

PATIENTEN - INFORMATION

Sehr geehrte Damen und Herren,

in unserer Klinik wird eine Patientenbefragung zum Befinden nach operativen Eingriffen durchgeführt, und wir würden uns sehr freuen, wenn Sie an dieser Befragung teilnehmen würden. Mit Hilfe der von Ihnen ausgefüllten Fragebögen möchten wir die Schmerztherapie nach Operationen für unsere Patienten verbessern.

Ihre Teilnahme ist freiwillig, und die von Ihnen gemachten Angaben werden sofort nach der Abgabe des Fragebogens anonymisiert. Dies bedeutet, dass sowohl Ihr Name als auch jede andere identifizierende Angabe von dem Fragebogen gelöscht und nicht in unsere Dokumentation aufgenommen werden.

Ihre Angaben auf diesem Fragebogen werden Ihren behandelnden Ärzten/Ärztinnen und Ihrem Pflegepersonal nicht zugänglich gemacht.

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Teilnahme bzw. Ihre Nicht-Teilnahme an unserer Befragung keinerlei Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben wird.

Vielen Dank, dass Sie eine Teilnahme an dieser Befragung in Erwägung ziehen.

PATIENTEN - FRAGEBOGEN

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihren Schmerz seit Ihrer Operation.

P1. Bitte kreuzen Sie hier den **stärksten Schmerz** an, den Sie seit Ihrer Operation hatten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz						schlimmstmöglicher Schmerz				

P2. Bitte kreuzen Sie hier den **geringsten Schmerz** an, den Sie seit Ihrer Operation hatten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz						schlimmstmöglicher Schmerz				

P3. Wie oft hatten Sie seit Ihrer Operation **starke Schmerzen**?

Bitte schätzen Sie den Zeitanteil, in dem Sie unter **starken Schmerzen** gelitten haben, und kreisen Sie den Wert ein:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
nie starke Schmerzen						ständig starke Schmerzen				

P4. Kreisen Sie den Wert ein, der am besten beschreibt, wie sehr Schmerzen Sie seit Ihrer Operation bei den folgenden Aktivitäten **beeinträchtigt haben**, bzw. wie sehr diese Aktivitäten durch Schmerzen **verhindert wurden**:

a. **Aktivitäten im Bett** wie z. B. umdrehen, aufsetzen, Position wechseln:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung						völlige Beeinträchtigung				

b. **Tief einatmen** oder **husten**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung						völlige Beeinträchtigung				

c. **Schlafen**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung						völlige Beeinträchtigung				

d. Haben Sie seit Ihrer Operation das Bett verlassen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wie sehr haben Schmerzen Sie bei Aktivitäten **außerhalb des Bettes** wie z. B. gehen, auf einem Stuhl sitzen, am Waschbecken stehen **beeinträchtigt**, bzw. wie sehr wurden diese Aktivitäten durch Schmerzen **verhindert**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung						völlige Beeinträchtigung				

PATIENTEN - FRAGEBOGEN

P5. Schmerz kann unsere Stimmung und unsere Gefühle beeinflussen.

Bitte kreisen Sie den Wert ein, der am besten widerspiegelt, wie sehr **Schmerzen** seit Ihrer Operation die **folgenden Gefühle bewirkt** haben:

a. Verunsicherung

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

gar nicht

extrem

b. Hilflosigkeit

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

gar nicht

extrem

P6. Haben Sie eine der folgenden **Nebenwirkungen** seit Ihrer Operation beobachtet?

Bitte kreisen Sie bei Nein "0" ein; bei Ja, bitte den einen Wert, der am besten die Intensität der Nebenwirkung widerspiegelt:

a. Übelkeit

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

gar nicht

stark

b. Benommenheit

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

gar nicht

stark

c. Juckreiz

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

gar nicht

stark

d. Schwindel

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

gar nicht

stark

P7. Wie groß war seit der Operation Ihre **Schmerzlinderung**?

Bitte kreisen Sie den einen Wert ein, der am besten widerspiegelt, wie sehr Ihr Schmerz **aufgrund der kombinierten Schmerztherapie** (medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung) gelindert wurde:

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

keine Linderung

völlige Schmerzfreiheit

P8. Hätten Sie sich **MEHR Schmerztherapie** gewünscht, als Sie erhalten haben?

☐ Ja ☐ Nein

P9. Wurden Sie über die verschiedenen **Möglichkeiten Ihrer Schmerztherapie informiert**?

☐ Ja ☐ Nein

PATIENTEN - FRAGEBOGEN

P10. Wurden Sie in dem von Ihnen gewünschten Maß an **Entscheidungen** zu Ihrer **Schmerztherapie beteiligt**?

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

gar nicht **völlig ausreichend**

P11. Bitte kreisen Sie ein, wie **zufrieden** Sie mit dem Ergebnis Ihrer **Schmerztherapie** seit Ihrer Operation sind:

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

extrem unzufrieden **sehr zufrieden**

P12. Haben Sie **nicht-medikamentöse** Methoden zur **Schmerzlinderung** benutzt oder erhalten?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kühlkompressen | <input type="checkbox"/> Meditation | <input type="checkbox"/> tiefes Atmen |
| <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Beten |
| <input type="checkbox"/> Gespräche mit medizinischem Personal | <input type="checkbox"/> Umhergehen | <input type="checkbox"/> Massage |
| <input type="checkbox"/> Gespräche mit Freunden oder Verwandten | <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> Vorstellungsbilder |
| <input type="checkbox"/> TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation) | | |
| <input type="checkbox"/> Ablenkung (wie z. B. fernsehen, Musik hören, lesen) | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte beschreiben): <input type="text"/> | | |

P13. Hatten Sie **ständige Schmerzen**, die **drei Monate oder länger** andauerten, bevor Sie wegen dieser Operation ins Krankenhaus gekommen sind?

☐ Ja ☐ Nein

a. Falls ja, **wie stark** waren diese Schmerzen meistens?

Bitte kreisen Sie den Wert ein, der Ihre Schmerzintensität am besten widerspiegelt.

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

kein Schmerz **schlimmstmöglicher Schmerz**

b. Falls ja, **wo** traten diese **ständigen Schmerzen** auf?

- ☐ an der Körperstelle, die operiert wurde ☐ an einer anderen Körperstelle
☐ beides (Operationsstelle und woanders)

Vielen Dank für Ihre Teilnahme

To be filled in by the research assistant

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)