

# AĞRIYA YÖNELİK REVİZE HASTA BAKIM SONUÇLARI ANKETİ

## AĞRIYA YÖNELİK REVİZE HASTA BAKIM SONUÇLARI ANKETİ

Aşağıda belirtilen sorular, ilk 24 saat içerisinde hastanede veya ameliyat sonrasında deneyimlediğiniz ağrıların şiddeti ile ilgilidir.

1. İlk 24 saatte hissettiğiniz en hafif ağrıyı aşağıdaki ölçekte derecelendirerek daire içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ağrı yok Dayanılmaz ağrı

2. İlk 24 saatte hissettiğiniz en şiddetli ağrıyı aşağıdaki ölçekte derecelendirerek daire içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ağrı yok Dayanılmaz ağrı

3. İlk 24 saatte ne sıklıkta şiddetli ağrı hissettiniz?

Lütfen deneyimlediğiniz en şiddetli ağrının yüzdeliğini daire içine alınız.

% 0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100  
Şiddetli ağrı yok Her zaman şiddetli ağrı

4. Yaşadığımız ağrının aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı ne kadar engellediğini en iyi ifade eden sayıyı daire içine alınız.

a. Yatakta dönmeyi, oturmayı veya pozisyon değiştirmeyi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Engellemedi Tamamen engelledi

b. Yürümeyi, sandalyede oturmayı veya tuvalete gitmek gibi, yatağın dışındaki aktiviteleri yapmayı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Engellemedi Tamamen engelledi

c. Uykuya dalmayı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Engellemedi Tamamen engelledi

d. Uyumayı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Engellemedi Tamamen engelledi

5. Ağrı, ruh hali ve duygularımızı etkileyebilir. Yaşadığımız ağrının aşağıda belirtilen duyguları ne kadar etkilediğini en iyi gösteren sayıyı daire içine alınız.

a. Endişeyi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Az Çok

b. Kederi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Az Çok

c. Korkuyu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Az Çok

d. Çaresizliği

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Az Çok

## AĞRIYA YÖNELİK REVİZE HASTA BAKIM SONUÇLARI ANKETİ

6. Aşağıdaki yan etkilerden herhangi birini hissettiniz mi? Hiç hissetmediyseniz 0 (sıfır)'ı, hissettiyseniz şiddet derecesini gösteren sayıyı daire içine alınız.

a. **Bulantı**  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Yok Şiddetli

b. **Uyuşukluk**  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Yok Şiddetli

c. **Kaşınıtı**  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Yok Şiddetli

d. **Baş dönmesi**  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Yok Şiddetli

7. İlk 24 saatte ne kadar ağrı giderici aldınız? Kullandığımız tüm ağrı gidericileri yöntemleri (ilaçlı ve ilaç dışı) değerlendirdiğinizde ağrınızın ne derece hafiflediğini gösteren yüzdeliği daire içine alınız.

%0 % 10 %20 % 30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100  
Hiç hafifleme olmadı Hafifleme oldu

8. Ağrı tedavisiyle ilgili kararlara katılmanıza izin verildi mi? İzin verildiyse uygun olan rakamı daire içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
İzin Verilmedi İzin Verildi

9. Ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyinizi gösteren en uygun sayıyı daire içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç memnun kalmadım Çok memnun kaldım

10. Size, ağrınızın tedavisine yönelik seçenekler hakkında herhangi bir bilgi verildi mi?

\_\_\_ Hayır \_\_\_ Evet

a. Yanıtınız evet ise, verilen bilginin ne derecede faydalı olduğunu en iyi gösteren sayıyı daire içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç faydalı olmadı Oldukça faydalı

11. Ağrınızı gidermek için ilaç dışında herhangi bir yöntem kullandınız mı? \_\_\_ Hayır, \_\_\_ Evet.

Yanıtınız evet ise, uygun olanı işaretleyiniz.

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| ___ Buz torbası (Soğuk Uygulama)                                  | ___ Meditasyon                    |
| ___ Derin nefes alma  | ___ Müzik dinleme                 |
| ___ Başka şeylerle oyalanma (örn: televizyon izleme, kitap okuma) | ___ Dua etme                      |
| ___ Sıcak uygulama  | ___ Rahatlama hareketleri         |
| ___ Hayal kurma veya akla başka şeyler getirme                    | ___ Yürüme                        |
| ___ Masaj   | ___ Diğer(Lütfen belirtiniz)..... |

12. Doktor veya hemşire ilaç dışı tedavi yöntemlerini kullanmanız için sizi ne sıklıkta teşvik etti ?  
Daire içine alarak belirtiniz?

Hiç bir zaman

Arasıra/ Bazen

Sık sık

13. Hasta bu anketi doldururken yardım aldıysa işaretleyiniz.