

QUIPS-Geburt Ergebnis-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin,

im Folgenden bitten wir Sie um einige Angaben bezüglich Ihrer Schmerzen und Ihrer Zufriedenheit mit der Schmerztherapie während und nach Ihrer Geburt.

I Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen WÄHREND der Geburt Ihres Kindes/Ihrer Kinder:

1. Wie stark waren Ihre Schmerzen WÄHREND der Geburt?

Kreuzen Sie bitte die Zahl auf der Skala an, die für Ihren Maximalschmerz während der Geburt 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. Haben Sie WÄHREND der Geburt Schmerzmittel bekommen?

Nein (bitte weiter mit **Frage 3**)

Ja

Wenn Sie **Frage 2** mit „Ja“ beantwortet haben:

a) Haben Sie nach der Gabe des Schmerzmittels eine Linderung der Schmerzen empfunden?

Ja

Nein

b) Kreuzen Sie bitte die Zahl auf der Skala an, die für Ihren Maximalschmerz WÄHREND der Geburt zutrifft, **NACHDEM** Sie das Schmerzmittel bekommen haben („0“ bedeutet Schmerzfreiheit und „10“ stärkster vorstellbarer Schmerz).

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

3. Wie oft hatten Sie WÄHREND der Geburt starke Schmerzen?

Mit starken Schmerzen sind Schmerzen von 6 oder mehr auf der o.g. Skala gemeint. 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

4. Zu welchem Zeitpunkt der Geburt waren die Schmerzen am stärksten? (maximal 2 Antworten möglich)

beim Einsetzen der Wehen

während der Untersuchungen durch Arzt oder Hebamme

während der Wehen

als ich pressen musste

als das Kind geboren wurde

während der Geburt des Mutterkuchens

als ich genäht wurde

nach der Geburt (auf der Station)

sonstiges:

I Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre

Schmerzen WÄHREND der Geburt Ihres Kindes/Ihrer Kinder:

5. Wurden Sie in dem von Ihnen gewünschten Maß an **Entscheidungen** bezüglich **der Schmerztherapie WÄHREND der Geburt beteiligt**?

- Ja
 Nein

6. Waren Sie mit der **Hebammenbetreuung WÄHREND** Ihrer Geburt zufrieden?

- Ja
 Nein

7. Sind Sie mit dem Ergebnis Ihrer **Schmerztherapie WÄHREND** der Geburt **zufrieden**?

- Ja
 Nein

8. **Hätten Sie sich WÄHREND** der Geburt mehr Schmerzmittel gewünscht als Sie erhalten haben?

- Ja
 Nein

II Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre **Schmerzen NACH der Geburt:**

9. Wie stark waren Ihre stärksten Schmerzen NACH der Geburt?

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

10. Die nächsten Fragen beziehen sich darauf, ob bestimmte Tätigkeiten oder Ihre Stimmung **seit der Geburt durch Schmerzen beeinträchtigt** sind.

Wie schwer fallen Ihnen **wegen Schmerzen** folgende Aktivitäten seit der Geburt? Sollten Sie die Aktivität **aufgrund von Schmerzen nicht durchgeführt** haben, kreuzen Sie bitte die „10“ an. Falls Sie die beschriebene Aktivität **aus anderen Gründen** noch nicht ausgeführt haben, kreuzen Sie bitte „nicht ausgeführt“ an.

a. Gehen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> nicht ausgeführt										

b. Sitzen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> nicht ausgeführt										

c. Kind versorgen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> nicht ausgeführt										

d. Wasserlassen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> nicht ausgeführt										

e. Stillen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> nicht ausgeführt										

f. Schlafen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> nicht ausgeführt										

g. Husten/Luft holen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> nicht ausgeführt										

h. Stuhlgang

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> nicht ausgeführt										

II Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre **Schmerzen NACH der Geburt:**

11. Wo haben Sie jetzt Schmerzen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

ich habe keine Schmerzen

Steiß

Hämorrhoiden/After

Kopf

Naht/Damm

Oberbauch

Rücken

Schambein

12. Wie stark sind Sie seit der Geburt **durch Ihre Schmerzen** in Ihrer **Stimmung** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht										völlig beeinträchtigt

13. Hätten Sie sich NACH der Geburt mehr Schmerzmittel gewünscht als Sie erhalten haben?

Ja

Nein

14. Sind Sie mit dem Ergebnis Ihrer **Schmerztherapie NACH** der Geburt zufrieden?

Ja

Nein

III Die folgenden Fragen beziehen sich allgemein auf Ihre Meinung über die Schmerztherapie während der Geburt und geburtsvorbereitenden Maßnahmen

16. Was haben Sie VOR der Entbindung über Schmerzmittel während der Geburt gedacht?

Entscheiden Sie sich bitte für eine Aussage, die am ehesten auf Sie zutrifft.

- Ich wollte mir keine Medikamente geben lassen
- Ich wollte selbst entscheiden, ob ich ggf. Medikamente brauche.
- Ich wollte die Entscheidung dem Arzt bzw. der Hebamme überlassen.
- Ich wollte auf jeden Fall Medikamente gegen Schmerzen.

17. Hat sich Ihre Meinung dazu geändert?

- Ja
- Nein

18. Welche der folgenden Maßnahmen haben Sie zur Geburtsvorbereitung VOR der Entbindung angewendet:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | |
| <input type="checkbox"/> Geburtsvorbereitungskurs | <input type="checkbox"/> Sitzbäder |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Dammmassagen | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsgymnastik |
| <input type="checkbox"/> Bauchmassagen | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Tees | <input type="checkbox"/> Leinsamen |
| <input type="checkbox"/> Meditation | |

19. Wurden Sie über die verschiedenen **Möglichkeiten der Schmerztherapie** im Rahmen der Geburt informiert?

- Ja
- Nein

20. Haben Sie während der Geburt **nicht-medikamentöse** Methoden zur **Schmerzlinderung** benutzt oder erhalten?

- Nein (bitte weiter mit **Frage 21**)
- Ja
- Falls ja, welche (Mehrfachnennungen sind möglich)?
- | | |
|---|--|
| <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"/> Massagen |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Gespräche |
| <input type="checkbox"/> Positionswechsel | <input type="checkbox"/> heißes Bad |
| <input type="checkbox"/> Aromatherapie | <input type="checkbox"/> TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) |
| <input type="checkbox"/> andere: | |

21. Waren Sie vor oder während der Schwangerschaft wegen ständigen Schmerzen, die drei Monate oder länger andauerten, in Behandlung?

- Ja
- Nein

Vom Befragenden auszufüllen Patientin wurde interviewt: Ja Nein

