

## Supplementary Materials

### 1. Informed Consent in Arabic

جامعة الشارقة  
قسم العلاج الطبيعي  
استمارة الموافقة المسبقة

**عنوان الدراسة:** القدرة على التكيف عبر الثقافة والتحقق من جودة استبيان هبوط الرحم في حياة سكان الإمارات للنسخة العربية

القائم على البحث: أسماء عبدالرحمن الزرعوني

المشرف المشارك على البحث: د. ميونغ كيم

العنوان: جامعة الشارقة ، الشارقة ، الإمارات العربية المتحدة

رقم الهاتف / البريد الإلكتروني:

U19102443@sharjah.ac.ae / 971568336666+

mkim@sharjah.ac.ae / 9716505736+

**غرض الدراسة :**

تم إرسال هذا النموذج إليكم لأننا نستهدف النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 18 و65 عامًا، اللاتي تم تشخيصهن بتدلي عضو الحوض مع أو بدون أعراض لتقاطع الثقافة مع التكيف وترجمة استبيان PQoL إلى النموذج العربي.

**معايير الاشتمال في الدراسة :**

تعتبر متطوعًا مؤهلاً لهذه الدراسة، إذا كنت أنثى ، مواطنة ، في الفئة العمرية من 18 إلى 65 عامًا وتم تشخيصك حسب تدلي أعضاء الحوض بأعراض أو بدونها.

**المشاركة الطوعية:**

الأمر متروك لك تمامًا فيما إذا كنت ستشارك في هذه الدراسة أم لا. بمجرد موافقتك على المشاركة في هذه الدراسة كمتطوع، يمكنك الانسحاب في أي وقت.

**إجراءات الدراسة:**

بمجرد قراءة هذا النموذج والتوقيع عليه وقبول التطوع للمشاركة في هذه الدراسة ، ستتمكن من ملء الاستبيانات التي سيتم تقديمها لك. سيستغرق الوقت الإجمالي لاستكمال جميع الاستبيانات الأربعة من 15 إلى 20 دقيقة تقريبًا. تشمل الاستبيانات: (1) استبيان تدلي (عضو الحوض) على جودة الحياة (PQoL) (2) المقياس التمثيلي البصري (VAS)، (3) استبيان قاع الحوض الأسترالي (APFQ)، (4) نموذج قصير -12.

### المخاطر:

تم جمع بيانات هذه الدراسة بالكامل من خلال الاستبيانات. نتيجة لذلك، تعتبر مخاطر هذه الدراسة منخفضة. نظرًا لأنه سيتم تحديد هويتك برقم في نموذج الاستبيان ، سيتم الحفاظ على سرية جميع المعلومات التي تم جمعها من الاستبيانات - ولن يتم تعريف المعلومات السرية للخطر.

### الفوائد / النتائج:

أفهم أنه من خلال التطوع للمشاركة في هذه الدراسة ، قد لا أحصل على أي مزايا مباشرة. إنني أدرك أن النتائج قد تساعد الباحثين والأطباء في الحصول على نتيجة قد تفيد الدراسات المستقبلية. أفهم أن جميع البيانات التي تم جمعها خلال هذا البحث سيتم تقديمها في مشروع بحثي للدراسات العليا ، وأن المعلومات التي تم جمعها قد يتم نشرها في المجلات المهنية أو تقديمها في الاجتماعات المهنية.

### التطوع في المشاركة:

أفهم أن مشاركتي في هذه الدراسة طوعية تمامًا، وأنه يجوز لي الانسحاب في أي وقت دون عقوبة أو تحيز. أدرك أيضًا أنه لن يكون هناك مكافأة أو تعويض مقابل مشاركتي. أفهم أنه بمجرد موافقي على المشاركة، ستتم مراجعة نموذج الموافقة وتقديمه والتوقيع عليه.

### الحق في الرفض أو الانسحاب :

أدرك أن لدي خيار الانسحاب من هذه الدراسة في أي وقت أو رفض المشاركة. أفهم أنه لن تكون هناك عواقب إذا غادرت أو لم أشارك. أفهم أنه إذا اخترت الانسحاب من الدراسة ، فسيتم الاحتفاظ بأي معلومات تم جمعها عني قبل تاريخ مغادرتي للدراسة في سجلات البحث لاستخدامها في المستقبل أو يتم التخلص منها وفقًا لموافقة (المشارك).

### السرية:

سنتقوم الباحث الرئيسي ( أسماء الرزغوني) بأخذ الرقم التعريفي والعمر وفي حال تم تشخيصك بوجود اعتلال في أعضاء

الحوض من عدمه من ملف المشاركة وعليه يجب أن أفهم أن جميع البيانات ونتائج الاختبارات ستبقى سرية للغاية. سيتم

تحديد السجلات في الدراسة برقم معرف تسلسلي (على سبيل المثال، S392289) وسيتم الاحتفاظ بها آمنة من قبل الباحثين الذين يجرون البحث. أفهم أن الباحث الرئيسي فقط من يمكنه الوصول إلى بياناتي الشخصية ولن يتم التعرف عليّ في أي منشور أو عرض تقديمي ولن يتم مشاركة أي من المعلومات الشخصية خارج نطاق المستشفى.

#### لطلب المزيد من المعلومات:

تم شرح الدراسة بوضوح لي ، وأتحت لي الفرصة لطرح الأسئلة. إذا كان لدي أي أسئلة أخرى أثناء هذه الدراسة ، أفهم أنه يمكنني الاتصال إما:

السيدة أسماء الزرعوني ([U19102443@sharjah.ac.ae](mailto:U19102443@sharjah.ac.ae))

أو المشرف على الدراسة ، د. ميونغ كيم ([mkim@sharjah.ac.ae](mailto:mkim@sharjah.ac.ae)).

عنوان الاتصال لكلا هذين الشخصين هو: قسم العلاج الطبيعي (M23) ، جامعة الشارقة ، المدينة الجامعية ، الشارقة ، الإمارات العربية المتحدة

#### مزيد من معلومات الاتصال:

لأي شكوى أو ملاحظات حول إجراء الدراسة ، يرجى الاتصال بلجنة أخلاقيات البحث على [rec@sharjah.ac.ae](mailto:rec@sharjah.ac.ae) أو مكتب البحوث والدراسات في وزارة الصحة ، ، الأستاذة يسرى سويدات 042301631

لقد تم شرح الغرض من هذا البحث، وجميع الإجراءات، والمخاطر والفوائد المحتملة بأفضل ما أستطيع لـ \_\_\_\_\_

التاريخ

توقيع الباحث ( جامع المعلومات )

أؤكد أن \_\_\_\_\_ قد أوضح لي الغرض من البحث والإجراءات التي سأخضع لها خلال البحث والمخاطر المحتملة و / أو المضايقات التي قد تجلبها الدراسة. أنا أفهم تمامًا الفوائد التي قد تعود عليّ. لقد قرأت وفهمت نموذج الموافقة هذا وتم الرد على جميع أسئلتي بما يرضي. لذلك، أوافق على منح موافقتي على المشاركة كمشارك في هذا المشروع البحثي.

التاريخ

توقيع المشارك

## 2. Questionnaires (Study Tools):

### 2.1 Prolapse Quality of Life (English ver.)

179

---

#### Appendix

### Prolapse Quality of Life (P-QOL)

Version 4

Name \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ years

Today's date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A PROLAPSE IS A BULGE COMING DOWN THE VAGINA CAUSING DISCOMFORT

**PLEASE FILL IN THIS QUESTIONNAIRE EVEN IF YOU FEEL YOU DO NOT HAVE A PROLAPSE**

How would you describe your health at present? Please tick one answer

- |           |                       |
|-----------|-----------------------|
| Very good | <input type="radio"/> |
| Good      | <input type="radio"/> |
| Fair      | <input type="radio"/> |
| Poor      | <input type="radio"/> |
| Very poor | <input type="radio"/> |

How much do you think your prolapse problem affects your life?

Please tick one answer

- |            |                       |
|------------|-----------------------|
| Not at all | <input type="radio"/> |
| A little   | <input type="radio"/> |
| Moderately | <input type="radio"/> |
| A lot      | <input type="radio"/> |

Please write down if you have any of the following symptoms and mark how much these affect you?

Not applicable None A little Moderately A lot

Going to the toilet to pass urine very often.	<input type="radio"/>				
Urgency: A strong desire to pass urine	<input type="radio"/>				
Urge incontinence; urinary leakage associated with a strong desire to pass urine	<input type="radio"/>				
Stress incontinence; urinary leakage associated with coughing	<input type="radio"/>				
Feeling a bulge/lump from or in the vagina	<input type="radio"/>				
Heaviness or dragging feeling as the day goes on from the vagina or the lower abdomen	<input type="radio"/>				
Vaginal bulge interfering with you emptying your bowels	<input type="radio"/>				
Discomfort in the vagina which is worse when standing and relieved by lying down	<input type="radio"/>				
Poor urinary stream	<input type="radio"/>				
Straining to empty your bladder	<input type="radio"/>				
Urine dribbles after emptying your bladder	<input type="radio"/>				

Please write down if you have any of the following symptoms and mark how much these affect you?

Not applicable None A little Moderately A lot

Bowels do not feel completely empty after opening	<input type="radio"/>				
Constipation: difficulty in emptying	<input type="radio"/>				
Straining to open your bowels	<input type="radio"/>				
Vaginal bulge which gets in the way of sex	<input type="radio"/>				
Lower backache worsens with vaginal discomfort	<input type="radio"/>				
Do you help empty your bowels with your fingers	<input type="radio"/>				
How often do you open your bowels	More than once a day	Once a day	Once every 2 days	Once every 3 days	Once a week or more
	<input type="radio"/>				

Below are some daily activities that can be affected by your prolapse problem. How much does your prolapse problem affect you?

**We would like you to answer every question.**

Simply tick the circle that applies to you

**ROLE LIMITATIONS**

To what extent does your prolapse affect your household tasks (e.g. cleaning, shopping etc.)	Not at all	Slightly	Moderately	A lot
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Does your prolapse affect your job or your normal daily activities outside the home?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PHYSICAL/SOCIAL LIMITATIONS**

Does your prolapse affect your physical activities (e.g. going for a walk, run, sport, gym etc.)	Not at all	Slightly	Moderately	A lot
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Does your prolapse affect your ability to travel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Does your prolapse limit your social life?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Does your prolapse limit your ability to see / visit friends?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PERSONAL RELATIONSHIPS**

	Not applicable	Not at all	Slightly	Moderately	A lot
Does your prolapse affect your relationship with your partner?	<input type="radio"/>				
Does your prolapse affect your sex life?	<input type="radio"/>				
Does your prolapse affect your family life?	<input type="radio"/>				

**EMOTIONS**

Does your prolapse make you feel depressed?	Not at all	Slightly	Moderately	A lot
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Does your prolapse make you feel anxious or nervous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Does your prolapse make you feel bad about yourself?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SLEEP / ENERGY**

Does your prolapse affect your sleep?	Never	Sometimes	Often	All the time
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do you feel worn out / tired?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Do you do any of the following to help your prolapse problem?**

Answer even if you do not feel you have a prolapse problem. If so how much?

	Never	Sometimes	Often	All the time
Use tampons / pads / firm knickers to help?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do you push up the prolapse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Never	Sometimes	Often	All the time
Pain or discomfort due to the prolapse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Does the prolapse prevent you from standing?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

THANK YOU, NOW CHECK THAT YOU HAVE ANSWERED ALL THE QUESTIONS

## 2.2 Prolapse Quality of Life (Cross-culturally adapted in Arabic in this study)

### حياة المصابين بتدلي أعضاء الحوض النسخة الرابعة

الأسم: \_\_\_\_\_  
العمر: \_\_\_\_\_ سنة  
تاريخ اليوم: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
التدلي (الهبوط) عبارة عن انتفاخ ينزل من المهبل مما يسبب الشعور بعدم الراحة.  
رجاءً ملء الأستبانة حتى لو لم تكوني تشعرين بإصابتك بالتدلي  
كيف تصفين حالتك الصحية بالوقت الحالي؟  
إختاري إجابة واحدة

- 0 جيدة جداً
- 0 جيدة
- 1 مقبولة (عادية)
- 2 غير جيدة (ضعيفة)
- 3 غير جيدة تماماً (ضعيفة جداً)

ما مدى تأثير مشكلة التدلي على حياتك اليومية من وجهة نظرك؟

إختاري إجابة واحدة

- 0 لا يوجد اي تأثير
- 1 تأثير قليل
- 2 تأثير متوسط الحدة
- 3 تأثير شديد الحدة  
وحدثها.

حادة	متوسطة	قليلة	لا	لا ينطبق عليك	
3	2	1	0	0	
<input type="radio"/>	الحاجة لإستخدام المراض للتبول للعديد من المرات				
<input type="radio"/>	الحاجة الملحة: رغبة قوية للتبول				
<input type="radio"/>	سلس البول الإلحاحي: تسرب البول المرتبط برغبة قوية في التبول				
<input type="radio"/>	سلس البول الإجهادي: تسرب البول المرتبط بالسعال				
<input type="radio"/>	الإحساس بكتلة منتفخة تتدلى من أو بداخل المهبل				
<input type="radio"/>	الإحساس بثقل أو شد بالمهبل أو أسفل البطن خلال اليوم				
<input type="radio"/>	تضخم مهبلي يعوق عملية التبرز				
<input type="radio"/>	شعور بعدم الارتياح بالمهبل والذي يزداد سوءا عند الوقوف و تقل حدثه عند الأستلقاء				
<input type="radio"/>	سيلان بول ضعيف				
<input type="radio"/>	الحاجة للضغط لتفريغ المثانة				
<input type="radio"/>	تنقيط البول بعد تفريغ المثانة				
<input type="radio"/>	الشعور بعدم التفريغ الكامل للأمعاء بعد الفتح				
<input type="radio"/>	الأمساك (صعوبة الفتح)				
<input type="radio"/>	الحاجة للضغط لتفريغ الأمعاء				
<input type="radio"/>	تضخم مهبلي يعوق العلاقة الحميمة				
<input type="radio"/>	ألام أسفل الظهر تزداد حدثها مع الشعور بعدم الراحة بالمهبل				
<input type="radio"/>	هل تحتاجين لإستخدام أصابعك للمساعدة في إفراغ أمعائك؟				

كم عدد مرات التبرز؟	أكثر من مرة باليوم الواحد 0	مرة باليوم الواحد 0	مرة كل يومين 1	مرة كل ثلاث أيام 2	مرة كل أسبوع أو أكثر من أسبوع 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

فيما يلي مجموعة من الأنشطة اليومية التي يمكن أن تتأثر نتيجة لأصابتك بتدلي أعضاء الحوض. يرجى توضيح مدى تأثير تلك المشكلة عليك.

رجاء الأجابة عن جميع الأسئلة  
إختاري الإجابة المناسبة

### تقليص الأدوار

3	2	1	0
---	---	---	---

لا تأثير  
بشكل قليل  
بشكل معتدل  
بشكل كبير جدا

كيف تؤثر مشكلة تدلي أعضاء الحوض على أنشطتك المنزلية كالتنظيف والقيام بالمشتريات إلخ؟

هل يؤثر التدلي على عملك أو أنشطتك الإعتيادية خارج المنزل؟

### التحديات البدنية والإجتماعية

لا تأثير  
بشكل قليل  
بشكل معتدل  
بشكل كبير جدا

هل تؤثر مشكلة تدلي أعضاء الحوض على أنشطتك البدنية كالمشي أو الركض أو مزاوله الرياضة أو التدريب بالجم إلخ؟

هل يؤثر التدلي على قدرتك على السفر؟

هل يعيق التدلي حياتك الإجتماعية؟

هل يعيق التدلي قدرتك على مقابلة أو زيارة الأصدقاء؟

3	2	1	0
---	---	---	---

لا تنطبق علي  
لا تأثير  
بشكل قليل  
بشكل معتدل  
بشكل كبير جدا

هل تؤثر مشكلة تدلي أعضاء الحوض على علاقتك بزوجك؟

هل يؤثر التدلي على قدرتك على إقامة علاقة حميمة؟

هل يؤثر التدلي على حياتك الأسرية؟

### المشاعر

3	2	1	0
---	---	---	---

لا تأثير  
بشكل  
قليل  
بشكل  
معتدل  
بشكل  
كبير  
جدا

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

هل تصيبك مشكلة تدلي أعضاء الحوض بالإكتئاب؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

هل تشعرك مشكلة تدلي أعضاء الحوض بالتوتر والقلق؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

هل تجعلك مشكلة تدلي أعضاء الحوض تشعرين بالسوء تجاه نفسك؟

### النوم والحيوية

3	2	1	0
---	---	---	---

لا  
أحيانا  
في  
غالب  
الوقت  
دائما

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

هل تؤثر مشكلة تدلي أعضاء الحوض علي نومك؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

هل تشعرين بالتعب أو الإرهاق؟

3	2	1	0
---	---	---	---

لا  
أحيانا  
في  
غالب  
الوقت  
دائما

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

هل تلجئين لاي من الحلول التالية للتغلب على مشكلة تدلي أعضاء الحوض؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

هل تستخدمين سدادات قطنية أو حفاظات أو ملابس داخلية ضيقة؟

هل تقومين بدفع التدلي داخلا؟

3	2	1	0
---	---	---	---

لا  
أحيانا  
في  
غالب  
الوقت  
دائما

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

هل تشعرين بألم أو عدم الراحة بسبب التدلي؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

هل يمنعك التدلي من الوقوف؟

شكرا جزيلا. نرجو أن تقومي الآن بالتأكد من إجابتك عن كل الأسئلة.

## 2.3 Australian Pelvic Floor Questionnaire (Arabic ver.)

### AUSTRALIAN PELVIC FLOOR QUESTIONNAIRE الاستبيان الأسترالي لقاع الحوض

(45/-----)		وظائف المثانة	
3. هل تبلل الفراش قبل أن تستيقظ في الليل؟	2. كم مرة تستيقظ للتبول في الليل؟	1. كم مرة يتم التبول في اليوم؟	
0 أبدا	0 1-0	0 إلى 7	
1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع	1 2	1 بين 8-10	
2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع	2 3	2 بين 11-15	
3 دائما - كل ليلة	3 أكثر من 3 مرات	3 أكثر من 15	
6. هل يتسرب البول مع السعال والعطس والضحك أو مع ممارسة التمارين؟	5. هل يتسرب البول عند التسرع أو الإسراع إلى دورة المياه أو لا يمكنك الوصول في الوقت المناسب؟	4. هل تحتاج إلى التسرع / الإسراع بإفراغ البول عندما تشعر بالرغبة للتبول؟	
0 أبدا	0 أبدا	0 يمكن أن تصمد	
1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع	1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع	1 في بعض الأحيان تضطر إلى التسرع - أقل من مرة في الأسبوع	
2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع	2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع	2 كثيرا ما تضطر إلى التسرع - مرة أو أكثر / أسبوع	
3 يوميا	3 يوميا	3 يوميا	

<p>9. هل تحتاج إلى جهد لإفراغ المثانة ؟</p> <p>0 أبدا</p> <p>1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>	<p>8. هل لديك شعور بعدم اكتمال إفراغ المثانة ؟</p> <p>0 أبدا</p> <p>1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>	<p>7. هل مجرى البول الخاص بك (تدفق البول) ضعيف أم طويل أم بطيء؟</p> <p>0 أبدا</p> <p>1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>
<p>12. هل تعاني من كثرة التعرض للالتهابات المثانة ؟</p> <p>0 لا</p> <p>1 ١-٣ في السنة</p> <p>2 ٤-١٢ في السنة</p> <p>3 أكثر من واحد في الشهر</p>	<p>11. هل تقلل من شرب السوائل للتقليل من تسرب البول ؟</p> <p>0 أبدا</p> <p>1 قبل الخروج</p> <p>2 باعتدال</p> <p>3 دائماً</p>	<p>10. هل تحتاج إلى ارتداء الفوط الصحية بسبب تسرب البول ؟</p> <p>0 لا شيء - أبداً</p> <p>1 كإجراء احترازي</p> <p>2 عند ممارسة التمارين / أثناء نزلة البرد</p> <p>3 يومياً</p>

<p>15. إلى أي مدى تزعجك مشكلة مثانتك ؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 قليلاً</p> <p>2 باعتدال</p> <p>3 إلى حد كبير</p>	<p>14. هل يؤثر تسرب البول لديك على الأنشطة الروتينية مثل الترفيه ، الأنشطة الاجتماعية والنوم والتسوق وما إلى ذلك؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 قليلاً</p> <p>2 باعتدال</p> <p>3 إلى حد كبير</p>	<p>13. هل تعاني من ألم في مثانتك أو مجرى البول عندما تفرغ مثانتك؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>
---	--	--

أعراض أخرى: (وجود دم في البول ، ألم ، إلخ ..)

---



---

وظائف الإخراج

<p>18. هل تحتاج إلى جهد لإفراغ الأمعاء والتبرز ؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 من حين لآخر – أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر – مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>	<p>17. كيف هو التماسك المعتاد للبراز ؟</p> <p>0 ناعم</p> <p>0 متماسك</p> <p>0 صلب (حصى)</p> <p>1 متغير</p> <p>2 مائي</p>	<p>16. كم مرة في العادة تذهب للإخراج (التبرز) ؟</p> <p>0 في أي يوم آخر أو يومياً</p> <p>1 أقل من كل 3 أيام</p> <p>2 أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>0 أكثر من مرة في اليوم</p>
<p>21. عندما تصاب بالرياح أو ريح البطن ، هل يمكنك السيطرة عليه أم تتسرب الرياح؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 من حين لآخر – أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر – مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>	<p>20. هل تشعر بالإمساك ؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 من حين لآخر – أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر – مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>	<p>19. هل تحتاج إلى أدوية مسهلة لتفريغ الأمعاء؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 من حين لآخر – أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر – مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>

<p>24. هل يتسرب البراز العادي عندك بدون أن تشعر أو تقصد؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 من حين لآخر – أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر – مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>	<p>23. هل يتسرب البراز المائي عندك بدون أن تشعر أو تقصد ؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 من حين لآخر – أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر – مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>	<p>22. هل لديك شعور غامر ب الاستعجال لتفريغ الأمعاء؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 من حين لآخر – أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر – مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>
<p>27. إلى أي مدى تزعجك مشكلة أمعائك والإخراج ؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 قليلاً</p> <p>2 باعتدال</p> <p>3 إلى حد كبير</p>	<p>26. هل تستخدم ضغط الإصبع للمساعدة على إفراغ أمعائك ؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 من حين لآخر – أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر – مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>	<p>25. هل لديك شعور بعدم اكتمال إفراغ الأمعاء ؟</p> <p>0 أبداً</p> <p>1 من حين لآخر – أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>2 بشكل متكرر – مرة أو أكثر في الأسبوع</p> <p>3 يومياً</p>

<p>30. هل عليك دفع التدلي للخلف لضرورة الإفراغ (التبول) ؟</p> <p>0 أبداً 1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع 2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع 3 يومياً</p>	<p>29. هل تشعرين بضغط على المهبل أو ثقل أو إحساس بالجر ؟</p> <p>0 أبداً 1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع 2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع 3 يومياً</p>	<p>28. هل لديك إحساس بالأنسجة نتوء / نتوء / انتفاخ في المهبل؟</p> <p>0 أبداً 1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع 2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع 3 يومياً</p>
<p>أعراض أخرى: (مشاكل: المشي / الجلوس ، ألم ، نزيف مهبلي)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>32. إلى أي مدى تزجك مشكلة تدلي أعضاء الحوض ؟</p> <p>0 أبداً 1 قليلاً 2 باعتدال 3 إلى حد كبير</p>	<p>31. هل عليك دفع التدلي للخلف لضرورة إفراغ الأمعاء ( التبرز ) ؟</p> <p>0 أبداً 1 من حين لآخر - أقل من مرة في الأسبوع 2 بشكل متكرر - مرة أو أكثر في الأسبوع 3 يومياً</p>
<p>الوظائف الجنسية</p> <p>(21/___)</p>		

<p>35. هل لديك ما يكفي من التزليق المهبلي أثناء الجماع؟</p> <p>0 نعم 1 لا</p>	<p>34. إذا لم تكن ناشطاً جنسياً ، من فضلك قل لنا لماذا؟</p> <p><input type="checkbox"/> غير متزوجة <input type="checkbox"/> ليس لدي اهتمام بذلك <input type="checkbox"/> لعدم قدرة زوجي <input type="checkbox"/> جفاف المهبل <input type="checkbox"/> مؤلم جداً <input type="checkbox"/> الإحراج بسبب تدلي أعضاء الحوض / سلس البول <input type="checkbox"/> أسباب أخرى : _____</p>	<p>33. هل أنت ناشط جنسياً؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أقل من مرة في الأسبوع <input type="checkbox"/> مرة أو أكثر في الأسبوع <input type="checkbox"/> يومياً أو في معظم الأيام</p> <p>إذا لم تكن ناشطاً جنسياً ، فيرجى الاستمرار في الإجابة على السؤالين 34 و 42.</p>
<p>38. هل تشعرين أن مهبلك ضيق للغاية ؟</p> <p>0 أبداً 1 من حين لآخر 2 بشكل متكرر 3 دائماً</p>	<p>37. هل تشعرين أن المهبل رخو أو رخو للغاية؟</p> <p>0 أبداً 1 من حين لآخر 2 بشكل متكرر 3 دائماً</p>	<p>36. أثناء الجماع يكون الإحساس المهبلية :</p> <p>0 عادي / لطيف 1 الحد الأدنى 2 مؤلم 3 لا شيء</p>

<p>41. هل يتسرب البول أثناء الجماع؟</p> <p>أبدأ 0</p> <p>من حين لآخر 1</p> <p>بشكل متكرر 2</p> <p>دائماً 3</p>	<p>40. أين يحدث الألم أثناء الجماع؟</p> <p>لا ينطبق، ليس لدي ألم 0</p> <p>عند مدخل المهبل 1</p> <p>عميق من الداخل ، في الحوض 1</p> <p>عند المدخل وعميق في الداخل 2</p>	<p>39. هل تعاني من ألم أثناء الجماع؟</p> <p>أبدأ 0</p> <p>من حين لآخر 1</p> <p>بشكل متكرر 2</p> <p>دائماً 3</p>
<p>43. أعراض أخرى؟</p> <p>( سلس البراز ، تشنج مهبلي ، أخرى .. )</p>		<p>42. إلى أي مدى تزعجك هذه المشاكل الجنسية؟</p> <p>لا ينطبق 0</p> <p>لا على الإطلاق 0</p> <p>قليلاً 1</p> <p>باعتدال 2</p> <p>إلى حد كبير 3</p>

2.4 SF-12 (Arabic ver.)

SF-12 Health Survey

يسأل هذا الاستطلاع عن آرائك بشأن صحتك. هذه المعلومات سوف تساعدك على تتبع كيف تشعر ومدى قدرتك على القيام بأنشطتك المعتادة.

من فضلك، أجب على كل الأسئلة الموجودة في هذا الاستبيان. في حالة عدم وضوح أي سؤال، أرجو إختيار أقرب إجابة لمفهومك للسؤال.

1- بصورة عامة، كيف ترى حالتك الصحية؟

ممتازة ١  جيدة جداً ٢  جيدة ٣  لا بأس بها ٤  سيئة ٥

تتعلق البنود التالية بأنشطة يمكن أن تقوم بها خلال يومك العادي:

في الوقت الحالي، إلى أي مدى تقيدك حالتك الصحية: (إختر إجابة واحدة وضع علامة × تحت الخيار المناسب)

لا تقيدني إطلاقاً	نعم تقيدني قليلاً	نعم تقيدني كثيراً	
<input type="checkbox"/> ٣	<input type="checkbox"/> ٢	<input type="checkbox"/> ١	2- من ممارسة الأنشطة متوسطة الجهد، كتحريك الطاولة أو التنظيف باستخدام المكنسة الكهربائية أو تنظيف المنزل والعناية به؟
<input type="checkbox"/> ٣	<input type="checkbox"/> ٢	<input type="checkbox"/> ١	3- من صعود الدرج لعدة أدوار

تتعلق البنود التالية بالمشاكل التي يمكن أن تواجهك خلال تأديتك لعملك أو للأنشطة اليومية المعتادة نتيجة لحالتك الصحية الجسمية. خلال الاسبوع الأربعة الماضية، هل تسببت حالتك الصحية الجسمية في:

نعم	كلا	
<input type="checkbox"/> ١	<input type="checkbox"/> ٢	4- التقليل مما تود إنجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى
<input type="checkbox"/> ١	<input type="checkbox"/> ٢	5- تقيدك في أداء نوع معين من الأعمال أو أي أنشطة أخرى

تتعلق البنود التالية بالمشاكل التي يمكن أن تواجهك خلال تأديتك لعملك أو للأنشطة اليومية المعتادة نتيجة لحالتك الصحية النفسية. (مثلاً الشعور بالإكتئاب أو القلق)

خلال الاسبوع الأربعة الماضية، هل تسببت حالتك الصحية النفسية في:

نعم	كلا	
<input type="checkbox"/> ١	<input type="checkbox"/> ٢	6- التقليل مما تود إنجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى
<input type="checkbox"/> ١	<input type="checkbox"/> ٢	7- عدم إنجاز العمل أو أي أنشطة أخرى بالحرص المعتاد

8- خلال الأسابيع الأربعة الماضية، إلى أي مدى أدى الألم الجسمي إلى التعارض مع تأديتك لأعمالك المعتادة (سواء خارج المنزل أم داخل المنزل)؟

- ١ لم يكن هناك أي تعارض
- ٢ كان هناك تعارض قليل جداً
- ٣ كان هناك تعارض متوسط
- ٤ كان هناك تعارض كبير
- ٥ كان هناك تعارض كبير جداً

الاسئلة التالية تعلق بكيفية شعورك وطبيعة سير الأمور معك خلال الأسابيع الأربعة الماضية، الرجاء إعطاء إجابة واحدة لكل سؤال بحيث تكون هذه الإجابة هي الأقرب إلى الحالة التي كنت تشعر بها.  
خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم من الوقت:

في كل الأوقات	في معظم الأوقات	في بعض الأوقات	في قليل من الأوقات	لم أشعر في أي وقت من الأوقات
<input type="checkbox"/> ١	<input type="checkbox"/> ٢	<input type="checkbox"/> ٣	<input type="checkbox"/> ٤	<input type="checkbox"/> ٥
9- شعرت بالهدوء والطمأنينة؟				
<input type="checkbox"/> ١	<input type="checkbox"/> ٢	<input type="checkbox"/> ٣	<input type="checkbox"/> ٤	<input type="checkbox"/> ٥
10- كانت لديك طاقة كبيرة؟				
<input type="checkbox"/> ١	<input type="checkbox"/> ٢	<input type="checkbox"/> ٣	<input type="checkbox"/> ٤	<input type="checkbox"/> ٥
11- شعرت بالإحباط واليأس				

12- خلال الأسابيع الأربعة الماضية، ما مقدار الوقت الذي تعارضت فيه صحتك الجسمية أو مشاكلك النفسية مع نشاطاتك الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء أو الأقارب وغير ذلك)؟ (اختر إجابة واحدة)

- ١ كان التعارض في كل الأوقات
- ٢ كان التعارض في معظم الأوقات
- ٣ كان التعارض في بعض الأوقات
- ٤ كان التعارض في القليل من الأوقات

## 2.5 Visual Analog Scale (with Arabic explanation)

MODERATE

# UNIVERSAL PAIN ASSESSMENT TOOL

This pain assessment tool is intended to help patient care providers assess pain according to individual patient needs. Explain and use 0-10 Scale for patient self-assessment. Use the faces or behavioral observations to interpret expressed pain when patient cannot communicate his/her pain intensity.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verbal Descriptor Scale	NO PAIN	MILD PAIN	MILD PAIN	MILD PAIN	MODERATE PAIN	MODERATE PAIN	MODERATE PAIN	MODERATE PAIN	SEVERE PAIN	SEVERE PAIN	WORST PAIN POSSIBLE
WONG-BAKER FACIAL GRIMACE SCALE											
	Alert Smiling	No humor serious flat	Furrowed brow pursed lips breath holding	Wrinkled nose raised upper lips rapid breathing	Slow blink open mouth	Eyes closed moaning crying					
ACTIVITY TOLERANCE	NO PAIN	CAN BE IGNORED	INTERFERES WITH TASKS/SLEEP	INTERFERES WITH CONCENTRATION	INTERFERES WITH BASIC NEEDS	BEDREST REQUIRED					
SPANISH	NADA DE DOLOR	UNPOQUITO DE DOLOR	UN DOLOR LEVE	DOLOR FUERTE	DOLOR DEMASIADO FUERTE	UN DOLOR INSOPORTABLE					
VIETNAMESE	Không Đau	Đau Nhẹ	Đau Vừa Phải	Đau Nặng	Đau Thật Nặng	Đau Đớn Tận Cùng					
ARABIC		ألم بسيط	ألم متوسط		ألم شديد	ألم لا يطاق					
PORTUGUESE	sem dor	dor suave	dor moderada	muito forte	intensa	insuportável					