








PAIN OUTinfant للأولاد - استبيان

مرحباً!







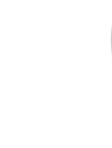
نرغب في معرفة المزيد حول شعور الأولاد بعد خضوعهم لعملية جراحية. للقيام بذلك، نحتاج الى أن نسأل العديد من الأولاد حول شعورهم. لهذا السبب نطلب منك الإجابة عن الأسئلة التالية. ستبقى كل إجاباتك سرية. إذا لم تريد الإجابة، فلا مشكلة على الإطلاق - وطبعاً هذا الأمر لن يؤثر على علاجك.

هذه الوجوه تُظهر إلى أي مدى قد يؤلمك شيء ما. الوجه في أقصى اليسار يشير إلى عدم وجود ألم على الإطلاق، الوجه في المنتصف تشير إلى المزيد والمزيد من الألم والوجه في أقصى اليمين يشير إلى ألم كبير جداً.








ضع دائرة حول الوجه الذي يشير إلى مدشعرت بألم عندما تحركت (مثلاً عندما خرجت من السرير، اغتسلت، لعبت أو بلعت شيئاً أكلته أو شربته).

ألم كبير جداً	10	8	6	4	2	0	عدم وجود ألم
							

الآن ضع دائرة حول الوجه الذي يشير إلى أسوأ ألم لديك منذ العملية.

ألم كبير جداً	10	8	6	4	2	0	عدم وجود ألم
							

الآن ضع دائرة حول الوجه الذي يشير إلى درجة ألمك عندما لا تتحرك.

ألم كبير جداً	10	8	6	4	2	0	عدم وجود ألم
							

قبل أن خضعت للعملية، هل حصلت على ما يكفي من المعلومات حول طرق علاج ألمك؟
نعم لا

منذ عمليتك، هل شعرت بألم عندما سعلت أو أخذت نفساً عميقاً؟
نعم لا

هل أيقظك الألم من نومك في الليلة الماضية؟
نعم لا

هل كنت ترغب بالحصول على المزيد من العلاج لألمك؟
نعم لا

هل شعرت بتعب شديد منذ عمليتك؟
نعم لا

هل شعرت بغثيان منذ عمليتك؟
نعم لا

هل تقيأت منذ عمليتك؟
نعم لا

وسؤال أخير: كيف أجبت عن هذا الاستبيان؟
بنفسك

حصلت على مساعدة (شخص معين قرأه لك بصوت عالٍ و/أو شرح لك الكلمات)
شخص آخر عبأ نيابة عنك (مثلاً والداك)

رائع! انتهينا!

شكراً جزيلاً! نحن ممتنون جداً لمساعدتك!