

METASTATİK KOLOREKTAL KANSER HASTALARININ KARŞILANMAMIŞ İHTİYAÇLARINA DAİR ARAŞTIRMA (mCRC)

Metastatik kolorektal kanser hastalarının karşılanmamış ihtiyaçlarına dair anketi doldurduğunuz ve bu sorulara cevap vermek adına ayırdığınız zaman için size teşekkür ederiz (mCRC). İstedığınız herhangi bir anda anketi kaydedebilir ve tekrar hazır olduğunuzda devam edebilirsiniz.

1.0. PROFİLİNİZ

1. Lütfen isminizin baş harflerini yazınız:

— — — —

2. Doğum tarihiniz nedir?

— — — —

3. Cinsiyetiniz:

☐ Erkek

☐ Kadın

4. Nerde yaşıyorsunuz?

5. : Yaşadığınız yer

- ☐ Kırsal alan (2'000'den az nüfuslu)
- ☐ Yarı kentsel alan (2'000-50'000 nüfuslu)
- ☐ Kentsel alan (50'000'den fazla nüfuslu)
- ☐ Başkent

6. Medeni durumunuz nedir?

- ☐ Bekâr
- ☐ Evli/Partneri ile birlikte yaşayan
- ☐ Boşanmış
- ☐ Dul

7. Mezuniyet dereceniz nedir? Ulaşılan en yüksek akademik derecenizi yuvarlak içine alınız.

- ☐ Yok
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Kolej
- ☐ Yükseköğretim / Lisans
- ☐ Yüksek Lisans - Doktora
- ☐ Bilmiyorum

8. Mesleki durumunuz:

- ☐ Çalışan
- ☐ İşsiz
- ☐ Emekli
- ☐ Hastalıktan dolayı işsiz (diğer bir deyişle engelli)
- ☐ Öğrenci/stajyer
- ☐ Başka bir duruma sahibim (lütfen belirtiniz: _____)

9. Başka kronik hastalığınız var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (lütfen belirtiniz: _____)

10. Bize yaşam biçiminiz hakkında biraz bilgi verebilir misiniz (lütfen sizin için geçerli olanları işaretleyiniz)?

- ☐ Uzun yıllardır düzenli spor yapıyorum, haftada üç kere veya daha fazla
- ☐ Düzenli spor yapmıyorum (haftada 1-2 kere)
- ☐ Asla spor yapmam
- ☐ Lif açısından zengin gıdalar tüketiyorum
- ☐ Lif açısından yoksul gıdalar tüketiyorum
- ☐ Yağ oranı yüksek gıdalar tüketiyorum
- ☐ Yağ oranı düşük gıdalar tüketiyorum
- ☐ Haftada üç kereden fazla kırmızı ve işlenmiş et tüketiyorum
- ☐ Asla kırmızı ve işlenmiş et tüketmem
- ☐ Sigara kullanıyorum/kullanmıyorum
- ☐ Haftada 3-4 kez alkol tüketiyorum
- ☐ Haftada 1-2 kez alkol tüketiyorum
- ☐ Asla alkol tüketmiyorum
- ☐ Vücut ağırlığım normal
- ☐ Aşırı kiloluyum

11. Çalışma hakkında nasıl bilgi edindiniz?

- ☐ Doktorum sayesinde (onkoloji uzmanı, gastroenteroloji uzmanı, cerrah, genel pratisyen (GP), vs.), (lütfen belirtiniz: _____)
- ☐ Hemşirem sayesinde (lütfen belirtiniz: _____)
- ☐ Yerel bir hasta organizasyonu sayesinde (lütfen hangisi olduğunu belirtiniz: _____)
- ☐ İnternet, sosyal medyadan (hangisi olduğunu belirtiniz: _____)
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz: _____)

12. Lütfen bize tedavi gördüğünüz hastaneyi belirtiniz:

2.0. HASTALIĞINIZ

2.1. HASTALIĞINIZIN TEŞHİSİ

1. Doktorunuza danışma sebebiniz neydi (birden fazla yanıt mümkün olup, lütfen sizin için geçerli olan bütün yanıtları seçiniz)?
 - ☐ Rutin kontrole gittiğimde
 - ☐ CRC ile ilişkili belirtilerim yoktu
 - ☐ CRC ile ilişkili belirtilerim vardı
 - ☐ Çevremden gelen baskıdan dolayı
 - ☐ CRC için tarama programına katılmak üzere davet edildim
 - ☐ CRC için test yaptırmak istiyordum
 - ☐ Acil hastaneye yatırılmam gerekiyordu
2. Birincil tanıdan önce CRC belirtileri hakkında bilginiz var mıydı?
 - ☐ Evet, bazı belirtiler veya bütün belirtiler hakkında bilgim vardı
 - ☐ Hayır, bilgim yoktu
 - ☐ Emin değilim
3. Teşhis konmadan önce hangi belirtiler mevcuttu (birden fazla şıkki işaretlemeniz mümkündür)?
 - ☐ İshal
 - ☐ Kabızlık
 - ☐ Değişimli olarak ishal ve kabızlık
 - ☐ Dışkılama ritminde değişiklik
 - ☐ Dışkılamada değişiklik
 - ☐ Karın (mide) ağrısı
 - ☐ Midemde bir kitle hissettim
 - ☐ Şişkinlik
 - ☐ Bulantı ve / veya kusma
 - ☐ Devamlı tuvalete gitme isteği
 - ☐ Dışkıda kan veya koyu renkte dışkı
 - ☐ Yorgunluk / Tükenmişlik / Anemi
 - ☐ Nefes almada zorluk
 - ☐ Ateş
 - ☐ Gece terlemeleri
 - ☐ Diğer (lütfen belirtiniz: _____)
4. İlk gözlemlenen belirtiler ve doktorunuzla konsültasyon arasında ne kadar uzun beklediniz?
 - ☐ Bir aydan az
 - ☐ 1-3 ay arası
 - ☐ 3-6 ay arası

- ☐ 6-12 ay arası
 - ☐ 1 yıl veya daha fazla
 - ☐ Hatırlayamıyorum
5. Sizi en iyi şekilde hangisi tanımlar?
- ☐ CRC için tarama programına katılmak üzere davet edildim ve bu şekilde teşhis konuldu
 - ☐ CRC için tarama programına katılmak üzere davet edildim, fakat katılmamaya karar verdim ve tesadüfen daha geç teşhis konuldu
 - ☐ >50 yaşında olmama rağmen kolorektal kanseri için tarama programına katılmak üzere davet edilmedim, davet edilseydim katılırdım
 - ☐ >50 yaşında olmama rağmen kolorektal kanseri için tarama programına katılmak üzere davet edilmedim, davet edilseydim de katılmazdım
 - ☐ 50 yaşından daha gencim
6. Taramaya tabi tutulduğunuzda, dışkıınızda az miktarda kan tespit etme testinden geçtiniz mi, başka bir deyişle Gaitada Gizli Kan (GGK) testi (FOBT) (veya guaiak veya immünokimyasal)?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
 - ☐ Bunun ne olduğunu bilmiyorum
7. Ne zaman kolonoskopi yaptırdınız (ilk konsültasyondan veya pozitif tarama testinden sonra)?
- ☐ 2 haftaya kadar
 - ☐ 2 hafta - bir ay arası
 - ☐ 1-3 ay arası
 - ☐ 3-6 ay arası
 - ☐ 6-12 ay arası
 - ☐ Bir yıldan fazla
 - ☐ Hatırlayamıyorum
 - ☐ Yaptırmadım
8. CRC teşhisi ne zaman konuldu (ilk konsültasyondan veya pozitif tarama testinden sonra)?
- ☐ 2 haftaya kadar
 - ☐ 2 hafta - bir ay arası
 - ☐ 1-3 ay arası
 - ☐ 3-6 ay arası
 - ☐ 6-12 ay arası
 - ☐ Bir yıldan fazla
 - ☐ Emin değilim

9. Kolorektal kanser teşhisinden önce başka hastalıktan dolayı yanlış teşhis konuldu mu (örneğin İrritabl Bağırsak Sendromu (IBS), hemoroid ve vs. gibi)
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
10. İlk kolorektal kanseri teşhisiniz ne zaman konuldu?
- Ay __ Yıl ____
11. Aşağıdakilerden hangisi Sizin durumunuzu en iyi şekilde tanımlamaktadır?
- ☐ Başlangıçta evre 1,2 ve 3. evre kolorektal kanseri teşhisi kondu, aynısı 4 evre kolorektal kanserine kadar ilerledi (ilerlemiş veya metastatik hastalık)
- ☐ Başlangıçta 4. evre kolorektal kanser teşhisi kondu
- ☐ Başlangıçta hangi evre olarak teşhis edildiğimden emin değilim, fakat şimdi 4. evre kolorektal kanser hastasıyım
- ☐ Yukarıdakilerden hiçbirisi
12. Başlangıçta bağırsaklarınızda (kolon veya rektum) lokalize olmuş hastalık teşhisi konulmasından sonra başka organlarınıza yayılan veya metastas etmiş (başka bir deyişle karaciğer, akciğer veya lenf düğümleri) hastalık veya kolorektal kanser teşhisi konulması ne kadar sürdü?
- Hafta __ Ay __ Yıl __
13. Teşhis konulma çerçevesindeki süreci Sizin durumunuzda nasıl değerlendirirsiniz?
- ☐ Memnun – hastalık kısa sürede tespit edildi
- ☐ Kabul edilebilir – Belirli konsültasyonları geçtim ve muayene ve tanının tespit edilmesi için bir süre beklemek zorunda kaldım
- ☐ Fazla memnun değil – çok konsültasyon ve muayeneler arasında uzun süre bekleme
- ☐ Hiç memnun değil – fazla konsültasyon olmadı ve çok uzun süre bekleme
14. Son 12 ayda kolorektal kanseri ile ilgili hangi doktor ve uzmana gittiniz (lütfen sizin için geçerli olanı işaretleyiniz)?
- ☐ Genel pratisyen hekim
- ☐ Gastroenteroloji uzmanı
- ☐ Onkoloji uzmanı
- ☐ Cerrah
- ☐ Röntgen uzmanı
- ☐ Radyoloji uzmanı
- ☐ Psikiyatrist
- ☐ Psikolog
- ☐ Hemşire
- ☐ Diyetisyen
- ☐ Sosyal görevli
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz: _____)

15. Ailenizden birine kolorektal kanseri teşhisi konuldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

16. Kolorektal kanseri teşhisi konulduğunda yakın akrabalarınız kolonoskopi yaptırdılar mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Yakın akrabalarım yok

2.2. TEŞHİSİNİZ

1. Teşhisten önce hastalık hakkındaki bilgileriniz nelerdi?

- ☐ Kolorektal kanseri hakkında iyi derecede bilgiye sahiptim.
- ☐ Kolorektal kanseri hakkında belirli şeyler biliyordum
- ☐ Kolorektal kanseri hakkında çok az şey biliyordum
- ☐ Kolorektal kanseri hakkında hiçbir bilgiye sahip değildim

2. Teşhis konulduktan sonra aşağıdakiler hakkında yeterli açıklamalar yapıldı mı:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| Hastalığın doğası | evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/> |
| Hastalığın oluşumu | evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/> |
| Yapılması gereken muayeneler | evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/> |
| Olası hastalık ilerlemesi | evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/> |
| Hastalığın ilerleme etapları | evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/> |
| Muhtemel tedaviler | evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/> |
| Tedavinin sonuçları ve yan etkileri | evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/> |

3. Hastalığın bildirilmesinden sonra daha fazla bilgi araştırdınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

4. **Eğer evet ise**, nerede (birden fazla yanıt mümkündür, lütfen sizin için geçerli olan cevapları işaretleyiniz)?

- ☐ İnternet
- ☐ Sağlık dergileri
- ☐ Genel pratisyen hekimim/aile hekimim
- ☐ Eczacı
- ☐ Diğer sağlık uzmanı
- ☐ Hasta kuruluşu
- ☐ Ailem ve arkadaşlarım
- ☐ Diğer kolorektal kanseri hastaları
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz: _____)

2.3. TEDAVİNİZ

1. Şu anda Siz:

- ☐ Tedavi için bekliyorsunuz
- ☐ Tedavi sürecinden geçiyorsunuz
- ☐ Tedaviyi tamamlamış ve şu anda kanser belirtiniz yoktur
- ☐ Tedaviyi tamamlamış, fakat kanser devam ediyor
- ☐ Kolorektal kanseri tedavisinden geçmedim
- ☐ Yukarıda belirtilenlerden hiçbiri (açıklayın: _____)

2. Kolorektal kanseri teşhisi ve kanser tedavisi başlangıcı arasındaki süre ne kadardır?

- ☐ 2 haftaya kadar
- ☐ 2 hafta - bir ay arası
- ☐ 1-3 ay arası
- ☐ 3-6 ay arası
- ☐ 6-12 ay arası
- ☐ Bir yıldan fazla
- ☐ Hatırlayamıyorum

3. Tedavi planınız multidisipliner ekipe danışıldı mı (MDT)?

- ☐ Evet, multidisipliner ekipe (MDT) danışıldı ve doktor/hemşire bana sonucu bildirdi
- ☐ Evet, multidisipliner ekipe (MDT) danışıldı, fakat sonuç bildirilmedi
- ☐ Hayır, bildiğim kadarıyla multidisipliner ekipe danışılmadı(MDT)
- ☐ Bilmiyorum

4. Tedavi planınızın hazırlanmasında sizin bakış açınızın dikkate alındığını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Emin değilim

5. Tedavi planı hakkında karar alırken en önemli faktörler hangileridir (1 ile en önemli ve 5 en önemsiz olarak değerlendirin)?

- ☐ Daha iyi teşhis
- ☐ Yaşam kalitesini korumak
- ☐ İlaç uygulama sıklığı
- ☐ Mali kısıtlamalar
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz: _____)

6. Neden aldığınız tedaviyi durdurmak istersiniz (1 ile en önemli ve 5 en önemsiz olarak değerlendirin)?

- ☐ Tedavinin etkisi durdu
- ☐ Yan etkilerin şiddeti (başka bir deyişle bulantı, kusma, döküntü, saç dökülmesi, yorgunluk ve vs.)

- ☐ İlaç uygulama sıklığı
 - ☐ Mali kısıtlamalar
 - ☐ Tedaviden yoruldum
 - ☐ Diğer (lütfen belirtiniz: _____)
7. Kolorektal kanser için hangi tedaviyi aldınız (birden fazla yanıt mümkündür, lütfen Sizin için geçerli olan yanıtları işaretleyiniz)?
- ☐ Ameliyat
 - ☐ Kemoterapi
 - ☐ Radyoterapi
 - ☐ Kişiselleştirilmiş hedef tıp (örneğin cetuximab, bevacizumab, panitumumab, aflibercept, regorafenib ve trifluridine/tipuracil gibi)
 - ☐ Diğer (örneğin immünoterapi veya klinik araştırma gibi)
 - ☐ Emin değilim
 - ☐ Herhangi bir tedavi almadım
8. Hangi kemoterapötik ilaçları aldınız (lütfen Sizin için geçerli olanları seçiniz)?
- ☐ 5-FU
 - ☐ Capecitabine
 - ☐ Oxaliplatin
 - ☐ Irinotecan
 - ☐ FOLFOX (5-FU ve oxaliplatin kombinasyonu)
 - ☐ FOLFIRI (5-FU ve irinotecan kombinasyonu)
 - ☐ XELOX (capecitabine ve oxaliplatin kombinasyonu)
 - ☐ FOLFOXIRI (5-FU, oxaliplatin ve irinotecan kombinasyonu)
 - ☐ Diğer (lütfen belirtiniz: _____)
 - ☐ Bilmiyorum
9. Kemoterapitedavinizi tamamladınız mı?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
10. **Hayır ise**, neden kemoterapötik tedavinizi durdurdunuz (lütfen Sizin için geçerli olanları seçiniz)?
- ☐ Tedavinin yan etkileri çok şiddetli idi
 - ☐ Kötü yaşam kalitesi
 - ☐ Tedavi yardımcı olmadı
 - ☐ Tedaviyi durdurmamı doktorum önerdi
 - ☐ Diğer (belirtiniz: _____)
11. RAS testi için moleküler test yaptırdınız mı (KRAS, NRAS)?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
 - ☐ Bilmiyorum

- ☐ Bunun ne olduğunu bilmiyorum.
12. **Evet ise**, test sonuçlarını biliyor musunuz?
- ☐ Evet – test beni cetuximab/panitumumab adayı olarak belirledi
- ☐ Evet – test beni cetuximab/panitumumab adayı olarak belirlemedi
- ☐ Hayır, sonuçlar hakkında bilgilendirilmedim
- ☐ Bilmiyorum
13. Tedaviniz aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini kapsıyor muydu (lütfen Sizin için geçerli olanları seçiniz)?
- ☐ Cetuximab
- ☐ Panitumumab
- ☐ Bevacizumab
- ☐ Aflibercept
- ☐ Regorafenib
- ☐ Trifluridine/tipiracil
- ☐ Hiçbiri/Bilmiyorum
14. **Hiçbiri ise**, neden olduğunu biliyor musunuz?
- ☐ Bu tedaviler benim ülkemde mevcut değil
- ☐ Bu tedaviler sağlık planımın kapsamında değildir
- ☐ Testler biyolojik tedavi için aday olmadığımı belirledi
- ☐ Bilmiyorum
15. Tedavinin yan etkileri hakkında Size net bir bilgi verildi mi?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Emin değilim
16. Aldığınız tedavi tıbbi ekip tarafından tanımlanan tedavi ile aynı mıydı?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Emin değilim
17. Şu anda tedavi görüyor musunuz?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
18. **Eğer hayır ise**, lütfen nedenini açıklayınız?
- ☐ Doktorum tarafından tedaviyi durdurmam önerildi
- ☐ Tedavi yardımcı olmadı
- ☐ Tedavinin yan etkileri çok şiddetli idi
- ☐ Kötü yaşam kalitesi
- ☐ Mali kısıtlamalar
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz: _____)

19. Size klinik araştırma için müracaat etme fırsatı sunuldu mu?

- ☐ Evet
☐ Hayır

20. Hangi hastanede tedavi gördünüz? Lütfen aşağıdakilerden birini seçiniz:

- ☐ Kamu hastanesi
☐ Özel hastane
☐ İkisinin kombinasyonu
☐ Diğer, lütfen belirtiniz
☐ Emin değilim

21. Genel olarak hastanede aldığınız bakımı nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Kötü
☐ Orta
☐ İyi
☐ Çok iyi
☐ Mükemmel

2.4. DESTEK

1. Destek ana kaynağınız hangisidir (birden fazla yanıt mümkündür, lütfen Sizin için geçerli olanları seçiniz)?

- ☐ Partnerim (eşim)?
☐ Çocuklarım
☐ Ebeveynlerim
☐ Diğer aile üyeleri
☐ Arkadaşlarım
☐ Meslektaşlarım
☐ Hasta kurumu
☐ Hiç kimse
☐ Diğer

2. Sizin durumunuzda, tıbbi bilgiler için en önemli / en değerli temas noktası hangisidir?

- ☐ Onkoloji uzmanım
☐ Cerrahim
☐ Hemşirem
☐ Diğer, lütfen belirtiniz _____

3. Lütfen aşağıdakilerden aldığınız manevi destek memnuniyetinizi derecelendirin:

	Son derece memnun	Belirli bir dereceye kadar memnun	Memnun da değil, memnuniyetsiz de değil	Belirli bir dereceye kadar memnuniyetsiz	Son derece memnuniyetsiz	Uygulanmaz
Klinisyenler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemşireler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psikolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Son derece memnun	Belirli bir dereceye kadar memnun	Memnun da değil, memnuniyetsiz de değil	Belirli bir dereceye kadar memnuniyetsiz	Son derece memnuniyetsiz	Uygunmaz
Sosyal görevli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer (lütfen belirtiniz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sizce sağlık ekibi ile ilişkilerinizi geliştirmek için ne yapılmalıdır? (birden fazla yanıt mümkündür, lütfen Sizin için geçerli olanları seçiniz):

- ☐ Ekibin değerli bir üyesi olarak kabul edilmeliyim
- ☐ Karar alma sürecinde yer almalıyım
- ☐ Bir birey gibi muamele görmeliyim
- ☐ Anlayabileceğim bir dilde bana konuşulması – daha az teknik yaklaşım
- ☐ Duygusal olarak iyileştirilmeme ilişkin tavsiyeler
- ☐ Bana iyi ve kötü zamanlarda yardım sağlanmalı
- ☐ Daha fazla eşduyum (empati) kurulmalı – Ben sadece bir rakam değilim!

5. Sizce aşağıdaki bilgilerden metastatik kolorektal kanser hastaları için hangisi en önemlidir (lütfen Sizin için geçerli olanları işaretleyiniz)?

- ☐ Hastalık hakkında bilgi
- ☐ Tedavi seçenekleri hakkında bilgi
- ☐ Tedavinin yan etkileri hakkında bilgi
- ☐ Klinik araştırmalar hakkında bilgi
- ☐ Ülkemizdeki doktor/hastane/sağlık merkezleri hakkında bilgi
- ☐ Hastalar için destek grupları hakkında bilgi
- ☐ Yardım için telefon hatları hakkında bilgi
- ☐ Diğer bilgiler (lütfen belirtiniz: _____)

6. Ülkenizde şu an faaliyet göstermeyen metastatik kolorektal kanseri hastalarına, erişimi mevcut olmayan aşağıdaki seçeneklerden hangisi yardımcı olur? (lütfen Sizin için geçerli olanları işaretleyiniz)?

- ☐ Psikolog
- ☐ Sosyal görevli
- ☐ Hastalar (gönüllü) için destek programı
- ☐ Diğer hastalar ile sohbet (Arkadaş)
- ☐ Yardım için telefon hattı
- ☐ İnternet forumu (duyuru panosu)
- ☐ Diğer hastalar ile görüşmelerin gerçekleşmesi için günlük bakımevi
- ☐ Telefonum/tabeltim için tek bir yerde bütün uygulanabilir verilere sahip olmama yardımcı olacak uygulama

7. Lütfen aşağıdaki iddiaları değerlendiriniz:

	Son derece katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum, Ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Son derece katılmıyorum
Bilinçli seçimle tedavi yapılması hakkında yeterli bilgi verildiğini düşünüyorsunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tüm tedavi süresince yeterli manevi destek verildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aile üyelerinize yeterli manevi destek verildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuklarınız yeterli destek ve yardımı aldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Tedavinizin yan etkileri ile başa çıkmak için yeterli bilgi ve destek sağlandı mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır
☐ Emin değilim

9. Tedaviniz esnasında Size en çok kim veya ne yardımcı olmuştur? Lütfen aşağıdaki her bir cevabı 1-6 kadar rakamlar numaralandırır mısınız, 1 en önemli, 6 ise en önemsizdir.

- ☐ Arkadaşlarım ve ailem
☐ Hasta Destek Grubu
☐ Klinisyenim
☐ Psikoterapist
☐ Profesyonel hayatım
☐ Diğer, lütfen belirtiniz: _____

10. Muayene ve tedavi esnasında hangi zorluklar ile karşılaştınız (başka bir deyişle fiziksel mali veya diğer)?

- ☐ Evet
☐ Hayır

11. **Evet ise**, hangi zorluklar ile karşılaştınız?

- ☐ İşinizi kaybettiniz
☐ İzin almanızı istediler
☐ İşini ile ilgili stres yaşadınız
☐ Hastalığınız temelinde iş yerinde ayrımcılık ile karşı karşıya kaldınız
☐ Kazancınız olumsuz etkilendi
☐ Ciddi maddi zorluk ile karşı karşıya kaldınız
☐ Birikimlerinizi kullanmanız gerekti
☐ Borç para almanız gerekti

12. Aşağıdaki tedavinizden süregelen tıbbi yan etkileri yaşıyor musunuz (Sizin için geçerli olanları seçiniz)?

- ☐ Bağırsak bozukluğu (başka bir deyişle inkontinans)
- ☐ Cinsel işlev bozukluğu (başka bir deyişle erektil disfonksiyon)
- ☐ Duygusal yan etkiler (başka bir deyişle anksiyete veya depresyon)
- ☐ Üroloji problemleri (başka bir deyişle inkontinans veya stoma oluşumu)
- ☐ Periferik nöropati (başka bir deyişle parmak uçlarınızda uyuşma)
- ☐ Kemo-beyin (hafif bilişsel bozukluk (HBB) (MCI) veya bilişsel disfonksiyon olarak da bilinir)
- ☐ Diğer, lütfen belirtiniz: _____
- ☐ Emin değilim

3.0. EORTC QLQ-C30

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok		
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4		
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4		
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4		
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4		
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4		
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4		
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4		
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4		
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4		
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4		
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4		
Aşağıdaki sorular için 1 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız						
29. Geçen haftaki <u>sağlığınızı</u> genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü			Mükemmel			
30. Geçen haftaki <u>hayat kalitenizi</u> genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü			Mükemmel			

4.0. EORTC QLQ – C29

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31. Gün boyunca sıkça idrar yaptınız mı?	1	2	3	4
32. Gece boyunca sıkça idrar yaptınız mı?	1	2	3	4
33. Hiç istemeyerek idrar kaçırdığınız (kaçırma) oldu mu?	1	2	3	4
34. İdrar yaparken ağrı oldu mu?	1	2	3	4
35. Karın ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
36. Kalçalarınızda/anal bölgede/rektumda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
37. Karnınızda şişme hissi oldu mu?	1	2	3	4
38. Büyük abdestinizde kan var mıydı?	1	2	3	4
39. Büyük abdestinizde mukus var mıydı?	1	2	3	4
40. Ağızınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
41. Tedavi sonucunda saçınız döküldü mü?	1	2	3	4
42. Tat alma duyunuzda bir sorun oldu mu?	1	2	3	4
43. Gelecekteki sağlığınızla alakalı endişe duydunuz mu?	1	2	3	4
44. Kilonuz konusunda endişelendiniz mi?	1	2	3	4
45. Hastalığınız veya tedaviniz neticesinde kendinizi daha az çekici hissettiniz mi?	1	2	3	4
46. Hastalığınız ya da tedaviniz neticesinde kendinizi daha az kadınsı/erkeksi hissettiniz mi?	1	2	3	4
47. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duydunuz mu?	1	2	3	4
48. Stoma (kolestomi/ileostomi) torbanız var mı? (Lütfen doğru cevabı daire içine alınız)	Evet		Hayır	

Bu soruları sadece STOMA TORBANIZ VARSA cevaplayınız, yoksa aşağıdaki bölümden devam ediniz:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
49. Stoma torbanızdan isteğiniz dışında gaz çıktığı oldu mu?	1	2	3	4
50. Stoma torbanızdan dışkı sızıntısı oldu mu?	1	2	3	4
51. Stoma etrafında cilt yarası oldu mu?	1	2	3	4
52. Gün boyunca sık torba değişimi oldu mu?	1	2	3	4
53. Gece boyunca sık torba değişimi oldu mu?	1	2	3	4
54. Stomanız olduğu için utandınız mı?	1	2	3	4
55. Stoma bakımında problem yaşadınız mı?	1	2	3	4

Bu soruları sadece STOMA TORBANIZ YOKSA cevaplayınız:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
49. İstemeyerek gaz kaçırdığınız oldu mu?	1	2	3	4
50. Büyük abdestinizi kaçırdığınız oldu mu?	1	2	3	4
51. Makat bölgenizde cilt yarası oldu mu?	1	2	3	4
52. Gün boyunca büyük abdeste sık çıktınız mı?	1	2	3	4
53. Gece boyunca büyük abdeste sık çıktınız mı?	1	2	3	4
54. Bağırsak hareketliliğinizden dolayı mahcup oldunuz mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz 4 hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
<u>Sadece erkekler için:</u>				
55. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?	1	2	3	4
56. Sertleşme olurken ya da ereksiyonun sürdürülmesinde sıkıntı yaşadınız mı?	1	2	3	4

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
<u>Sadece kadınlar için:</u>				
55. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?	1	2	3	4
56. Cinsel ilişki sırasında acı ya da rahatsızlık hissettiniz mi?	1	2	3	4

Aaraştırmada yer aldığınız için teşekkür ederiz. Araştırmanın yayınlanmasından sonra, araştırma hakkında bilgi almak istiyorsanız (2018 Mart ayında gerçekleşmesini bekliyoruz) veya bizimle hikayenizi paylaşmak istiyorsanız, veya bir hasta kurumuna üye olmak istiyorsanız, lütfen- sizinle irtibata geçebilmemiz için bilgilerinizi bırakın- ve sizinle ilgili olanları işaretleyiniz:

Ad: _____

E-mail: _____

- ☐ Araştırmanın yayınlanmasından sonra hakkında güncelleme almak isterim
- ☐ Hikayemi paylařmak isterim
- ☐ EuropaColon üyesi olmak isterim
- ☐ Yerel kurum üyesi olmak isterim
- ☐ EuropaColon'dan bilgi bültenleri almak isterim