

PACIENTSKÝ DOTAZNÍK

Vážený pane \ paní,

byli bychom Vám zavázáni, kdybyste se zúčastnil/a našeho průzkumu, který se týká pocitů pacientů po operaci. Cílem naší studie je zlepšit léčbu pooperační bolesti na našem oddělení.

Vaše účast v tomto průzkumu je dobrovolná, s veškerými informacemi, které poskytnete, budeme nakládat striktně anonymně od chvíle, kdy dotazník odevzdáte. To znamená, že Vaše jméno či jiné druhy identifikace budou po odevzdání vymazány a neobjeví se v žádných záznamech, které uchováváme.

Vaše odpovědi v tomto dotazníku se nedozví nikdo z týmu sester nebo lékařů, kteří se o Vás během hospitalizace starají.

Péče o Vás se ze strany ošetřujícího personálu nijak nezmění, bez ohledu na to, zda se zúčastníte tohoto průzkumu či nikoli.

Děkujeme Vám za zvážení Vaši eventuální účasti v tomto průzkumu.

PACIENTSKÝ DOTAZNÍK

Následující otázky se týkají bolesti, kterou jste pociťoval/a po Vaší operaci.

P1. Na této stupnici prosím označte **nejhorší bolest**, jakou jste cítil/a po Vaší operaci:

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

bez bolesti

nejhorší možná bolest

P2. Na této stupnici prosím označte **nejmírnější bolest**, jakou jste cítil/a po Vaší operaci:

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

bez bolesti

nejhorší možná bolest

P3. Jak často jste v pooperačním období trpěl/a **silnými bolestmi**?

Zakroužkujte prosím Váš co nejlepší odhad, kolik procent času jste trpěl/a **silnými bolestmi**:

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

zcela bez silné bolesti

silná bolest neustále

P4. Zakroužkujte jedno číslo, které nejlépe vystihuje, do jaké míry Vám od operace **Vaše bolest překážela, nebo zabraňovala, v/e ...**

a. **pohybu na lůžku**, například přetáčení se, sednutí si, změnění polohy:

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

nepřekážela

zcela překážela

b. **hlubokém dýchání** nebo **kašlání**

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

nepřekážela

zcela překážela

c. **spánku**

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

nepřekážela

zcela překážela

d. **Vstal/a** jste od operace z lůžka?

☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, nakolik Vám **bolest zabraňovala v aktivitách mimo lůžko**, jako je chůze, sezení na židli, stání u umyvadla:

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

nezabraňovala

zcela zabraňovala

PACIENTSKÝ DOTAZNÍK

P5. Bolest může ovlivnit naši náladu a emoce.

Zakroužkujte prosím na této stupnici číslo, které nejlépe vystihuje, nakolik ve Vás od operace **bolest zapříčinila pocity ...**

a. úzkosti

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

vůbec ne

velmi výrazně

b. bezmoci

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

vůbec ne

velmi výrazně

P6. Trpěl/a jste od operace nějakými **vedlejšími příznaky**?

Prosím zakroužkujte "0" pokud ne; pokud ano, zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá intenzitě každého z příznaků:

a. Nevolnost

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

žádná

velmi silná

b. Ospalost

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

žádná

velmi silná

c. Svědění

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

žádná

velmi silná

d. Závratě

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

žádná

velmi silná

P7. Nakolik Vám v pooperačním období pomohla **lěčba bolesti**?

Zakroužkujte prosím procento, které nejlépe vystihuje, jak velkou jste měl úlevu od bolesti při kombinaci všech způsobů léčby bolesti (lékových i nelékových):

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

bez úlevy

naprostá úleva

P8. Přál/a byste si mít k dispozici **VÍCE způsobů léčby bolesti**, než kolik Vám bylo poskytnuto?

☐ Ano ☐ Ne

P9. Obdržel/a jste **informace o možnostech léčby Vaší bolesti**?

☐ Ano ☐ Ne

PACIENTSKÝ DOTAZNÍK

P10. Bylo Vám **umožněno podílet se na rozhodování o léčbě Vaší bolesti** v takové míře, jak jste si přál/a?

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

vůbec ne

velmi

P11. Zakroužkujte číslo, které nejlépe označuje, do jaké míry jste **spokojen/a** s výsledky **léčby Vaší bolesti** v pooperačním období:

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

jsem velmi nespokojen/á

jsem velmi spokojen/á

P12. Obdržel/a jste či aplikoval/a nějaké **bezlékové metody** pro úlevu od **bolesti**?

☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, **zatrhněte všechny hodící se:**

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> studený obklad | <input type="checkbox"/> meditace | <input type="checkbox"/> hluboké dýchání |
| <input type="checkbox"/> teplo | <input type="checkbox"/> akupunktura | <input type="checkbox"/> modlitba |
| <input type="checkbox"/> rozhovor se zdrav. personálem | <input type="checkbox"/> chůze | <input type="checkbox"/> masáž |
| <input type="checkbox"/> rozhovor s rodinou či přáteli | <input type="checkbox"/> relaxace | <input type="checkbox"/> řízená představivost či vizualizace |
| <input type="checkbox"/> TENS (Transkutánní elektrická nervová stimulace) | | |
| <input type="checkbox"/> odvedení pozornosti (např. díváním se na televizi, poslechem hudby, čtením) | | |
| <input type="checkbox"/> jiné (prosím popište): <input type="text"/> | | |

P13. Trpěl/a jste **chronickými bolestivými stavy po dobu 3 nebo více měsíců** před příchodem do nemocnice na operaci?

☐ Ano ☐ Ne

a. Pokud ano, **jak silné** byly Vaše **bolesti** během tohoto období?

Zakroužkujte prosím odpovídající číslo.

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

bez bolesti

nejhorší možné bolesti

b. Pokud ano, **kde** se tyto **neustálé bolesti** vyskytovaly?

☐ v místě operace ☐ jinde ☐ obě varianty (v místě operace a jinde)

Děkujeme Vám za Váš čas a Vaše odpovědi

TK vyplnění asistentem průzkumu

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) | | | |