_ = مستاء جدا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

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

\_\_\_\_\_ = راضٍ جدا

\_\_\_\_\_ = راضٍ

\_\_\_\_\_ = مستاء

\_\_\_\_\_ = مستاء جدا

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

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

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

\_\_\_\_\_ = ليس حاليا، لأنني لم أكن أسوق السيارات قبل الجلطة الدماغية أو أن قيادة السيارة لم تعد راحة

\_\_\_\_\_ = نعم

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف



30. ما هو مستوى رضاك عن أو استيائك من المعلومات التي حصلت عليها بخصوص الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = راضٍ جدا

\_\_\_\_\_ = راضٍ

\_\_\_\_\_ = مستاء

\_\_\_\_\_ = مستاء جدا

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

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

31. هل تعرف أين بإمكانك التوجه إذا كنت بحاجة إلى دعم أو مساعدة بعد الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = نعم

\_\_\_\_\_ = لا

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

معنى إعادة التأهيل أو التدريب أنك تقوم بتمارين لتحسين قدراتك أو الحفاظ عليها 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 عن أو استيائك من إعادة التأهيل أو التدريب الذين حصلت عليها في المستشفى بسبب الجلطة الدماغية؟

\_\_\_\_\_ = راضٍ جدا

\_\_\_\_\_ = راضٍ

\_\_\_\_\_ = 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 ولكنني لم أحصل عليها

\_\_\_\_\_ = لا أعرف

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

\_\_\_\_\_ = راضٍ جدا

\_\_\_\_\_ = راضٍ

\_\_\_\_\_ = 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، ليس هناك حاجة إلى إعادة تأهيل أو تدريب، أو رفضتهم

\_\_\_ = لا، ليس هناك حاجة إليهم ولكنني لم أحصل على إعادة تأهيل أو على تدريب

\_\_\_ = لا أعرف

35. من الذي أجاب على هذا الاستبيان؟

\_\_\_ = أنا بنفسى وكتبت بنفسى

\_\_\_ = أنا بنفسى ولكن بمساعدة قريب أو موظف صحى

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

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

\_\_\_ = موظف صحى فقط

\_\_\_ = قريب فقط

\_\_\_ = شخص آخر (على سبيل المثال وصى)

شكرا جزيلآ على مشاركتك!

تأكد من أنك أجبت على كل الأسئلة!

أرسل هذا الاستبيان في المغلف المرفق