

QUIPS Ergebnis-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nachdem Sie sich zur Teilnahme entschlossen haben, bitten wir Sie nun den Fragebogen auszufüllen. Vielen Dank.

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre **Schmerzen seit Ihrer Operation**.

1. Wie stark waren Ihre Schmerzen seit der Operation, wenn Sie sich belastet haben, zum Beispiel bei **Mobilisierung, Bewegen, Waschen, Husten, Durchatmen**? Kreuzen Sie bitte die Zahl auf der Skala an, die für Ihren Belastungsschmerz zutrifft („0“ bedeutet Schmerzfreiheit und „10“ stärkster vorstellbarer Schmerz).

| | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Kein Schmerz | | | | | Stärkster vorstellbarer Schmerz | | | | | |

2. 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 | | | | | Stärkster vorstellbarer Schmerz | | | | | |

3. 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 | | | | | Stärkster vorstellbarer Schmerz | | | | | |

Die nächsten vier Fragen beziehen sich darauf, ob bestimmte Tätigkeiten oder Ihre Stimmung seit der Operation **durch den Schmerz beeinträchtigt** sind.

Mit „beeinträchtigt“ ist gemeint: die Tätigkeit ist **unmöglich** oder **nur unter großer Mühe möglich**.

Sind Sie durch die Schmerzen beeinträchtigt:

4. bei **Bewegung**?

Ja Nein

5. beim **Husten oder tiefen Luftholen**?

Ja Nein

6. beim **Schlafen**?

Ja Nein

7. in Ihrer **Stimmung**?

Ja Nein

8. Haben Sie sich seit der Operation sehr **müde** gefühlt?

Ja Nein

9. Haben Sie seit der Operation unter **Übelkeit** gelitten?

Ja Nein

10. Haben Sie seit der Operation unter **Schwindel** gelitten?

Ja Nein

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

- Ja Nein

12. 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 | | | | | |

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

- Ja Nein

14. Bitte kreuzen Sie an, wie **zufrieden** Sie mit dem Ergebnis Ihrer **Schmerztherapie** seit Ihrer Operation sind:

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|----------------|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Völlig unzufrieden | | | | | Sehr zufrieden | | | | | |

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

- Ja Nein

Falls ja, welche?

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kühlkompressen | <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Meditation | <input type="checkbox"/> Tiefes Atmen |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Beten | <input type="checkbox"/> Umhergehen | <input type="checkbox"/> Massage |
| <input type="checkbox"/> Ablenkung (z. B. fernsehen, lesen) | <input type="checkbox"/> Vorstellungsbilder | <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation) |
| <input type="checkbox"/> Gespräche mit medizinischem Personal | <input type="checkbox"/> Gespräche mit Freunden/Verwandten | | |

16. 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 kreuzen Sie den Wert an, der Ihre Schmerzintensität am besten widerspiegelt.

| | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Kein Schmerz | | | | | Stärkster vorstellbarer Schmerz | | | | | |

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

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

Vom Befragenden auszufüllen:

Patient wurde interviewt:

- Ja Nein