

DEPARTAMENTI I MJEKËSISË FAMILJARE
DHE I SHËNDETIT TË KOMUNITETIT

**MATERIAL BAZË PËR VLERËSIMIN E PACIENTËVE
QË VUAJNË NGA DHIMBJE KRONIKE**

Departamenti i Mjekësisë Familjare dhe i Shëndetit të Komunitetit

Emri juaj: _____ Data: _____

Të gjithë pacientëve që kanë nevojë të ndihmohen gjatë trajtimit të dhimbjeve të tyre kronike, po u kërkojmë të plotësojnë disa formularë vetëvlerësimi.

Këta formularë mund t'i plotësoni ose jo, sipas dëshirës. Mbani parasysh se do t'i vlejnjë shumë ofruesit të kujdesit shëndetësor parësor, për të marrë vendimet më të mira për shëndetin tuaj dhe dhimbjen tuaj.

Do të rritin edhe cilësinë e kujdesit shëndetësor që u ofrojmë pacientëve tanë që vuajnë nga dhimbjet.

Lutemi plotësojini pyetësorët me kujdes të madh. Mjeku juaj i Kujdesit Parësor do t'i lexojë së bashku me ju, gjatë vizitës, një herë në vit.

Disa prej pyetjeve do të përsëriten çdo vizitë, si ato që kanë të bëjnë me dhimbjen e tanishme dhe nivelet funksionale.

Po të keni pyetje, mos nguroni të pyesni infermieret ose personelin e zyrës, kur i plotësoni formularët.

INVENTAR I SHKURTËR I DHIMBJES (FORMA E SHKURTËR) © 1991

Charles S. Cleeland/Grup i studimit të dhimbjes–Përdorur me leje.

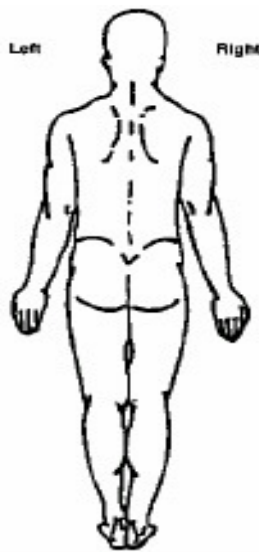
1. Të gjithë ne provojmë dhimbje herë pas here gjatë jetës (dhimbje koke, tërheqje muskulare dhe dhimbje dhëmbësh). Keni pasur sot dhimbje të ndryshme nga këto dhimbje të zakonshme?

PO JO

2. Në diagram, ngjyrosni zonat ku ndieni dhimbje. Shenjoni një “X” në zonën ku ju dhemb më shumë.

PËRPARA

PRAPA



3. Vlerësojeni dhimbjen tuaj duke vënë një shenjë në kutinë pranë numrit që e përshkruan më mirë dhimbjen tuaj **më të fortë** gjatë 24 orëve të fundit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Asnjë dhimbje

Dhimbja më e fortë e mundshme

4. Vlerësojeni dhimbjen tuaj duke vënë një shenjë në kutinë pranë numrit që e përshkruan më mirë dhimbjen tuaj **mesatare**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Asnjë dhimbje

Dhimbja më e fortë e mundshme

5. Vlerësojeni dhimbjen tuaj duke vënë një shenjë në kutinë pranë numrit që e përshkruan më mirë dhimbjen që ndieni **pikërisht tani**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Asnjë dhimbje

Dhimbja më e fortë e mundshme

6. Vlerësojeni dhimbjen tuaj duke vënë një shenjë në kutinë pranë numrit që e përshkruan më mirë dhimbjen tuaj **më të lehtë** gjatë 24 orëve të fundit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Asnjë dhimbje

Dhimbja më e fortë e mundshme

7. Gjatë 24 orëve të fundit, sa ju kanë ndihmuar mjekimet ose barnat kundër dhimbjes që keni marrë?
Bëni një shenjë në kutinë poshtë përqindjes që tregon më mirë sa **lehtësim** keni ndier.
 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Asnjë <u>lehtësim</u>	Lehtësim <u>I plotë</u>
--------------------------	----------------------------

8. Vini një shenjë në kutinë pranë numrit që përshkruan si ka ndikuar dhimbja, gjatë 24 orëve të fundit, mbi: _____

A. Veprimtarinë tuaj në përgjithësi
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nuk ndikon Ndikon shumë

B. Humorin
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nuk ndikon Ndikon shumë

C. Aftësinë për të ecur
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nuk ndikon Ndikon shumë

D. Punën e zakonshme (jashtë shtëpisë dhe në shtëpi)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nuk ndikon Ndikon shumë

E. Marrëdhëniet me njerëzit e tjerë
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nuk ndikon Ndikon shumë

F. Gjumin
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nuk ndikon Ndikon shumë

OFFICE USE ONLY:

MEAN of items #3, 4, 5= _____ X 100= _____ BPI TOTAL PAIN SCORE

MEAN of #8 A, D, E= _____ X100= _____ BPI TOTAL FUNCTIONAL SCORE

PYETËSOR I PACIENTIT - PHQ-9

Listëkontrolli për nëntë simptomat

1. Gjatë 2 javëve të fundit, sa shpesh ju ka shqetësuar cilido prej problemeve të mëposhtme?

	Aspak	Disa ditë	Më shumë se gjysmën e ditëve	Pothuajse çdo ditë
	0	1	2	3
a. Pak interes ose kënaqësi për të bërë diçka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ndiheni pa humor, i/e deprimuar ose pa shpresë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vështirësi për t'ju zënë gjumi dhe për të fjetur/flini më shumë se zakonisht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ndiheni i/e lodhur ose pa energji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mungesë oreksi ose oreks i tepruar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ndiheni keq për veten – ose ju duket sikur keni dështuar, ose e keni zhgënjyer veten ose familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vështirësi për t'u përqendruar në gjëra të tilla si për të lexuar gazetën ose për të parë televizion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Lëvizni ose flisni kaq ngadalë, sa e kanë vënë re të tjerët. Ose e kundërta – jeni kaq nervoz/e ose i/e paqetë sa keni ardhur rrotull shumë më tepër se zakonisht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ju shkon mendja se është më mirë të vdisni, ose t'i bëni keq vetes në ndonjë mënyrë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Gjatë 2 vjetëve të fundit, jeni ndier i/e deprimuar ose i/e trishtuar shumicën e kohës, madje edhe kur jeni ndier mirë ndonjëherë?

Po Jo

3. Në qoftë se keni shenjuar ndonjë problem në këtë pyetësor deri më tash, sa të vështirë ua kanë bërë këto probleme që të punoni, të kujdeseni për gjërat në shtëpi, ose të keni marrëdhënie normale me të tjerët?

Aspak të vështirë Disi të vështirë Shumë të vështirë Tepër të vështirë

FOR OFFICE USE ONLY: _____ Total Score

THIS QUESTIONNAIRE MAY BE PHOTOCOPIED FOR USE IN THE PHYSICIAN OFFICE - Copyright Pfizer

PËRDORIMI I ALKOOLIT (KONTROLL) – Lutemi rrethojeni përgjigjen tuaj për secilën pyetje.					
Sa shpesh pini pije alkoolike?	(0) Kurrë	(1) Çdo muaj	(2) 2-4 herë në muaj	(3) 2-3 herë në javë	(4) 4 herë në javë ose më shpesh
Sa pije alkoolike pini zakonisht gjatë ditës kur pini?	(0) 1-2	(1) 3 ose 4	(2) 5 ose 6	(3) 7 deri 9	(4) 10 ose më shumë
Sa shpesh ju qëllon të pini gjashtë ose më shumë pije njëherësh?	(0) Kurrë	(1) Më pak se një herë në muaj	(2) Çdo muaj	(3) Çdo javë	(4) Përditë ose pothuajse përditë
Sa shpesh gjatë vitit të fundit keni konstatuar se nuk jeni në gjendje ta ndaloni të pirët, pasi e keni nisur?	(0) Kurrë	(1) Çdo muaj	(2) 2-4 herë në muaj	(3) 2-3 herë në javë	(4) 4 herë në javë ose më shpesh
Sa shpesh gjatë vitit të fundit nuk keni arritur të bëni çfarë pritej prej jush, për shkak të pijes?	(0) Kurrë	(1) Çdo muaj	(2) 2-4 herë në muaj	(3) 2-3 herë në javë	(4) 4 herë në javë ose më shpesh
Sa shpesh gjatë vitit të fundit keni pasur nevojë për të pirë alkool në mëngjes, për t'u ngritur në këmbë pasi keni pirë shumë një natë më parë?	(0) Kurrë	(1) Çdo muaj	(2) 2-4 herë në muaj	(3) 2-3 herë në javë	(4) 4 herë në javë ose më shpesh
Sa shpesh gjatë vitit të fundit e keni pasur të pamundur të mbani mend çfarë ndodhi një natë më parë, për shkak të pijes?	(0) Kurrë	(1) Çdo muaj	(2) 2-4 herë në muaj	(3) 2-3 herë në javë	(4) 4 herë në javë ose më shpesh
Ju ose dikush tjetër, jeni lënduar ndonjëherë fizikisht për shkak të pijes?	(0) JO	(2) PO, por jo gjatë vitit të fundit	(4) PO, gjatë vitit të fundit		
Ndonjë mik, i afërm ose mjek ose punonjës tjetër shëndetësor, kanë shprehur ndonjëherë shqetësim për pijen tuaj ose kanë sugjeruar që ta pakësoni?	(0) JO	(2) PO, por jo gjatë vitit të fundit	(4) PO, gjatë vitit të fundit		
FOR OFFICE USE : Total Score _____					

HISTORIA E TRAUMËS INTERPERSONALE	Kurrë	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh
1. Kur kam qenë i vogël, njerëzit e familjes më kanë goditur kaq fort, sa më linin vula ose shenja	1	2	3	4
2. Kur kam qenë i vogël, dikush është përpjekur të më prekë në mënyrë seksuale, ose ka kërkuar që ta prek unë	1	2	3	4
3. Keni pasur ndonjëherë marrëdhënie me ndonjë njeri që ju ka shtyrë ose goditur me shpulla?	PO	JO		
4. Keni pasur ndonjëherë marrëdhënie me ndonjë njeri që ju ka kërcënuar me dhunë?	PO	JO		
5. Keni pasur ndonjëherë marrëdhënie me ndonjë njeri që e kishte zakon të përplaste, të thyente ose të godiste gjëra me grusht?	PO	JO		
FOR OFFICE USE: Total Score Items 1 & 2: _____				

Probleme me trajtimin mjekësor ose barna e droga të tjera - Pyetësi DAST		
<i>Këto pyetje u referohen 12 muajve të fundit</i>		
Keni përdorur ndonjëherë barna, droga ose barna me recetë për arsye të tjera nga ato mjekësoret?	PO	JO
Keni përdorur ndonjëherë më shumë se një drogë, bar ose mjekim në të njëjtën kohë?	PO	JO
E keni pasur ndonjëherë të pamundur për ta ndërprerë përdorimin e barnave, drogave ose mjekimeve, kur keni vendosur t'i ndërprisni?	PO	JO
Keni pasur ndonjëherë humbje të vetëdijes ose ndjesi të forta kujtimesh të së kaluarës, si pasojë e përdorimit të barnave, drogave ose mjekimeve?	PO	JO
Jeni ndier ndonjëherë keq ose në faj, për shkak të barnave, drogave ose të mjekimit që përdorni?	PO	JO
Është ankuar ndonjëherë ndonjë i afërm ose mik juaji për ju që përdorni barna, droga ose mjekime?	PO	JO
E keni neglizhuar ndonjëherë familjen tuaj, për shkak të barnave, drogave, ose mjekimit që përdorni?	PO	JO

Jeni përfshirë ndonjëherë në veprimtari të paligjshme, për të siguruar barna, droga ose mjekime?	PO	JO
Keni përjetuar ndonjëherë simptoma të tërheqjes (jeni ndier i/e sëmurë) kur keni ndërprerë ndonjë bar, drogë ose mjekim?	PO	JO
Keni pasur ndonjëherë probleme mjekësore të shkaktuara nga përdorimi juaj i barnave, drogave ose mjekimeve të tjera (p.sh. humbje të kujtesës, verdhëz, konvulsione)?	PO	JO
For OFFICE USE ONLY: Total score: _____		

Caktimi i synimeve

Mendoni për atë kohë kur ishit në gjendje t'i shijonit gjërat që bënit. Çfarë do të bënit përsëri me dëshirë, sikur të provonit më pak dhimbje? (p.sh.: ushtrime fizike, punë kopshti, pastrim shtëpie; të kërkonit punë, të luani me nipat dhe mbesat, të keni intimitet më të madh ose marrëdhënie më të mirë me bashkëshortin/partnerin)

1. _____
2. _____
3. _____

Caktimi i synimeve

Përmendni tri gjëra që mund të bëni, për të realizuar **një** nga ato veprimtari nga të cilat tani keni hequr dorë për shkak të dhimbjes:

1. _____
2. _____
3. _____

Çfarë pengesash duhet të kapërceni, për të punuar që t'i arrini synimet tuaja? (p.sh., koha, paratë, ndikimi i miqve/familjes, qëndrimi juaj)

1. _____
2. _____
3. _____