

ورژن 18.0 برای ثبت تمامی بیماران بخش سکنه مغزی حاد از تاریخ 2020-01-01 و بعد از آن استفاده می شود.

## سکنه مغزی - پیگیری 3 ماهه

این اطلاعات توسط کارکنان بهداشت و درمان در واحد سکنه مغزی تکمیل می شوند

شماره شناسائی \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

نام .....

بخش \_\_\_\_\_ گزارش دهنده در بیمارستان \_\_\_\_\_

تاریخ پیگیری برنامه ریزی شده برای این فرم (سال ، ماه ، روز) \_\_\_\_\_

### 3 ماه پس از بروز سکنه مغزی باید پرسشنامه طبق دستورالعمل

#### پر شود:

- اگر شما نیاز به کمک در پر کردن فرم دارید اشکالی ندارد. لطفا در سوال ۳۵ مشخص کنید که چه کس/کسانی به سوالات فرم پاسخ داده اند.
- اگر کسی که به پرسشنامه پاسخ می دهد پاسخ به سوال را نداند و گزینه «نمیدانم» وجود نداشته باشد، باید سوال را بدون جواب باقی بگذارد.
- اگر شما در بیمارستان بستری نشده اید می توانید چنین سوالاتی را بدون پاسخ بگذارید.
- در مقابل مناسب ترین جواب علامت X بگذارید.

\_\_\_\_\_

تاریخ تکمیل پرسشنامه

#### 1. در حال حاضر در کجا اقامت دارید؟

- \_\_\_\_\_ = در خانه خود ، بدون مراقبت در خانه زندگی می کنید. (مراقبت در منزل شامل بهداشت و درمان در خانه و یا مراقبت های بهداشتی پیشرفته در خانه نمیشود)
- \_\_\_\_\_ = در خانه خود با مراقبت در خانه زندگی می کنید. (مراقبت در منزل شامل بهداشت و درمان در خانه و یا مراقبت های بهداشتی پیشرفته در خانه نمیشود)
- \_\_\_\_\_ = محل اقامت ویژه (به عنوان مثال خانه سالمندان ، ساختمان خدمات ، مسکن کوتاه مدت ، محل اقامت گروهی، اقامت موقت قبل از مرخصی، محل اقامت تعویضی یا امثال آنها).
- \_\_\_\_\_ = بیمارستان های اورژانس (مانند پزشکی، اعصاب، کلینیک جراحی)
- \_\_\_\_\_ = کلینیک سالمندان/ کلینیک توانبخشی
- \_\_\_\_\_ = سایر .....

2. آیا شما به تنهایی زندگی می کنید؟

بله =

نه =  من خانه را با شوهر/زن/همزی یا شخص دیگری مانند خواهر و برادر، فرزندان، والدین به اشتراک میگذارم.

3. آیا شما هنوز هم پس از سگته مغزی مشکل دارید؟

بله =  همه مشکلات به طور کامل از بین رفته است

نه =  من هنوز هم مشکل دارم

نمی دانم =

4. آیا شما قادر به بازگشت به زندگی و فعالیت هایی هستید که قبل از سگته مغزی داشته اید؟

بله =

بله ، اما نه کاملاً مانند قبل =

نه =

نمی دانم =

5. تحرک شما در حال حاضر چگونه است؟

بله =  من می توانم هم در داخل و هم خارج از منزل بدون کمک شخص دیگری حرکت کنم

نه =  من می توانم در داخل منزل بدون کمک شخص دیگری حرکت کنم ولی د خارج از منزل نمیتوانم

نمی دانم =  من هم در داخل و هم خارج از منزل با کمک یک شخص دیگر میتوانم حرکت کنم

6. آیا از کسی برای توالیت رفتن، کمک میگیرید؟

بله =  من می توانم به تنهایی به توالیت بروم

نه =  من برای توالیت رفتن کمک میگیرم

7. آیا در پوشیدن و در آوردن لباس کمک میگیرید؟

\_\_\_\_\_ = من به تنهایی میتوانم لباس هایم را بپوشم و در آورم

\_\_\_\_\_ = من برای پوشیدن و در آوردن لباس کمک میگیرم

8. آیا شما از زمانی که بعد از سکتة از بیمارستان مرخص شده اید، برای پیگیری مراجعه کرده اید و یا وقت پیگیری بعدی نزد پزشک دریافت کرد اید؟

توجه داشته باشید! میتوانید چند گزینه را انتخاب کنید

\_\_\_\_\_ = بله، در بیمارستان (در پذیرش یا در بخش)

\_\_\_\_\_ = بله، در مرکز بهداشتی و با مشابه آن (برای مثال در مطب دکتر خصوصی)

\_\_\_\_\_ = بله، در مرکز توانبخشی روزانه

\_\_\_\_\_ = بله، در مسکن شخصی و یا در مسکن اقامت خاص

\_\_\_\_\_ = نه

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

9. آیا از زمانی که بعد از سکتة مغزی مرخص شده اید برای پیگیری مراجعه کرده اید و یا وقت بعدی برای پیگیری نزد پزشک گرفته اید؟

توجه داشته باشید! میتوانید چند گزینه را انتخاب کنید

\_\_\_\_\_ = بله، در بیمارستان (در پذیرش یا در بخش)

\_\_\_\_\_ = بله، در مرکز بهداشتی و با مشابه آن (برای مثال در مطب دکتر خصوصی)

\_\_\_\_\_ = بله، در مرکز توانبخشی روزانه

\_\_\_\_\_ = بله، در مسکن شخصی و یا در مسکن اقامت خاص

\_\_\_\_\_ = نه

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

**10. شما پس از سگته مغزی خود، چه نوع پشتیبانی و یا کمک از طرف خدمات مراقبت های بهداشتی و یا کمون دریافت کرده اید؟ توجه داشته باشید! میتوانید چند گزینه را انتخاب کنید**

- \_\_\_\_\_ | = پشتیبانی و کمک نیاز نداشته ام/ نخواسته ام
- \_\_\_\_\_ | = با وجود نیاز، پشتیبانی یا کمکی دریافت نکرده ام
- \_\_\_\_\_ | = توانبخشی در منزل (توانبخشی/آموزش در خانه توسط یک فیزیوتراپیست، کاردرمان یا پرستار)
- \_\_\_\_\_ | = توانبخشی در روز/یا معادل آن (اشاره به توانبخشی گروهی برای یک دوره زمانی تعریف شده)
- \_\_\_\_\_ | = توانبخشی های دیگر (اشاره به توانبخشی در خارج از خانه در برخی موارد)
- \_\_\_\_\_ | = مسکن کوتاه مدت
- \_\_\_\_\_ | = مراقبت در منزل
- \_\_\_\_\_ | = آلارم امنیتی
- \_\_\_\_\_ | = اسکورت یا فرد همراه
- \_\_\_\_\_ | = خدمات ایاب ذهاب
- \_\_\_\_\_ | = پشتیبانی های دیگر (به عنوان مثال توسط پزشک، پرستار، فیزیوتراپیست، کاردرمان، مشاور یا گفتار درمانگر)
- \_\_\_\_\_ | = نمی دانم

**11. آیا شما فکر می کنید نیازتان برای پشتیبانی و یا کمک از سیستم مراقبت های بهداشتی و یا کمون بعد از سگته مغزی برطرف شده است؟**

- \_\_\_\_\_ | = پشتیبانی و کمک نیاز نداشته ام/ نخواسته ام
- \_\_\_\_\_ | = بله، به طور کامل برطرف شده است
- \_\_\_\_\_ | = بله، تا حدی برطرف شده است
- \_\_\_\_\_ | = خیر، اصلا برطرف نشده است
- \_\_\_\_\_ | = نمی دانم

**12. آیا برای کارهای منزل نیاز به کسی دارید؟**

این سؤال مربوط به کمک برای مثلاً نظافت، شستشو، خرید، پخت و پز و غیره است بسته به اینکه این نیازها بعد از بروز سکتۀ مغزی به وجود آمده اند یا این که از قبل از سکتۀ مغزی نیاز به این کمک ها داشته اید.

بله = |\_\_|

نه = |\_\_|

|\_\_| = مربوط نیست ، من کارهای خانه را قبل از شروع سکتۀ مغزی هم انجام میدادم

|\_\_| = نمی دانم

**13. آیا نیازهای شما امروز از لوازم خانگی و سازگاری منزل برطرف شده است؟**

(برای مثال واکرها، عصاها، صندلی های چرخدار، صندلی بلند توالت، نیمکت دوش، سازگاری منزل و یا پشتیبانی برای ارتباطات، وسایل کمکی برای حافظه)

|\_\_| = نیازی به وسایل کمکی یا سازگاری منزل ندارم

|\_\_| = بله ، به طور کامل برطرف شده است

|\_\_| = بله ، تا حدی برطرف شده است

|\_\_| = خیر، اصلاً برطرف نشده است

|\_\_| = نمی دانم

**14. آیا شما در حال حاضر وابسته به حمایت و یا کمک از بستگان/ نزدیکان خود هستید؟**

|\_\_| = خویشاوند/ فرد نزدیکی ندارم و یا هیچ تماسی با بستگان/ نزدیکان ندارم

|\_\_| = بله ، کاملاً وابسته ام

|\_\_| = بله ، تا حدودی وابسته ام

|\_\_| = نه ، اصلاً وابستۀ نیستم

|\_\_| = نمی دانم

**15. آیا شما امروز با ... مشکل دارید؟**

اگر مشکلی دارید، این سؤال به علل مشکلات مرتبط می شود، توجه کنید! میتوانید چند گزینه را انتخاب کنید

- ا\_\_ = سخن گفتن
- ا\_\_ = درک گفتار
- ا\_\_ = خواندن
- ا\_\_ = نوشتن
- ا\_\_ = شمارش
- ا\_\_ = بلع
- ا\_\_ = برای حفظ تعادل
- ا\_\_ = برای حافظه
- ا\_\_ = برای تمرکز
- ا\_\_ = هیچکدام از موارد بالا
- ا\_\_ = نمی دانم

**16. آیا شما در طول زمان بستری بودن در بیمارستان و یا بعد از مرخصی با متخصص گفتار درمانی برای توانایی خود در صحبت کردن، بلعیدن و یا نوشتن کمک گرفته اید؟**

- ا\_\_ = بله ، برای ارزیابی
- ا\_\_ = بله ، برای ارزیابی و درمان
- ا\_\_ = نه
- ا\_\_ = نمی دانم

**17. آیا شما سیگار می کشید؟**

- ا\_\_ = بله ، یک یا چند سیگار در روز
- ا\_\_ = نه
- ا\_\_ = نمی دانم

18. آیا به شما پس از بروز سکته مغزی، کمک هایی برای ترک سیگار ارائه شده است؟

- \_\_\_\_\_ = سؤال در مورد من صدق نمی کند، من قبل از بروز سکته مغزی سیگار نمی کشیدم  
\_\_\_\_\_ = بله  
\_\_\_\_\_ = نه  
\_\_\_\_\_ = نمی دانم

19. احساس غمگینی/ افسردگی می کنید؟

اگر احساس غمگینی/ افسردگی می کنید این سوال بدون در نظر گرفتن علل افسردگی پاسخ داده می شود

- \_\_\_\_\_ = هرگز یا تقریباً هرگز  
\_\_\_\_\_ = گاهی  
\_\_\_\_\_ = اغلب  
\_\_\_\_\_ = دائماً  
\_\_\_\_\_ = نمی دانم

20. آیا برای غمگینی/ افسردگی درمان می گیرید؟

- \_\_\_\_\_ = بله ، دارو  
\_\_\_\_\_ = بله ، مشاوره  
\_\_\_\_\_ = بله ، دارو و مشاوره  
\_\_\_\_\_ = نه ، من درمانی دریافت نمی کنم  
\_\_\_\_\_ = نمی دانم

21. آیا برای فشار خون بالا دارو مصرف می کنید؟

- \_\_\_\_\_ = بله  
\_\_\_\_\_ = نه  
\_\_\_\_\_ = نمی دانم

22. وضعیت کلی سلامتی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

\_\_\_\_\_ = خیلی خوب

\_\_\_\_\_ = تقریباً خوب

\_\_\_\_\_ = تقریباً بد

\_\_\_\_\_ = خیلی بد

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

23. آیا شما احساس خستگی می کنید؟

اگر شما خسته هستید ، این سوال بدون در نظر گرفتن علت خستگی پاسخ داده می شود

\_\_\_\_\_ = هرگز یا تقریباً هرگز

\_\_\_\_\_ = گاهی

\_\_\_\_\_ = اغلب

\_\_\_\_\_ = دائماً

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

24. آیا درد دارید؟

اگر درد دارید، این سوال بدون در نظر گرفتن علت خستگی پاسخ داده می شود

\_\_\_\_\_ = هرگز یا تقریباً هرگز

\_\_\_\_\_ = گاهی

\_\_\_\_\_ = اغلب

\_\_\_\_\_ = دائماً

\_\_\_\_\_ = نمی دانم



25. آیا نیاز شما به تسکین دردهایتان مرتفع می شوند؟

\_\_\_ = سؤال در مورد من صدق نمی کند، نیازی به تسکین درد ندارم، نداشتم

\_\_\_ = بله ، کاملاً

\_\_\_ = بله ، تا حدی

\_\_\_ = نه ، اصلاً

\_\_\_ = نمی دانم

26. شما تا چه حدی از مراقبت و خدمات بهداشتی درمانی بیمارستان در رابطه با سکتۀ مغزی خود راضی یا ناراضی هستید؟

\_\_\_ = بسیار راضیم

\_\_\_ = راضی ام

\_\_\_ = ناراضی ام

\_\_\_ = خیلی ناراضی ام

\_\_\_ = نمی دانم

27. شما تا چه حدی از برخورد کارکنان بیمارستان در رابطه با سکتۀ مغزی خود راضی یا ناراضی هستید؟

\_\_\_ = بسیار راضیم

\_\_\_ = راضی ام

\_\_\_ = ناراضی ام

\_\_\_ = خیلی ناراضی ام

\_\_\_ = نمی دانم

28. شما تا چه حدی از جلسه قبل از مرخصی از بیمارستان با دکتر بخش مراقبتی خود در رابطه با سکته مغزیتان راضی یا ناراضی هستید؟

\_\_\_\_\_ = بسیار راضیم

\_\_\_\_\_ = راضی ام

\_\_\_\_\_ = ناراضی ام

\_\_\_\_\_ = خیلی ناراضی ام

\_\_\_\_\_ = من جلسه ای قبل از مرخصی با دکترم نداشته ام

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

29. آیا در مورد رانندگی نکردن بعد از سکته مغزی اطلاعات کافی دریافت کردید؟

\_\_\_\_\_ = سؤال در مورد من صدق نمی کند، چون من قبل از بروز سکته مغزی رانندگی نمی کردم و یا در حال حاضر رانندگی نمی کنم

\_\_\_\_\_ = بله

\_\_\_\_\_ = نه

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

30. شما تا چه حدی در مورد اطلاعاتی که درباره بیماری سکته مغزی به شما داده شد راضی یا ناراضی هستید؟

\_\_\_\_\_ = بسیار راضیم

\_\_\_\_\_ = راضی ام

\_\_\_\_\_ = ناراضی ام

\_\_\_\_\_ = خیلی ناراضی ام

\_\_\_\_\_ = من اطلاعاتی مربوط به بیماری سکته مغزی دریافت نکرده ام

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

31. آیا میدانید اگر زمانی بعد از بروز سکته مغزی به پشتیبانی و کمک احتیاج داشتید به کجا رجوع کنید؟

\_\_\_\_\_ = بله

\_\_\_\_\_ = نه

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

منظور از توانبخشی و یا تمرینات بدنی، بهبود و یا حفظ توانایی برای مقابله با زندگی روزمره است. (مانند تحرک، پوشیدن و در آوردن لباسها، رفتن به توالت، مهارت های صحبت کردن، خواندن و شمردن، توانائی تمرکز، پخت و پز و غیره).

**32. شما تا چه حدی از توانبخشی و تمرینات بدنی بیمارستان در رابطه با سکتۀ مغزی خود راضی یا ناراضی هستید؟**

\_\_\_\_\_ = بسیار راضیم

\_\_\_\_\_ = راضی ام

\_\_\_\_\_ = ناراضی ام

\_\_\_\_\_ = خیلی ناراضی ام

\_\_\_\_\_ = من به توانبخشی یا تمرینات بدنی در طول اقامت در بیمارستان نیاز نداشته ام

\_\_\_\_\_ = من به توانبخشی یا تمرینات بدنی در طول اقامت در بیمارستان نیاز داشته ام ولی در این رابطه کمکی نگرفته ام

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

**33. شما تا چه حدی از توانبخشی و تمرینات بدنی بعد از مرخصی در رابطه با سکتۀ مغزی خود راضی یا ناراضی هستید؟**

\_\_\_\_\_ = بسیار راضیم

\_\_\_\_\_ = راضی ام

\_\_\_\_\_ = ناراضی ام

\_\_\_\_\_ = خیلی ناراضی ام

\_\_\_\_\_ = من به توانبخشی یا تمرینات بدنی بعد از مرخصی از بیمارستان نیاز نداشته ام

\_\_\_\_\_ = من به توانبخشی یا تمرینات بدنی بعد از مرخصی از بیمارستان نیاز داشته ام ولی در این رابطه کمکی نگرفته ام

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

**34. آیا در حال حاضر در برنامه های توانبخشی یا تمرینات بدنی شرکت میکنید؟**

\_\_\_\_\_ = بله

\_\_\_\_\_ = من به توانبخشی یا تمرینات بدنی نیاز نداشته ام با خواسته ام شرکت کنم

\_\_\_\_\_ = نه ، نیاز دارم ولی هیچ برنامه توانبخشی و یا تمرینات بدنی ندارم

\_\_\_\_\_ = نمی دانم

35. چه کسی به این پرسش نامه پاسخ داده است؟

- = خودم به تنهایی به صورت کتبی
- = من خودم با کمک بستگان/نزدیکان یا کارکنان بهداشتی و درمانی
- = خودم (بیمار) از طریق تلفن
- = من خودم (بیمار) هنگام جلسه پیگیری در بیمارستان ها/مراکز پزشکی
- = فقط کارکنان بهداشتی و درمانی
- = فقط نزدیکان
- = دیگر

**با تشکر فراوان از مشارکت شما!**  
**اطمینان حاصل کنید که تمام سوالات پاسخ داده شده است!**  
**این فرم را در پاکت همراه پس بفرستید**