

## استبيان لمرض السكري الذين يحقنون الإنسولين

الرمز:

هذا القسم مخصص ليملاء ممرضك

رمز هاتف البلد / رقم المركز / رقم المريض (وفقاً لتسلسل من 1 إلى 25)

هذا الاستبيان اختياري ومجهول الإسم. في حال قررت عدم المشاركة، لا يتأثر علاجك بأي شكل من الأشكال. إن كافة الأشخاص الذين خضعوا لحقن الإنسولين أو تناولوا أي أدوية أخرى لعلاج داء السكري لفترة لا تقل عن ستة أشهر مدعوون للمشاركة في هذا الاستبيان. وسوف تستخدم المعلومات التي تقدمونها لغرض تعزيز التدريب والتوجيه لكافة الأشخاص الذين يحقنون الإنسولين للتعامل كما يجب مع داء السكري.

1. الجنس؟ أنثى ذكر

2. السن؟ عاماً \_\_\_\_\_

3. الوزن؟ كـلـغ \_\_\_\_\_

4. الطول؟ سنتم \_\_\_\_\_

5. كيف تصف نفسك؟

- بالغ (18 سنة وما فوق) أحقن لنفسني
- مراهق (13-17 سنة) أحقن لنفسني
- طفل (أقل من 13 سنة) أحقن لنفسني
- أب/أم أحقن الإنسولين لطفلي

6- منذ متى وأنت مصاب بداء السكري؟

أكثر من ستة أشهر ولكن أقل من سنة - حدد عدد الأشهر \_\_\_\_\_ شهراً

سنة أو أكثر - حدد عدد السنوات \_\_\_\_\_ سنة

7- كم كان عمرك عندما تم تشخيصك بداء السكري؟ \_\_\_\_\_ سنة

8- ما هو نوع العلاج الذي تتلقاه حالياً لمعالجة السكري؟ (ومنذ متى؟) (ضع إشارة صح على الأجوبة المناسبة)

أقراص (\_\_\_\_\_ سنة أو \_\_\_\_\_ أشهر)

إنسولين ((\_\_\_\_\_ سنة أو \_\_\_\_\_ أشهر)

ناهضات مستقبلات الببتيد شبيه الجلوكاجون، مثل بيبتيأ أو فكتوزا ( \_\_\_\_\_ سنة أو \_\_\_\_\_ شهر)

9- ما هي الأداة التي تستخدمها عادةً للحقن؟ (ضع إشارة صح على الأجوبة المناسبة)

محقنة

قلم

غير ذلك (مثلاً، مضخة إنسولين)

10- ما العدد الكليلحقتات التي تجريها يومياً؟

1

2

3

4

5

6

7

أكثر من 7

11- ما هو طول الإبرة التي تستخدمها حالياً للحقن (ضع إشارة صح على الأجوبة المناسبة)

7.12 ملم

12 ملم

10 ملم

8 ملم

6 ملم

5 ملم

5.4 ملم

4 ملم

لا أعرف

10- هل تغير طول إبرتك منذ أن بدأت بحقن الإنسولين؟

نعم

كلا

11- إذا نعم، هل تعلم لم تغير طول الإبرة؟ (ضع إشارة صح على الأجوبة المناسبة)

لجعل الحقنات مريحة أكثر

للتقليل من خطر الحقن العضلي

للتقليل من خطر نقص السكر في الدم

لا أعرف

12- ما هي أماكن الحقن التي تستخدمها؟ (ضع إشارة صح على الأجوبة المناسبة)

البطن

الفخذ

الردفان

الذراع

13- في حال استخدام أكثر من مكان حقن واحد، يرجى ترتيب أماكن الحقن من 1 إلى 4 حسب تكرار الاستخدام (في أغلب الأحيان = 1 ؛ في ثاني أغلب الأحيان = 2، إلخ)

- البطن
- الفخذ
- الـردفان
- الذراع

14- كيف تختار مكان الحقن؟

- أجري الحقنات دائماً في المكان نفسه وفي الوقت نفسه من اليوم (مثلاً، حقنات صباحية دائماً في البطن)
- أجري الحقنات في المكان نفسه على مدار يوم واحد
- أجري الحقنات في المكان نفسه على مدار عدة أيام
- أختار المكان حسب نشاطي الجسدي
- أختار المكان حسب خطة التناوب لتغيير أماكن الحقن
- أختار المكان الذي يسبب أقل ألم ممكن

15- في السؤال رقم 12، حددت أماكن الحقن التي تستخدمها. اختر من بين المربعات أدناه المربع الذي يمثل إلى أكبر حد ممكن حجم المنطقة التي تجري فيها الحقنات .

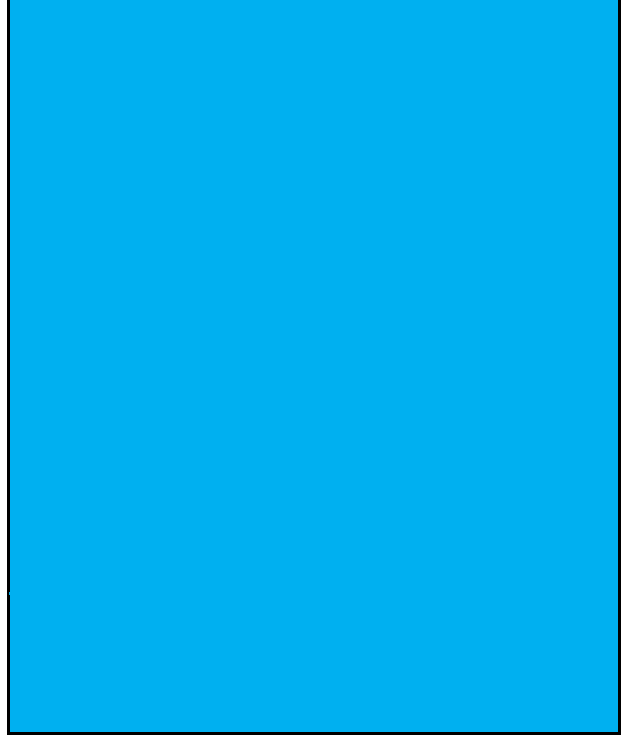
	أحمر	أزرق	أخضر	رمادي
البطن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الفخذ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الردفان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الذراع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أ) حجم البطاقة البريدية

ب) حجم بطاقة الائتمان

ت) حجم بطاقة اللعب

ث) حجم  
الطابع  
البريدي



16- هل تتبع نظام تناوب في تغيير أماكن الحقن؟

نعم

كلا

17- إذا نعم، كيف تصف نظام التناوب (ضع إشارة صح على الأجوبة الصحيحة)

أنتقل من الجانب الأيمن من جسمي إلى الجانب الأيسر

أنتقل من مكان حقن إلى آخر

أحقن على بعد 1 سنتم من مكان الحقن السابق

يمكن وصف الحقنات كحلقة حول أماكن الحقن

يمكن وصف الحقنات كأسطر عبر أماكن الحقن

18- هل تعاني من أي تورمات أو انتفاخات تحت الجلد في أماكن الحقن الاعتيادية ودامت لبعض الوقت (أسابيع، أشهر، أو

سنوات)

نعم

كلا

19- إذا نعم، ما هي الأماكن؟

- البطن
- الفخذ
- الوركين
- الذراع

20- هل تجري حقنات في هذه الأماكن المتورمة أو المنتفخة؟

- دائماً
- أحياناً
- أبداً

21- إذا نعم، يرجى تحديد سبب إجراء الحقنات فيها (ضع إشارة صح على الخيارات المناسبة)

- إنها مناسبة
- تسبب قدراً أقل من الألم
- مجرد عادة (أجري الحقنات دائماً في هذه الأماكن)
- لا أعرف

22- إذا كنت تستخدم القلم، كم من الوقت تترك الإبرة تحت الجلد بعد ضغط الكباس؟

- أقل من 5 ثوان
- 5-10 ثوان
- أكثر من 10 ثوان
- لا أعرف

23- هل تقوم بتطهير الجلد قبل الحقن باستخدام مطهر؟ (مثلاً، فوطه اسبيرتو)

- نعم
- كلا

24- قبل إدخال الإبرة في قارورة الإنسولين أو تثبيت إبرة القلم بالقلم، هل تقوم بتنظيف السداة باستخدام المطهر (مثلاً فوطة اسبيرتو)؟

نعم

كلا

25- في حال استخدام القلم، هل تستخدم إبرة القلم أكثر من مرة واحدة؟

نعم

كلا

26- إذا نعم، كم مرة تستخدم إبرة القلم الواحدة؟

مرتان

3 إلى 5 مرات

6 إلى 10 مرات

أكثر من 10 مرات

27- في حال استخدام إبرة القلم أكثر من مرة واحدة، لماذا تفعل ذلك؟ (ضع إشارة صح على الأجوبة المناسبة)

بسبب عدم توفر إبرة قلم أخرى

لتوفير المال

للحد من فرط النفايات (حرصاً على الحفاظ على البيئة)

لأسباب الراحة والملاءمة

28- في حال استخدام محقنة، هل تستخدمها أكثر من مرة واحدة؟

نعم

كلا

1- إذا نعم، كم مرة تستخدم المحقنة الواحدة؟

مرتان

3 إلى 5 مرات

6 إلى 10 مرات

أكثر من 10 مرات



2- في حال استخدام المحقنة أكثر من مرة واحدة، لماذا تقوم بذلك؟ (ضع إشارة صح على الأجوبة المناسبة)

- بسبب عدم توفر محقنة أخرى
- لتوفير المال
- للحد من الفرط في النفايات (حسراً على الحفاظ على البيئة)
- لأسباب الراحة والملاءمة

3- هل تسبب لك الحقنات الألم؟

- نعم
- كلا

4- إذا نعم، كيف تصف الحقنات التي تجربها؟

- مؤلمة دائماً
- مؤلمة في أغلب الأحيان (عدة مرات في الأسبوع)
- مؤلمة أحياناً (عدة مرات في الشهر الواحد)
- تقريباً غير مؤلمة أبداً (عدة مرات في السنة)

33. عندما يؤلمك الحقن، إلى ماذا تعزو ذلك؟ (ضع إشارة صح على الخيار المناسب)

- مكان الحقن (مثلاً: ضرب العصب)
- الكمية المحقونة
- سبق أن استخدمت الإبرة من قبل
- لم تكن تقنية الحقن مناسبة
- حرارة الدواء المحقون
- لا أعرف

34. هل حدث أن تعرضت لنزف أو تكدم في أماكن الحقن؟

- نعم
- كلا

35. إذا نعم، كم من المرات يؤدي الحقن إلى نزيف أو تكدم؟

- دائماً
- غالباً (عدة مرات في الأسبوع)
- أحياناً
- نادراً جداً (عدة مرات في السنة)

36. هل حدث أن تسرب الإنسولين من مكان الحقن من داخل الجلد الجلد؟

- نعم
- كلا

37. إذا نعم، كم من المرات يتسرب السائل من داخل الجلد في مكان الحقن؟

- دائماً
- غالباً (عدة مرات في الأسبوع)
- أحياناً (عدة مرات في الشهر)
- نادراً جداً (عدة مرات في السنة)

38. هل من تقطر/تسرب للإنسولين من رأس الإبرة بعد الحقن؟

- نعم
- كلا

39. إذا نعم، كم من المرات تلاحظ هذا التسرب من الإبرة؟

- في كل عملية حقن
- غالباً (عدة مرات في الأسبوع)
- أحياناً (عدة مرات في الشهر)
- نادراً جداً (عدة مرات في السنة)

40. هل حدث أن حققت عبر ثيابك؟

- نعم
- كلا

41. إذا نعم، كم من المرات تحقن عبر ثيابك؟

- دائماً
- غالباً (عدة مرات في الأسبوع)
- أحياناً (عدة مرات في الشهر)
- نادراً جداً (عدة مرات في السنة)

42. إذا كنت تستخدم الإنسولين العكر (الإنسولين متوسط المفعول، أو الإنسولين المخلوط أصلاً)، هل تعيد خلط الإنسولين قبل الاستخدام؟

- نعم
- كلا

43. إذا نعم، كم مرة تلفّ و/أو تقلب القلم أو قارورة الإنسولين؟

44. أين تحفظ الإنسولين قبل بدء استخدام القلم أو القارورة؟

- البراد
- الحمام، المحفظة، الجرار أو غيرها ...درجة حرارة الغرفة

45- أين تحفظ الإنسولين بعد أن تبدأ باستخدام القلم أو القارورة؟

\* البراد

الحمام، مالحفظة، الجرار، أو غير ذلك - درجة حرارة الغرفة

46. إذا أبقيت الإنسولين الذي تستخدمه في البراد، هل تتركه يسخن لحد درجة حرارة الغرفة قبل حقنه؟

- نعم
- كلا

47. هل حدث أن استخدمت قارورة أو خرطوشة الإنسولين بعد انقضاء تاريخ صلاحيتها؟

- نعم
- كلا

لا أتتبع عادةً تواريخ الصلاحية الظاهرة على الإنسولين

48. كيف تتخلص من إبرة القلم/المحقنة المستعملة؟

- في حاوية معدة خصيصاً للأدوات الحادة
- في حاوية منزلية مثل زجاجة فارغة
- في النفايات مع غطائها
- في النفايات من دون غطائها
- أقطع الإبرة وتبقى في القطاعة

49. إذا كنت ترميها في حاوية، ماذا تفعل بالحاوية؟

- أضعها في النفايات
- أخذها إلى صيدلي
- أخذها إلى عيادة طبيب
- أخذها إلى مختبر
- أخذها إلى مستشفى أو عيادة
- أخذها إلى خدمة الإيداع أو الجمع المحلية
- غير ذلك

50. هل حدث أن فوّت على نفسك حقنة؟

- نعم
- كلا

51. إذا نعم، كم من المرات يحدث معك ذلك؟

- غالباً ما (عدة مرات في الأسبوع)
- أحياناً (عدة مرات في الشهر)
- نادراً جداً (عدة مرات في السنة)

52. ما هي أسباب تفويتك الحقنة؟ ضع إشارة صح على الخيار المناسب

- نسيت
- لم أتناول الطعام
- كنت مريضاً (مثلاً: الغثيان والتقيؤ)
- لم أشأ أن أحقن بكل بساطة
- كانت نسبة الجلوكوز منخفضة جداً

53. من علمك كيف تحقن لنفسك؟

- الممرض العام
- ممرض مختص بالسكري
- موجّه في مجال السكري
- طبيب (مختص بالسكري)
- صيدلي
- ممثل لشركة تصنيع الأقلام أو الإبر

54. كم من المرات يفحص لك الممرض أو الطبيب أماكن الحقن؟

- بشكل روتيني عند كل زيارة. حدد عدد المرات: كل...شهر
- مرة في السنة
- فقط إذا كنت أشكو من مشكلة في أحد تلك الأماكن
- لا أذكر أنه حدث أن فحص لي أحدهم تلك الأماكن

55. ضع إشارة صح على "نعم" إذا تمت تغطية الموضوع عندما تلقيت تدريباً حول الحقن أو في أي وقت منذ ذلك الحين؟

ضع إشارة صح في العمود الأخير إذا كنت تشعر بأنك بحاجة إلى المزيد من التدريب في هذا الشأن.

لا يزال يلزم المزيد من التدريب	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أماكن الحقن (مثلاً: الفخذ، الذراع، الردفان، البطن)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سمك الجلد وعمق الحقن المناسب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طول الإبرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كيف ترفع الجلد أو تقرص الجلد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم من الوقت تترك الجلد مرفوعاً أو مقروصاً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زاوية إدخال الإبرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم من الوقت تترك الإبرة في الجلد بعد الحقن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التناوب داخل مكان الحقن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منع فقاعات الهواء (المحقنة) أو ضخ إبرة القلم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلط الإنسولين في محقنة (لمستخدمي المحقنة)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إعادة تعليق الإنسولين العكر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استخدام واحد لإبرة القلم/المحقنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التخلص الآمن للأدوات الحادة (إبرة القلم، المحقنة)

56. متى كانت آخر مرة تلقيت أو راجعت فيها التعليمات المتعلقة بالحقن؟

- خلال الأشهر الستة الأخيرة
- خلال الأشهر الـ 6-12 الأخيرة
- خلال السنوات الـ 1-5 الأخيرة
- خلال السنوات الـ 5-10 الأخيرة
- لم يحدث ذلك أبداً

57. هل واجهت نقصاً في سكر الدم في الأشهر الستة الأخيرة؟

نعم

كلا

58. إذا نعم، كم مرة خلال الأشهر الستة الأخيرة واجهت نقصاً حاداً في سكر الدم لدرجة أنك احتجت إلى مساعدة من شخص آخر؟

أبداً

مرة أو مرتان

3-5 مرات

أكثر من 5 مرات

59. هل احتجت إلى سيارة إسعاف أو إلى زيارة للمستشفى/العيادة خلال نوبات نقص نسبة السكر في الدم هذه؟

نعم

كلا

60. كم من المرات تقوم بوخز بالأصابع لتفقد الجلوكوز في الدم؟

أكثر من 4 مرات في اليوم

3-4 مرات في اليوم

مرة إلى مرتين في اليوم

عدة مرات في الأسبوع

نادراً ما أتفقد جلوكوز الدم (أو لا أفعل ذلك إطلاقاً)

61. هل سبق أن دخلت مستشفى، أو قسم طوارئ أو عيادة بسبب الحمض الكيتوني السكري أو غيبوبة السكري؟

نعم

كلا

62. إذا نعم، حدد وقت هذا الدخول بسبب الحمض الكيتوني السكري؟

عانيت من الحمض الكيتوني السكري إنما فقط ما أن تم تشخيصي بداء السكري

عانيت من الحمض الكيتوني السكري إنما ليس خلال الأشهر الستة الأخيرة

عانيت من الحمض الكيتوني السكري بما في ذلك خلال الأشهر الستة الأخيرة

63. هل تعاني من فرط مستمر في سكر الدم (نسبة الجلوكوز في الدم أكثر من 250 ملغ/ديسيلتر (13.9 مليمول/لتر)

نعم

كلا

64. إذا نعم، أذكر نسبة تكرار فرط سكر الدم

أكثر من 5 قراءات (معدلات) عالية/الأسبوع

3 إلى 5 قراءات (معدلات) عالية/الأسبوع

قراءة أو قراءتان (معدل أو معدلان) عاليتان/الأسبوع

قراءة (معدل) عالية من وقت إلى آخر (أقل من 4 مرات/الشهر)

65. هل يمكن أن يكون أي من الأشخاص في محيطك المباشر عرضة للاحتكاك بإحدى أدواتك الحادة (الإبرة أو المبرغ)؟

نعم

كلا

66. إذا نعم، حدد الأشخاص المعرضين لذلك الخطر (ضع علامة على الخيارات المناسبة)

الأطفال

أفراد آخرون من العائلة (مثلاً، الزوجة)

الممرض أو أخصائي آخر

مدبرة المنزل أو عامل النفايات

67. هل سبق أن تعرض أي من هؤلاء الأشخاص لإصابة عرضية بإحدى أدواتك الحادة؟

نعم

لا

68. حدد لماذا قد يتعرض هؤلاء الأشخاص لذلك الخطر. ضع إشارة صح على الخيارات المناسبة

لا أستخدم أدوات تحمي الآخرين من الإصابة (أدوات آمنة)

لا أستخدم حاويات مناسبة لرمي أدواتي الحادة المستعملة

إن الأدوات الحادة المستعملة تترك أحياناً في أماكن قد يحتك بها آخرون

إنني حامل لمرض التهاب الكبد أو غيرها من أمراض الدم

شكراً على وقتك