

Study-ID: IL - _____ - _____



Date:

EORTC QLQ-C30 (version 3)

אנו מעוניינים לקבל מספר פרטים עליך ועל מצב בריאותך. אנא, ענה/י על כל השאלות בעצמך על ידי הקפתו בעיגול של המספר המתאים לך ביותר. אין כאן תשובות "נכונות" או "שגויות". המידע שיימסר על ידך ישאר חסוי לחלוטין.

הרבה מאוד	די הרבה	מעט	לחלוטין לא	
4	3	2	1	1. האם יש לך קושי כלשהו לבצע פעילויות הכרוכות במאמץ כגון סחיבת סל קניות כבד או מזוודה?
4	3	2	1	2. האם יש לך קושי כלשהו ללכת למרחקים <u>ארוכים</u> ?
4	3	2	1	3. האם יש לך קושי כלשהו ללכת למרחקים <u>קצרים</u> מחוץ לביתך?
4	3	2	1	4. האם אתה/ה זקוק/ה להישאר במיטה או בכסא במשך היום?
4	3	2	1	5. האם אתה זקוק/ה לעזרה באכילה, בהלבשה, ברחצה או בשירותים?
				במהלך השבוע הקודם:
4	3	2	1	6. האם היית מוגבל/ת בביצוע העבודה או בפעילויות יומיומיות?
4	3	2	1	7. האם היית מוגבל/ת בביצוע תחביביך או בפעילויות אחרות בשעות הפנאי?
4	3	2	1	8. האם סבלת מקוצר נשימה?
4	3	2	1	9. האם סבלת מכאבים?
4	3	2	1	10. האם היית זקוק/ה למנוחה?
4	3	2	1	11. האם היו לך נדודי שינה?
4	3	2	1	12. האם חשת בחולשה?
4	3	2	1	13. האם סבלת מחוסר תיאבון?
4	3	2	1	14. האם חשת בחילה?
4	3	2	1	15. האם הקאת?
4	3	2	1	16. האם סבלת מעצירות?

הרבה מאוד	די הרבה	מעט	לחלוטין לא	במהלך השבוע הקודם:
4	3	2	1	17. האם סבלת משלשול?
4	3	2	1	18. האם היית עייף/עייפה?
4	3	2	1	19. האם הפריעו לך כאבים בפעילויותך היומיומיות?
4	3	2	1	20. האם היה לך קושי בריכוז כגון: קריאת עיתון או צפיה בטלוויזיה?
4	3	2	1	21. האם הרגשת מתוח/ה?
4	3	2	1	22. האם היית מודאג/ת?
4	3	2	1	23. האם חשת בנטייה להתרגזות?
4	3	2	1	24. האם חשת מדוכא/ת?
4	3	2	1	25. האם היה לך קושי לזכור דברים?
4	3	2	1	26. האם מצבך הגופני או הטיפול הרפואי הפריעו לחייך <u>המשפחתיים</u> ?
4	3	2	1	27. האם מצבך הגופני או הטיפול הרפואי הפריעו לחיי <u>החברה</u> שלך?
4	3	2	1	28. האם מצבך הגופני או הטיפול הרפואי גרמו לך קשיים כלכליים?

בשאלות הבאות נא הקף/הקיפי בעיגול את המספר בין 1 ל- 7 המתאים לך ביותר:

29. כיצד תדרג/י את מצב הבריאות הכללי שלך בשבוע האחרון?

7	6	5	4	3	2	1
מצוין						גרוע מאוד

30. כיצד תדרג/י את איכות חייך הכוללת בשבוע האחרון?

7	6	5	4	3	2	1
מצוינת						גרועה מאוד



Study-ID: IL - _____ - _____

Date:

EORTC QLQ - BR23

חולות מדווחות לעיתים שהן סובלות מהתסמינים או מהבעיות שלהלן. אנא צייני האם חשת את התסמינים או הבעיות האלו במהלך השבוע שעבר ובאיזו מידה.

הרבה מאוד	די הרבה	מעט	לחלוטין לא	במהלך השבוע הקודם
4	3	2	1	31. האם היה לך יובש בפה?
4	3	2	1	32. האם למזון ולמשקאות היה טעם שונה מהרגיל?
4	3	2	1	33. האם היו עיניך כואבות, מגורות, או דומעות?
4	3	2	1	34. האם נשרו לך שערות?
4	3	2	1	35. עני על שאלה זו רק אם היתה לך נשירת שיער האם היית מוטרדת מנשירת שערותיך?
4	3	2	1	36. האם הרגשת חולה או לא טוב?
4	3	2	1	37. האם היו לך גלי חום?
4	3	2	1	38. האם היו לך כאבי ראש?
4	3	2	1	39. האם הרגשת פחות מושכת מבחינה גופנית כתוצאה ממחלתך או הטיפול?
4	3	2	1	40. האם את מרגישה פחות נשית כתוצאה ממחלתך או הטיפול?
4	3	2	1	41. האם התקשת להתבונן בעצמך ערומה?
4	3	2	1	42. האם היית לא מרוצה מגופך?
4	3	2	1	43. האם דאגת בנוגע לבריאותך בעתיד?
הרבה מאוד	די הרבה	מעט	לחלוטין לא	במהלך ארבעת השבועות שעברו
4	3	2	1	44. באיזו מידה היית מעונינת במין?
4	3	2	1	45. באיזו מידה היית פעילה מבחינה מינית? (עם או בלי משגל)
4	3	2	1	46. עני על שאלה זו רק אם היית פעילה מבחינה מינית: באיזו מידה היו יחסי המין מהנים עבורך?

במהלך השבוע הקודם

הרבה מאוד	די הרבה	מעט	לחלוטין לא	
4	3	2	1	.47 האם היה לך כאב כלשהו בזרועך או בכתף?
4	3	2	1	.48 האם הייתה לך זרוע או יד נפוחה?
4	3	2	1	.49 האם היה לך קשה להרים את זרועך או להזיזה לצדדים?
4	3	2	1	.50 האם היה לך כאב כלשהו באזור השד הנגוע?
4	3	2	1	.51 האם האזור של השד הנגוע התנפח?
4	3	2	1	.52 האם האזור של השד הנגוע היה רגיש במיוחד?
4	3	2	1	.53 האם היו לך בעיות עור מסביב או בתוך אזור השד הנגוע (למשל גירוד, יובש, התקלפות)?

.

Á Á Á

Á

בכלל לא
↓

מאוד
↓

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	Á
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	Á
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	Á Á
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	Á Á
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	Á
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	Á
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	Á Á

בכלל לא
↓

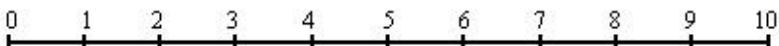
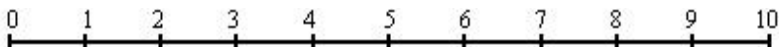

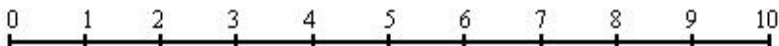
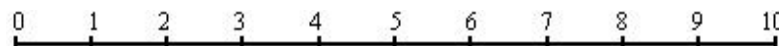
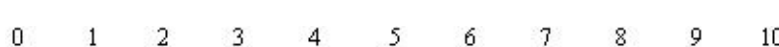
מאוד
↓

תפקודים נפשיים
בגלל בעיות בזרועותיך

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	האם את מרגישה עצובה
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	האם את מרגישה מיואשת
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	האם יש לך חוסר ביטחון עצמי
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -----	האם את מרגישה לחוצה

לא רלוונטי ↓	כן ↓	לא יכולה בכלל ↓	<u>פעילות ביתית</u> כמה טוב את מסוגלת
<input type="radio"/>			לנקות (לשפשף, איבת אבק)
<input type="radio"/>			לבשל
<input type="radio"/>			לגהץ
<input type="radio"/>			לעבוד בגנה

לא רלוונטי ↓	כן ↓	בכלל לא ↓	<u>פעילויות ניידות</u> עד כמה את מסוגלת
<input type="radio"/>			לבצע משימה עם הזרוע מורמת
<input type="radio"/>			להרים או לסחוב משהו כבד - דלי או קניות
<input type="radio"/>			לישון על הצד הפגוע \ בצד שבו התרחש הניתוח
<input type="radio"/>			לעבוד על מחשב יותר מ-30 דקות
<input type="radio"/>			להשתזף
<input type="radio"/>			לנהוג במכונית
<input type="radio"/>			ללכת (יותר מ-2 ק"מ)
<input type="radio"/>			לרכב על אופניים

לא רלוונטי ↓	כן, בלי בעיה ↓	בכלל לא ↓	<u>חיים ופעילויות חברתי</u> עד כמה את מסוגלת
<input type="radio"/>			לצאת לחופשה
<input type="radio"/>			לבצע את התחביבים שלך
<input type="radio"/>			לעסוק בספורט
<input type="radio"/>			ללבוש כל בגדים שתבחרי
<input type="radio"/>			לעשות את העבודה שלך
<input type="radio"/>			לעשות פעילויות חברתיות (למשל הולכת למסיבות, קונצרטים, מסעדות)

תודה על השתתפותך!

Study-ID: IL - ____ - ____ - ____

Date:

אוריינטציה לחיים

לפניך סדרה של שאלות המתייחסות להיבטים שונים של חיינו. לכל שאלה יש 7 אפשרויות תשובה. את מתבקשת לציין את הספרה המבטאת את תשובתך. 1 ו-7 הן התשובות הקיצוניות. אם המילים מתחת לספרה 1 הן המתאימות לך, הקיפי בעיגול את הספרה 1. אם המילים מתחת לספרה 7 מתאימות לך, הקיפי בעיגול את הספרה 7. אם את מרגישה אחרת, סמני בעיגול את הספרה הקרובה ביותר על-פי הרגשתך, ל-1 או ל-7. לכל שאלה סמני תשובה אחת בלבד!

- (1) האם יש לך הרגשה שלא אכפת לך מה הולך סביבך?
 1 לעתים רחוקות או אף פעם
 2
 3
 4
 5
 6
 7 לעתים קרובות
- (2) האם קרה בעבר שהופתעת מהתנהגות של אנשים שאת מכירה היטב?
 1 אף פעם לא קרה
 2
 3
 4
 5
 6
 7 תמיד קרה
- (3) האם קרה שאנשים שסמכת עליהם אכזבו אותך?
 1 אף פעם לא קרה
 2
 3
 4
 5
 6
 7 תמיד קרה
- (4) האם עד עכשיו היו לך בחיים מטרות ויעדים?
 1 לא היו בכלל מטרות ויעדים
 2
 3
 4
 5
 6
 7 היו מטרות ויעדים ברורים מאד
- (5) האם קורה שיש לך הרגשה שמתייחסים אליך בצורה לא הוגנת?
 1 לעתים קרובות
 2
 3
 4
 5
 6
 7 לעתים רחוקות או אף פעם
- (6) האם קורה שיש לך הרגשה שאת במצב לא מוכר ולא יודעת מה לעשות?
 1 לעתים קרובות
 2
 3
 4
 5
 6
 7 לעתים רחוקות או אף פעם
- (7) הדברים שאת עושה בתפקידיך היומיומיים:
 1 גורמים הנאה וסיפוק עמוק
 2
 3
 4
 5
 6
 7 גורמים כאב ושעמום

- (8) כל כמה זמן יש לך בראש מחשבות ורעיונות מבלבלים?
- | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------------|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| לעתים רחוקות או אף פעם | | | | | | לעתים קרובות |
- (9) האם קורה שיש לך הרגשות שהיית מעדיפה לא להרגיש אותן?
- | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------------|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| לעתים רחוקות או אף פעם | | | | | | לעתים קרובות |
- (10) אנשים רבים – אפילו בעלי אופי חזק – מרגישים עצמם לפעמים "מְסֻכָּנִים". האם הרגשת כך בעבר?
- | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| לעתים קרובות הרגשת כך | | | | | | אף פעם לא הרגשת כך |
- (11) האם לאחר שקרו דברים, התברר לך בדרך כלל ש:
- | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------------|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ראית את הדברים ביחס הנכון | | | | | | הגזמת או הפחתת בחשיבות העניינים |
- (12) האם יש לך הרגשה שאין הרבה משמעות לדברים שבהם את מעורבת בחיי היומיום?
- | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------------|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| לעתים רחוקות או אף פעם | | | | | | לעתים קרובות |
- (13) האם קורה שיש לך הרגשות שאת לא בטוחה שתוכלי לשלוט בהם?
- | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------------|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| לעתים רחוקות או אף פעם | | | | | | לעתים קרובות |

תודה רבה על השתתפותך!

שאלון זה עוסק בפעילות האימון שלך והרגלי העישון שלך

1. בהתחשב בחודש האחרון כמה ימים בשבוע ביצעת לפחות פעילות אימון אחת (כולל הליכה ורכיבה על אופניים) שנמשך לפחות 30 דקות?

<input type="checkbox"/>	אף פעם
<input type="checkbox"/>	פחות מ יום אחד / בשבוע
<input type="checkbox"/>	יום / שבוע
<input type="checkbox"/>	יומיים / שבוע
<input type="checkbox"/>	3 ימים\שבוע
<input type="checkbox"/>	4 ימים\שבוע
<input type="checkbox"/>	5 ימים\שבוע
<input type="checkbox"/>	6 ימים\שבוע
<input type="checkbox"/>	7 ימים\שבוע

2. כיצד השתנתה פעילות האימון שלך היום - בהשוואה לתקופה שלפני אובחנת בסרטן השד?

<input type="checkbox"/>	זה גבה
<input type="checkbox"/>	זה פחת
<input type="checkbox"/>	ללא שינוי

3. האם אתה מעשן\מעשנת?

<input type="checkbox"/>	כן
<input type="checkbox"/>	לא, אף פעם לא עישנתי
<input type="checkbox"/>	לא, אבל עישנתי בעבר

תודה על השתתפותך!