

환자용 정보 및 동의서동의서

안녕하십니까?

수술 후의 경험에 관한 설문에 참여해 주셔서 감사합니다. 이번 설문의 목적은 수술 후 통증조절 관리 방식을 개선하기 위함입니다.

설문 참여 여부는 자발적으로 결정하실 수 있으며, 제공하신 정보는 익명으로 처리됩니다. 즉 귀하께서 설문지를 제출하시면, 귀하의 성함 및 기타 개인 정보는 삭제되며 저희가 보관하는 모든 기록에도 저장되지 않음을 의미합니다.

귀하의 답변은 귀하의 담당의사나 간호사들에게 공개되지 않습니다.

귀하의 설문지 응답 여부와 상관없이 기존에 받고 계신 치료를 아무런 불이익 없이 계속 받으실 수 있다는 것을 약속 드립니다.

이번 설문에 참여해 주셔서 대단히 감사합니다.

환자 설문지

다음의 질문은 수술 후 귀하가 경험하신 통증에 관한 것입니다.

P1. 수술 후 가장 심했던 통증의 정도를 아래 숫자에 표시해 주십시오.

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

통증없음최악의 통증

P2. 수술 후 가장 약했던 통증의 정도를 아래 숫자에 표시해 주십시오.

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

통증없음최악의 통증

P3. 수술 후 얼마나 자주 극심한 통증을 경험하셨습니까?
극심한 통증을 느낀 시간의 정도에 동그라미를 해 주십시오.

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

없음늘 극심한통증

P4. 수술 후 통증으로 인해 다음의 각 활동을 하는 데 있어 지장이나 저해를 받았던 정도가 어느 정도였는지 가장 잘 나타내는 숫자에 동그라미를 해 주십시오 ...

a. 몸 뒤척이기, 일어나 앉기, 자세 바꾸기 등의 침대에서의 움직임

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

전혀 지장 없었음전혀 할 수 없었음

b. 심호흡 또는 기침

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

전혀 지장 없었음전혀 할 수 없었음

c. 수면

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

전혀 지장 없었음전혀 할 수 없었음

d. 수술 후 침대 밖으로 나온 적이 있습니까?

☐ 아니오 ☐ 예

“예”라고 대답한 경우, 걷기, 의자에 앉기, 싱크대에 기대어 서기 등 침대 밖에서의 활동을 하는 데 있어 어느 정도의 지장이나 저해를 받았습니까?

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

전혀 지장 없었음전혀 할 수 없었음

환자 설문지

P5. 통증은 기분과 감정에 영향을 줄 수 있습니다.
수술 후 통증이 당신의 감정에 얼마나 많은 영향을 주었는지 동그라미를 해 주십시오.

a. 긴장감

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

전혀 없음매우 심함

b. 무기력

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

전혀 없음매우 심함

P6. 수술 후 다음의 부작용을 경험하신 적이 있습니까?
경험하신 적이 없다면 “0”에 동그라미를 해 주십시오. 경험하신 적이 있다면 각각의 증상
의 정도를 가장 잘 나타내는 숫자에 동그라미를 해 주십시오.

a. 메스꺼움

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

전혀 없음매우 심함

b. 졸림

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

전혀 없음매우 심함

c. 가려움

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

전혀 없음매우 심함

d. 어지러움

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

전혀 없음매우 심함

P7. 수술 후 통증 치료 (의학적, 비의학적 방법 모두 포함)를 받고 통증이 얼마나 감소하였는
지 동그라미를 해 주십시오.

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

통증감소없음통증이 완전히 사라짐

P8. 통증 치료를 더 받고 싶으십니까?

☐ 아니요 ☐ 예

P9. 여러 가지 통증 치료법들에 대한 설명을 들으셨습니까?

☐ 아니요 ☐ 예

환자 설문지

P10. 통증 치료에 대한 결정에 본인이 원하는 만큼 참여하실 수 있었습니까?

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

전혀 참여 못함많이 참여 함

P11. 수술 후 받으신 통증 치료에 얼마나 만족하시는지 동그라미를 해 주십시오.

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

매우 불만족함매우 만족함

P12. 통증 완화를 위해 비의학적 방법을 이용하셨습니까?

☐ 아니오 ☐ 예

“예”라고 대답한 경우, 해당하는 것을 모두 선택하여 주십시오.

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 냉찜질 | <input type="checkbox"/> 명상 | <input type="checkbox"/> 심호흡 |
| <input type="checkbox"/> 온찜질 | <input type="checkbox"/> 침 | <input type="checkbox"/> 기도 |
| <input type="checkbox"/> 의료진과 대화 | <input type="checkbox"/> 걷기 | <input type="checkbox"/> 마사지 |
| <input type="checkbox"/> 친구나 가족과 대화 | <input type="checkbox"/> 긴장완화 | <input type="checkbox"/> 상상 또는 시각화 |
| <input type="checkbox"/> TENS (경피 신경 자극 치료) | | |
| <input type="checkbox"/> 주의 분산 (TV 시청, 음악 감상, 독서 등) | | |
| <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로): | | |

P13. 병원에 수술 받으러 오기 전에 통증이 3개월 이상 지속되었나요?

☐ 아니오 ☐ 예

a. “예”라고 대답한 경우, 당시의 통증이 대체로 얼마나 심했습니까?
해당되는 숫자에 동그라미를 해 주십시오.

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

통증없음최악의 통증

b. “예”라고 대답한 경우, 통증 부위는 어디였습니까?

☐ 수술 부위 ☐ 다른 부위 ☐ 수술 부위 및 기타 다른 부위

시간을 내어 답변해 주셔서 감사합니다

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) | | | |