

## ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

### **Шановний(а) пане \ пані!**

Ми будемо вдячні, якщо Ви приймете участь у нашому дослідженні про самопочуття пацієнтів після операції. Мета дослідження - удосконалити лікування післяопераційного болю у даному відділенні.

Ваша участь в опитуванні є добровільною, а всі анкетні дані залишаться анонімними. Це означає, що Ваше ім'я та інші персональні дані будуть видалені з анкети одразу після її заповнення і не будуть використовуватись у подальшому аналізі отриманої інформації.

Ваші відповіді на запитання з цієї анкети не будуть розголошуватись медичному персоналу.

Ваша команда буде лікувати таким же чином і незалежно від того, чи будете Ви брати участь у анкетуванні чи ні.

Щиро вдячні за Ваше рішення взяти участь у даному опитуванні.

## ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

Наступні запитання стосуються болю, який Ви відчували після операції.

**P1.** На цій шкалі визначте будь-ласка **найсильніший біль**, який Ви відчували після операції за даною шкалою:

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

без болю

найсильніший біль,  
який можна собі уявити

**P2.** На цій шкалі визначте будь-ласка **найменший біль**, який Ви відчували після операції за даною шкалою:

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

без болю

найсильніший біль,  
який можна собі уявити

**P3.** Як часто Ви відчували **сильний біль** після операції?

Будь-ласка, визначте відсоток часу, протягом якого Ви відчували **сильний біль**:

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

сильного болю не було

сильний біль постійно

**P4.** Обведіть одне з чисел, яке найбільш точно описує, як біль з часу операції **заважав чи перешкоджав ...**

а. повертатись, підніматись або змінювати положення у ліжку:

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

не впливав

повністю перешкоджав

б. глибоко дихати або кашляти:

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

не впливав

повністю перешкоджав

в. спати:

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

не впливав

повністю перешкоджав

г. Чи **вставляли Ви з ліжка** після операції?

☐ Так ☐ Ні

Якщо так, то настільки біль після операції **перешкоджав чи не дозволяв Вам ходити, сидіти у кріслі чи стояти біля раковини**:

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

не перешкоджав

повністю перешкоджав

## ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

**P5.** Біль може також вплинути на настрій та емоції.

На цій шкалі обведіть одне число, що показує, як сильно, з часу операції, Ви відчували ...

**а. занепокоєння**

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

ніколи

дуже сильно

**б. безпорадність**

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

ніколи

дуже сильно

**P6.** Чи виникали у Вас **побічні ефекти** після операції?

Якщо ні, позначте „0”; якщо так, позначте одну цифру, яка найкраще відобразить ступінь важкості кожного з них:

**а. Нудота**

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

не виникала

нестерпна

**б. Сонливість**

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

не виникала

нестерпна

**в. Сверблячка**

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

не виникала

нестерпна

**г. Запаморочення**

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

не виникало

нестерпне

**P7.** Яка ефективність застосовуваних медикаментів або інших методів **лікування болю** з часу операції?

Будь ласка, обведіть одну з цифр, що відображає **ефективність проведеного** лікування болю (медикаментозні і не медикаментозні методи лікування):

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

ніякого полегшення

цілковите полегшення

**P8.** Чи хотіли б Ви отримати **БІЛЬШЕ знеболення** ніж отримали?

☐ Так ☐ Ні

**P9.** Чи отримували Ви **інформацію** про різні можливості **знеболення** у Вашому випадку?

☐ Так ☐ Ні

## ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

**P10.** Чи було Вам **дозволено брати участь у прийнятті рішень** стосовно Вашого **знеболення** повною мірою?

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

ні

так, цілком

**P11.** Оберіть цифру за даною шкалою, яка найбільше відповідає тому, настільки Ви **задоволені** результатами **знеболення** після операції:

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

цілком розчарований(а)

цілком задоволений(а)

**P12.** Чи використовували ви будь-які **немедичні методи** для зменшення **болю**?

☐ Так ☐ Ні

Якщо так, **позначте** які саме:

☐ холодний компрес☐ медитація☐ глибоке дихання☐ тепловий компрес☐ голкотерапія☐ молитва☐ розмови з мед. персоналом☐ ходьба☐ масаж☐ розмови з друзями та родичами☐ розслаблення☐ мислене уявлення☐ метод TENS (електрична стимуляція нервів)☐ відволікання(наприклад телевізор, музика або читання)☐ інше (будь-ласка, вкажіть):

**P13.** Чи був у Вас **постійний біль** протягом **трьох чи більше місяців** перед операцією?

☐ Так ☐ Ні

а. Якщо так, **настільки сильним** був **біль** більшість часу?

Будь ласка, обведіть цифру, відповідну інтенсивності болю:

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

без болю

найсильніший біль,  
який можна собі уявити

б. Якщо так, **в якому місці** був цей **постійний біль**?

☐ в місці операції☐ в іншому місці☐ в місці операції та в іншому місці

**Дякуємо за Ваш витрачений час.**

Повинна бути заповнена асистентом дослідження

Research assistant code:

Patient was interviewed:

☐ Yes ☐ No

If yes, please mark the reason(s):

☐ Too ill / weak☐ Too much pain☐ Requested assistance☐ Did not understand scales☐ Technical reasons (patient has no eyeglasses / is blind; can not sit up; is illiterate; arm is in cast; etc)