

Je suis préoccupé(e) par:

Pas du tout Un peu Modérément Assez Beaucoup

- | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1.. J'ai peur que les gens prennent des décisions à ma place | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. Je voudrais connaître le temps qu'il me reste à vivre | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. J'ai peur de m'éloigner de l'endroit où je vis | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. Je me sens seul(e) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. Je perds de l'intérêt dans ce que je fais et ce qui m'entoure | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6. J'ai moins d'appétit | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7. Je me demande s'il y a quelque chose qui m'attend après la mort | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 8. Je perdrai peut-être mon emploi | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 9. J'ai peur d'être rejeté(e) par ma famille | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 10. Je crains de demander de l'aide et du soutien aux autres | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 11. Je me sens anxieux(se), préoccupé(e), sans énergie | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 12. Je fais attention aux moindres détails et ça m'empêche d'agir | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 13. Les gens se comportent différemment avec moi | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 14. J'ai de moins en moins d'espoir | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 15. L'idée de ne pas revenir comme avant | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 16. L'idée de ne pas revenir en parfaite santé | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 17. L'idée de ne plus avoir de plaisir dans la vie | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

- | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| 18. Ma famille souffre de ma situation | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 19. Le nombre de problèmes à résoudre | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 20. Les attitudes de l'équipe soignante | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 21. Le degré de contrôle que j'ai sur ce qui m'arrive | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 22. Ma capacité de réagir aux événements | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 23.. Ma fatigue | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 24. La longueur de mes traitements | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 25. Ma pratique religieuse | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 26. Ma situation financière | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 27. Ma toux persistante | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 28. L'avenir | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 29. Perdre du poids | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 30. Les maux de tête | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 31. Douter de la valeur de la prière | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 32. Le fait de pouvoir travailler régulièrement | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 33. Le fait que ma famille ne comprenne pas | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 34. Les disputes à la maison | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 35. Pouvoir me fier sur mes amis | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

36. Ma vie sexuelle _____
37. Être direct(e) et honnête
avec les autres _____
38. M'arranger dans ma vie
quotidienne _____
39. La qualité de mes
traitements _____
40. L'aide et le réconfort que
m'apporte ma religion _____
41. Mon revenu _____
42. Le fait de satisfaire les
attentes de mon époux(se) _____
43. Ma dépendance envers
ma famille _____
44. La rencontre de mes amis _____
45. Mon découragement _____
46. Le fait de prendre les
choses si sérieusement _____
47. Mon estomac, mes
intestins _____
48. Ressentir une faiblesse
jusqu'à perdre connaissance _____
49. La fréquence de l'église _____
50. La possibilité de devoir
dépenser toutes mes économies _____
51. La solidité de mon
mariage _____
52. Le poids que je deviens
pour mes amis _____
53. Mon instabilité émotionnelle _____
54. Le fait de devenir une
mauvaise personne _____
55. Le résultat des
traitements _____

56. Les soins de mon
médecin _____
57. Mes croyances
religieuses _____
58. Ma capacité à travailler _____
59. Mon âge _____
60. Une chirurgie _____
61. Mon souffle court _____
62. Ma capacité de vivre seul _____
63. La possibilité de me
confier à un ami _____
64. Mes erreurs passées _____
65. Le sommeil _____
66. La douleur _____
67. L'argent _____
68. L'avenir de mes enfants _____
69. Le fait que je suis irritable _____
70. Ma difficulté à penser
clairement _____
71. Les effets secondaires de
mes médicaments _____