

## Lista możliwych obaw – identyfikacja obaw

Imię i nazwisko lub etykieta pacjenta

### Przydzielony pracownik:

### Data:

### Numer kontaktowy:

Przeprowadzenie niniejszej samooceny jest dobrowolne, jednak pomoże nam ona zrozumieć Twoje obawy i odczucia. Dzięki niej będziemy mogli zidentyfikować informacje i wsparcie, ja możesz potrzebować. Jeśli którekolwiek z kw wymienionych poniżej były dla Ciebie źródłem obaw w ostatnim czasie i chcesz porozmawiać z przydzielonym pracownikiem.

Oceń intensywność swojej obawy w skali od **10**, gdzie „10” oznacza największą obawę. Zostaw pole puste, jeśli dany problem Ciebie dotyczy albo nie chcesz nim teraz rozmawiać.

### Wypełnia przydzielony pracownik

- Kopia dla lekarza pierwszego kontaktu
- Kopia dla pacjenta

### **Problemy natury fizycznej**

- Problemy z oddychaniem
- Oddawanie moczu
- Zaparcia
- Biegunka
- Jedzenie, apetyt lub smak
- Niestrawność
- Przełykanie
- Kaszel
- Bolesność lub suchość albo wrzody w jamie ustnej
- Mdłości lub wymioty
- Uczucie zmęczenia/wyczerpania lub znużenia
- Opuchlizna
- Wysoka temperatura lub gorączka
- Przemieszczanie się (chodzenie)
- Uczucie mrowienia w rękach lub stopach
- Ból lub dyskomfort
- Uderzenia gorąca lub pocenie się
- Suchość, swędzenie lub bolesność skóry
- Zmiany wagi
- Pielęgnacja ran
- Pamięć lub koncentracja
- Wzrok lub słuch
- Problemy z mówieniem lub głosem
- Mój wygląd
- Problemy ze snem

Mam pytania dotyczące postawionej mi diagnozy, leczenia lub jego skutków

- Seks, bliskość i płodność
- Inne problemy medyczne
- Sprawy praktyczne**
- Opieka nad innymi osobami
- Praca lub nauka
- Pieniądze i finanse
- Podróżowanie
- Mieszkanie
- Transport lub parkowanie
- Mówienie i bycie rozumianym
- Pranie i dbanie o dom
- Zakupy produktów spożywczych
- Mycie i ubieranie się
- Przygotowywanie posiłków napojów
- Zwierzęta domowe
- Problemy z planowaniem
- Zaprzestanie palenia
- Problemy z alkoholem lub narkotykami
- Przyjmowanie leków
- Obawy emocjonalne**
- Niepewność
- Utrata zainteresowania różnymi aktywnościami
- Brak umiejętności wyrażania
- Myślenie o przyszłości
- Poczucie żalu dotyczące przeszłości
- Złość lub frustracja

- Poczucie osamotnienia lub odizolowania
- Smutek lub depresja
- Poczucie beznadziejności
- Poczucie winy
- Zmartwienie, lęk lub niepokój
- Niezależność
- Relacje z rodziną lub innymi osobami**
- Partner(ka)
- Dzieci
- Inni krewni/przyjaciele/znajomi
- Osoba, która się mną opiekuje
- Osoba, którą ja się opiekuję
- Kwestie duchowe**
- Wiara lub duchowość
- Poczucie sensu lub celu życia
- Odczucia niezgodne z własną kulturą, przekonaniami lub wartościami
- Styl życia lub potrzeby informacyjne**
- Ćwiczenia i aktywność fizyczna
- Dieta i odżywianie się
- Terapie uzupełniające
- Planowanie priorytetów
- Sporządzenie testamentu lub uzyskanie porady prawnej
- Zdrowie i samopoczucie
- Grupy wsparcia pacjenta lub opiekuna
- Radzenie sobie z objawami
- Ochrona przed słońcem

## Część druga – Spis obaw pacjenta (głowa i szyja)

Spis obaw pacjenta dla pacjentów z nowotworami głowy i szyi został opracowany przez prof. Simona N. Rogersa z Aintree University Hospital NHS Foundation Trust i Edge Hill University.

**Jeśli którekolwiek z poniższych kwestii ostatnio budziły Twoje obawy, zaznacz je.**

### Głowa i szyja

- Stan jamy ustnej, zęby
- Dren do gastrostomii
- Otwór gębowy
- Śluz/wydzielina
- NeckBól głowy i szyi
- Regurgitacja
- Ślinienie się
- Ramię
- Węch
- Personality Osobowość i temperament
- Żal dotyczący leczenia
- Poczucie własnej wartości