

שאלון תוצאת טיפול למטופל

אדון/גברת נכבד/ה,

נעריך מאד אם תסכים/י להשתתף בסקר שלנו, הבודק כיצד חולים מרגישים לאחר ניתוח. מטרת הסקר לשפר את הטיפול בכאב לאחר ניתוח במחלקה זו.

השתתפותך בסקר הינה התנדבותית. המידע שתמסור/י יישאר בעילום שם. זאת אומרת, ששמך או פרטי זיהוי אחרים יימחקו לאחר שתמסור/י את השאלון, ולא ייכללו במסד הנתונים.

תשובותיך לשאלון לא יימסרו לצוות הרפואי או הסיעודי המטפל בך.

תקבל/י טיפול זהה מהצוות המטפל בך, בין אם תבחר/י להשתתף בסקר הזה או שלא.

רב תודות על ששקלת לקחת חלק בסקר.

השאלון מיועד לגברים ונשים כאחד, הוא נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות ובשביל רצף הכתיבה בלבד.

שאלון למטופל

השאלות הבאות מתייחסות לכאב שחשת מאז הניתוח שעברת.

P1. על גבי הסולם הבא, אנא סמן את עוצמת הכאב **החזקה** ביותר שחשת מאז הניתוח שעברת:

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

ללא כאב

הכאב החזק ביותר
שיכול להיות

P2. על גבי הסולם הבא, אנא סמן את עוצמת הכאב **החלשה** ביותר שחשת מאז הניתוח שעברת:

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

ללא כאב

הכאב החזק ביותר
שיכול להיות

P3. כמה זמן סבלת **מכאב חמור** מאז הניתוח שעברת?
הקף את המספר המתאר באופן הטוב ביותר, להערכתך, את אחוז הזמן שבו סבלת **מכאב חמור**:

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

ללא כאב חמור בכלל

כאב חמור כל הזמן

P4. הקף בעיגול את המספר המתאר באופן הטוב ביותר באיזו מידה הכאב **הפריע או מנע ממך**, מאז הניתוח שעברת:

א. לבצע פעולות **במיטה**, כגון להתהפך, להתיישב, לשנות תנוחה:

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

לא הפריע

הפריע לחלוטין

ב. לנשום עמוק או להשתעל:

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

לא הפריע

הפריע לחלוטין

ג. לישון:

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

לא הפריע

הפריע לחלוטין

ד. האם יצאת **מהמיטה** מאז הניתוח שעברת?

☐ כן ☐ לא

במידה וענית כן, באיזו מידה הכאב **הפריע או מנע ממך לבצע פעולות מחוץ למיטה**, כגון ללכת, לשבת בכיסא, לעמוד מול כיור:

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

לא הפריע

הפריע לחלוטין

שאלון למטופל

P5. כאב עשוי להשפיע על מצב הרוח והרגשות שלנו.
על גבי הסולם הבא, אנא הקף בעיגול מספר אחד, המתאר באופן הטוב ביותר כמה, מאז הניתוח שעברת, **הכאב גרם לך להרגיש:**

א. חרד

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

כלל לא

ביותר

ב. חסר אונים

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

כלל לא

ביותר

P6. האם, מאז הניתוח שעברת, חווית **תופעת לוואי** כלשהי מהמפורטות למטה?
הקף "0" אם לא; במידה וכן, הקף מספר אחד המתאר באופן הטוב ביותר את מידת החומרה של כל אחת מתופעות הלוואי:

א. בחילה

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

כלל לא

קשה

ב. ישנוניות

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

כלל לא

קשה

ג. גרד

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

כלל לא

קשה

ד. סחרחורת

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

כלל לא

קשה

P7. מאז הניתוח שעברת, באיזו מידה **חשת הקלה בכאב**?
הקף בעיגול את האחוז המתאר באופן הטוב ביותר את מידת ההקלה בכאב שחשת משילוב כל הטיפולים **בכאב** שניתנו לך (טיפולים תרופתיים ולא תרופתיים):

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

ללא הקלה

הקלה מלאה

P8. האם היית מעוניין לקבל יותר טיפול לכאב ממה שקיבלת?

כן ☐ לא ☐

P9. האם קיבלת מידע כלשהו על אפשרויות לטיפול בכאב שלך?

כן ☐ לא ☐

שאלון למטופל

P10. האם ניתנה לך אפשרות להשתתף בהחלטות לגבי הטיפול בכאב שלך במידה שרצית?

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

בהחלט שכן כלל לא

P11. הקף את המספר המתאר בצורה הטובה ביותר את מידת שביעות רצונך מתוצאות הטיפול בכאב שקיבלת מאז הניתוח שעברת:

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

מרוצה ביותר כלל לא מרוצה

P12. האם השתמשת או טופלת בשיטות לא תרופתיות כלשהן להקלת הכאב שלך ?

☐ כן ☐ לא

במידה וענית כן, סמן את כל האפשרויות המתאימות:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> נשימות עמוקות | <input type="checkbox"/> מדיטציה | <input type="checkbox"/> שקית קירור |
| <input type="checkbox"/> תפילה | <input type="checkbox"/> אקופונקטורה (דיקור) | <input type="checkbox"/> חימום |
| <input type="checkbox"/> עיסוי | <input type="checkbox"/> הליכה | <input type="checkbox"/> שיחה עם הצוות הרפואי |
| <input type="checkbox"/> דימוי או העלאה בדמיון | <input type="checkbox"/> הרפיה | <input type="checkbox"/> שיחה עם חברים או קרובי משפחה |
| | | <input type="checkbox"/> TENS (גירוי חשמלי עצבי דרך העור) |
| | | <input type="checkbox"/> הסחת דעת (כגון צפייה בטלוויזיה, האזנה למוזיקה, קריאה) |
| | | <input type="checkbox"/> אחר (תאר): <input type="text"/> |

P13. האם סבלת מכאב מתמשך במשך שלושה חודשים או יותר לפני שהתאשפזת לצורך הניתוח הנוכחי?

☐ כן ☐ לא

א. במידה וענית כן, מה הייתה עוצמת הכאב שהרגשת רוב הזמן? אנה הקף בעיגול את המספר המתאר את העוצמה.

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

ללא כאב הכאב החזק ביותר שיכול להיות

ב. במידה וענית כן, היכן היה ממוקם הכאב המתמשך?

☐ באיזור הניתוח ☐ במקום אחר ☐ שניהם (באיזור הניתוח ובמקום אחר)

תודה על זמנך ועל מתן המשוב

To be filled in by the research assistant

Research assistant code:

Patient was interviewed: ☐ Yes ☐ No

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) | | | |