

Supplementary Materials 3. Questionnaire EORTC QLQ-C30 (Turkish version)

Lütfen tüm soruları size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. "Doğru" veya "yanlış" cevap yoktur. Sağladığınız bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır.

1. Yorucu aktiviteleri yapmakta zorluk çekiyor musunuz? (ağır alışveriş çantası ve bavul vb)

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

2. Uzun yürüyüşler yapmakta zorlanıyor musunuz?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yapmakta zorlanıyor musunuz?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

4. Gün boyunca yatakta mı sandalyede mi vakit geçiriyorsunuz?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken veya tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

Geçen hafta boyunca:

6. İşinizi veya diğer günlük aktivitelerinizi sınırlı ölçüde mi yaptınız?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

7. Hobilerinizi ve diğer boş zaman aktivitelerinizi sınırlı ölçüde mi yaptınız?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

8. Nefesiniz daraldı mı?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

9. Ağrınız oldu mu?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

10. Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

11. Uyumakta zorlandınız mı?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

12. Kendinizi zayıf hissettiniz mi?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

13. İştahsızlık oldu mu?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

14. Mide bulantısı oldu mu?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

15. Kustunuz mu?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

16. Kabız kaldınız mı?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

Geçen hafta boyunca:

17. İshal oldunuz mu?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

18. Yorgun muydunuz?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

19. Ağrı günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

20. Konsantre olmakta zorluk çektiniz mi? (TV izlemek ve gazete okumak, vb)

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

21. Gergin hissettiniz mi?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

22. Endişelendiniz mi?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

23. Kendinizi sınırlı hissettiniz mi?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

24. Depresyonda hissettiniz mi?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

25. Bir şeyi hatırlamakta güçlük çektiniz mi?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

26. Fiziksel durumunuz ya da tedaviniz aile hayatınızı etkiledi mi?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

27. Fiziksel durumunuz ya da tedaviniz sosyal hayatınızı etkiledi mi?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

28. Fiziksel durumunuz ya da tedaviniz maddi zorluklara neden oldu mu?

Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------	-----------

Aşağıdaki sorular için lütfen 1 ile 7 arasında size en uygun gelen rakamı yuvarlak içine alınız.

29. Geçen hafta boyunca genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü			Mükemmel			

30. Geçen hafta boyunca yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü			Mükemmel			