Patientenkät **Strålbehandling**

Hjälp oss att underlätta bearbetningen av dina svar! **Enkäten läses maskinellt. När du besvarar enkäten ber vi dig därför att:**	• Använda svart blyertspenna. • Skriva tydliga siffror, så här: 1 2 3 4 • Markera dina svar med kryss, så här: ☒ • Om du kryssat fel, radera det felaktiga krysset.

1. Kön ☐ Man ☐ Kvinna

2. Födelseår ☐☐☐☐

2. Behandlingsområde
☐ Huvud/Hals
☐ Bröstkorg/Lunga
☐ Bukområdet
☐ Annat

3. Hur många behandlingar har du fått?
☐ Det är min första behandling
☐ 2-15 behandlingar
☐ över 16 behandlingar

Upplevelser vid strålbehandlingssituationen

Jag upplever att	**Ja, helt enig**					**Nej, tar helt avstånd**	**Kan ej ta ställning/ Vet ej**
4. Det gör ont när jag lägger mig på behandlingsbordet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Det gör ont när sjuksköterskorna lägger mig i behandlingsläge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Jag har ont under min behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Det skaver på min kropp när jag ligger i behandlingsläget	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Det gör ont när jag skall resa mig upp från behandlingsbordet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Det är obehagligt att få strålbehandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Den tekniska utrustningen oroar mig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Jag har tilltro till behandlingspersonalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Jag förstår vad som händer när jag får min strålbehandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Under min strålbehandling känner jag mig…	**Ja, helt enig**					**Nej, tar helt avstånd**	**Kan ej ta ställning/ Vet ej**
13. Avslappnad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Trygg	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Lugn	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Uttråkad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Bekväm	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Instängd	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Fastlåst	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Isolerad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Rädd	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Spänd	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Nervös	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Orolig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jag upplever att…	**Ja, helt enig**					**Nej, tar helt avstånd**	**Kan ej ta ställning/ Vet ej**
25. Behandlingen som helhet är lätt att stå ut med	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Tiden som varje behandling tar är lätt att stå ut med	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Ljudet från i behandlingsapparaten är lätt att stå ut med	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Temperaturen i behandlingsrummet är behaglig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Ljuset i behandlingsrummet är behagligt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Färgsättningen i behandlingsrummet är behaglig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Lukten i behandlingsrummet är behaglig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Att inte få röra på sig under behandlingen är lätt att stå ut med	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Att vara ensam under behandlingen är lätt att stå ut med	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jag upplever att jag fått tillräcklig information om …	**Ja, helt enig**					**Nej, tar helt avstånd**	**Kan ej ta ställning/ Vet ej**
34. Nyttan av strålbehandlingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Vad som händer i behandlingsrummet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Eventuella biverkningar av strålbehandlingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Vad jag själv kan göra för att hantera mina biverkningar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

38. Har du fått information om behandlingen? ☐ Ja ☐ Nej

39. Hur har du fått informationen? Fler val är möjliga

☐ Muntligen
☐ Skriftligen
☐ Annat

40. Av vem har du fått information? Fler val är möjliga

☐ Sjuksköterska
☐ Läkare
☐ Sjukhusfysiker
☐ Undersköterska
☐ Annan

41. Önskar du mer information?

☐ Ja
☐ Nej

42. Önskar du att du hade fått mindre information?

☐ Ja
☐ Nej

43. Har du själv letat/efterfrågat information?

☐ Ja
☐ Nej

Om ja, var?

☐ Vårdguiden/1177
☐ Cancerupplysningen
☐ Internet
☐ Tidningar
☐ Familj
☐ Andra patienter
☐ Vänner
☐ Annat

Är det något övrigt du vill tillägga eller berätta? Om ja:

Tack för din medverkan!