

## 病人信息与同意书

尊敬的先生/女士：

如果您同意参与这项有关病人手术后疼痛状况的调查，我们将无比感激。这项调查的目的是为了改善本科室对病人术后疼痛状况的治疗。

您的参与是自愿的，而您提供的所有资料将以匿名方式呈现。这表示在提交后我们将除去问卷内您的姓名或其它代表您身份的内容，而且这些都不会出现在我们的档案里。

您为本问卷提供的答案将不会与您的医护团队共享。

我们保证，无论您是否选择参与本项问卷调查，您的医护团队对您的医护都将和以往一样。

感谢您考虑参与本调查。

## 病人疗效问卷

以下问题是关于自手术后您所承受的疼痛经历。

P1. 请在标尺中标出您自手术后经历的最严重疼痛程度：

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不痛										
剧痛										

P2. 请在标尺中标出您自手术后经历的最轻疼痛程度：

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不痛										
剧痛										

P3. 手术后您剧痛的频繁程度？

请圈出您感觉剧痛的估算时间百分比：

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
从不感觉剧痛										
总是感觉剧痛										

P4. 请圈出最能表示自手术后疼痛干扰或阻止您进行以下活动程度的数字：

a. 进行床上活动时，例如翻身、坐起、改变体位：

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
无干扰										
完全干扰										

b. 深呼吸或咳嗽时：

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
无干扰										
完全干扰										

c. 睡眠时：

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
无干扰										
完全干扰										

d. 您自手术后是否曾下床？

☐ 是

☐ 否

+如果是，请圈出疼痛干扰或阻止您进行床外活动例如走动、坐在椅子上、站在洗手盆前的程度：

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
无干扰										
完全干扰										

## 病人疗效问卷

P5. 疼痛会影响我们的心情和情绪。

请在以下标尺中圈出最能表示自手术后疼痛让您产生以下感觉程度的数字：

a. 焦虑

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

完全没有极度

b. 无助

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

完全没有极度

P6. 您是否自手术后有以下副作用？

如果没有请圈“0”；如果有，请圈出一个最能表示每个副作用严重程度的数字：

a. 恶心

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

无严重

b. 嗜睡

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

无严重

c. 瘙痒

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

无严重

d. 头晕

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

无严重

P7. 自手术后，您的疼痛被缓解了多少？

请结合您所有的疼痛疗法（药物和非药物治疗），圈出一个最能代表您疼痛缓解程度的百分比：

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

无缓解完全缓解

P8. 您希望得到比现在更多的疼痛治疗吗？

☐ 是                      ☐ 否

P9. 您是否获得了任何有关您疼痛治疗方法选项的信息？

☐ 是                      ☐ 否

## 病人疗效问卷

P10. 您是否被允许尽量按自己意愿对您的疼痛治疗决定给予意见？

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

没有完全如此

P11. 请圈出最能描述您对手术后疼痛治疗效果满意程度的数字：

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

极为不满极为满意

P12. 您是否使用或接受过任何非药物方法来减轻疼痛？

☐ 是 ☐ 否

如果是，请在所有曾使用的方法前打勾：

- |  |                               |                                 |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 冷敷                            | <input type="checkbox"/> 静坐冥想 | <input type="checkbox"/> 深呼吸    |
| <input type="checkbox"/> 热敷                            | <input type="checkbox"/> 针灸   | <input type="checkbox"/> 祈祷     |
| <input type="checkbox"/> 与医务人员交谈                       | <input type="checkbox"/> 散步   | <input type="checkbox"/> 按摩     |
| <input type="checkbox"/> 与亲友交谈                         | <input type="checkbox"/> 放松   | <input type="checkbox"/> 意象或视觉化 |
| <input type="checkbox"/> TENS（经皮神经电刺激疗法）               |                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> 转移注意力（例如看电视、听音乐、阅读）           |                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> 其它（请描述）： <input type="text"/> |                               |                                 |

P13. 在入院手术前，您是否曾有过长达三个月或更长时间的持续疼痛？

☐ 是 ☐ 否a. 如果是，大部分时候您有多疼痛？  
请圈出最能代表您疼痛程度的数字。

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

不痛剧痛

b. 如果是，这个持续剧痛的部位在哪里？

☐ 手术部位 ☐ 其它部位 ☐ 以上两项都有

感谢您所付出的时间和反馈

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) |  |   |  |