

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ПАЦИЕНТА О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ

Уважаемый г-н / г-жа!

Мы будем Вам очень благодарны за участие в нашем опросе касательно того, как пациенты чувствуют себя после операции. Цель опроса – улучшить устранение боли после операции в этом отделении.

Ваше участие является добровольным, а информация, которую Вы предоставите, будет анонимной, как только Вы сдадите этот опросный лист. Это означает, что Ваше имя или другая форма идентификации будут удалены в опросном листе сразу же после того, как Вы его сдадите, и не будут включены ни в одну из форм нашей документации.

Ваши ответы в опросном листе не будут передаваться врачам и другим медицинским работникам, которые Вас обслуживали.

Мы заверяем Вас, что Ваше участие или не участие в опросе ни как не отразится на Вашем лечении.

Благодарим Вас за то, что Вы рассмотрели возможность принять участие в данном опросе.

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ПАЦИЕНТА

Следующие вопросы касаются боли, которую Вы испытывали после операции.

P1. Укажите, пожалуйста, **самую сильную боль** после операции, используя данную шкалу

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

нет боли

самая сильная боль

P2. Укажите, пожалуйста, **наименьшую боль** после операции, используя данную шкалу:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

нет боли

самая сильная боль

P3. Как часто Вы испытывали **сильную боль** после операции?

Пожалуйста, оцените в процентном отношении время, в течении которого Вы испытывали **сильную боль**:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

сильной боли
не было

постоянная
сильная боль

P4. Из цифр, приведенных ниже, обведите ту, которая наилучшим образом описывает, насколько часто с момента проведения Вашей операции **боль мешала или не позволяла Вам ...**

a. совершать **такие действия в постели**, как переворачиваться на другой бок, садиться, менять положение:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

не мешала

полностью мешала

b. **глубоко дышать** или **кашлять**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

не мешала

полностью мешала

c. **спать**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

не мешала

полностью мешала

d. Вы **вставали с постели** после операции?

☐ Да ☐ Нет

Если да, то насколько **боль мешала или не позволяла Вам совершать такие действия, встав с постели**, как ходить, сидеть на стуле, стоять у раковины:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

не мешала

полностью мешала

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ПАЦИЕНТА

P5. Боль может влиять на наше настроение и эмоции.

Отметьте цифру, которая бы лучше всего отражала, насколько остро **в связи с болью Вы чувствовали** после операции

a. тревогу

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

совсем не чувствовал(-а)

Очень остро чувствовал(-а)

b. беспомощность

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

совсем не чувствовал(-а)

Очень остро чувствовал(-а)

P6. После операции у Вас были какие-либо из перечисленных ниже **побочных эффектов**?

Если побочных эффектов не было, обведите, пожалуйста, «0»; если были, обведите одну цифру, которая наилучшим образом показывает степень тяжести каждого побочного эффекта:

a. Тошнота

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

нет

Сильная

b. Сонливость

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

нет

Глубокая

c. Зуд

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

нет

Сильный

d. Головокружение

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

нет

Сильное

P7. Сколько **обезболивания** Вы получали после операции?

Укажите, пожалуйста, цифру, которая лучше всего отражает, насколько значительно уменьшились послеоперационные боли при комбинированном обезболивании (медикаментозное и немедикаментозное лечение):

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

не было обезболивания

полное обезболивание

P8. Вы бы хотели получать **БОЛЬШЕ обезболивающих средств**, чем Вы получали?

☐ Да ☐ Нет

P9. Вы получали какую-либо **информацию** о том, какие варианты **обезболивания** существуют в Вашем случае?

☐ Да ☐ Нет

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ПАЦИЕНТА

P10. Вам **позволяли участвовать в принятии решения относительно обезболивания** в той мере, в какой Вы хотели?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

нет

да, в полной мере

P11. Обведите одну цифру, которая наилучшим образом показывает, насколько Вы **удовлетворены** результатами **обезболивания** после операции:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

крайне не доволен(-льна)

очень доволен (-льна)

P12. Использовали или получали Вы **немедикаментозные методы обезболивания**?

☐ Да ☐ Нет

Если да, **отметьте все**, что Вы применяли:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> холодный компресс | <input type="checkbox"/> медитация | <input type="checkbox"/> глубокое дыхание |
| <input type="checkbox"/> зрительные образы или визуализация | <input type="checkbox"/> иглоукалывание | <input type="checkbox"/> молитва |
| <input type="checkbox"/> беседы с медицинским персоналом | <input type="checkbox"/> прогулка пешком | <input type="checkbox"/> массаж |
| <input type="checkbox"/> беседы с друзьями или родственниками | <input type="checkbox"/> релаксация | <input type="checkbox"/> тепло |
| <input type="checkbox"/> ЧЭСН (Чрескожная электрическая стимуляция нервов) | | |
| <input type="checkbox"/> развлечения (просмотр телевизионных передач, прослушивание музыки, чтение) | | |
| <input type="checkbox"/> другое (опишите, пожалуйста): <input type="text"/> | | |

P13. Вы испытывали **постоянную боль в течение 3 месяцев** или более до того, как обратились в больницу по поводу этой операции?

☐ Да ☐ Нет

a. Если да, **то насколько** сильной **была** боль большую часть времени?

Обведите, пожалуйста, цифру, которая показывает степень Ваших болевых ощущений.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

нет боли

самая сильная боль

b. Если да, то **в какой области тела** вы испытывали **постоянную боль**?

- ☐ в области хирургического вмешательства ☐ в другой части тела
☐ в обеих областях (в области хирургического вмешательства и в другом месте)

Спасибо за то, что уделили нам время, и за Ваши ответы

Заполняется исследователем t

Research assistant code: Patient was interviewed: ☐ No ☐ Yes

If yes, please mark the reason(s):

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Too ill / weak | <input type="checkbox"/> Too much pain | <input type="checkbox"/> Requested assistance | <input type="checkbox"/> Did not understand scales |
| <input type="checkbox"/> Technical reasons (patient has no eyeglasses / is blind; can not sit up; is illiterate; arm is in cast; etc) | | | |