

## Въпросник EORTC QLQ-C30 (версия 3)

Уважаеми участници,

Ние се интересуваме от определени аспекти, свързани с Вашето здравословно състояние и ежедневен живот.

Моля, отговорете на всички въпроси, като оградите с кръгче числото, което най-добре описва Вашето състояние през последната седмица. Няма „правилни“ или „грешни“ отговори. Цялата информация ще бъде строго поверителна.

Моля, попълнете вашите инициали: \_\_\_\_\_

Дата на раждане (ден, месец, година): \_\_\_\_\_

Днешна дата (ден, месец, година): \_\_\_\_\_

**Не/изобщо (1) | Малко (2) | Доста (3) | Много (4)**

1. Имате ли затруднения при изпълнение на дейности, като носене на тежка чанта за пазаруване или куфар?
2. Имате ли затруднения при продължително ходене?
3. Имате ли затруднения при кратки разходки ?
4. Налага ли ви се да прекарвате деня в леглото или да сте седнал/седнала?
5. Нуждаете ли се от помощ при хранене, обличане, миене или използване на тоалетната?

**През последната седмица:**

**Не/изобщо (1) | Малко (2) | Доста (3) | Много (4)**

6. Имате ли ограничения в изпълнението на вашата работа или дейностите от ежедневен живот?

7. Имате ли ограничения при изпълнението на вашите хобита или други занимания през свободното ви време?
8. Изпитвахте ли задух?
9. Изпитвахте ли болка?
10. Налагаше ли ви се да си почивате?
11. Имахте ли проблеми със съня?
12. Чувствахте ли слабост?
13. Липсваше ли ви апетит?
14. Изпитвахте ли гадене?
15. Повръщахте ли?
16. Имахте ли запек?

**През последната седмица:**

**Не/изобщо (1) | Малко (2) | Доста (3) | Много (4)**

17. Имахте ли диария?
18. Чувствахте ли се уморени?
19. Пречеше ли болката при изпълнение на дейностите от ежедневен живот?
20. Имахте ли затруднения с концентрацията (напр. четене на вестник или гледане на телевизия)?
21. Чувствахте ли се напрегнати?
22. Притеснявахте ли се?
23. Чувствахте ли се раздразнителни?
24. Чувствахте ли се депресирани?
25. Имахте ли затруднения с паметта?
26. Вашето физическо състояние или проведената терапия попречи ли на семейните ви отношения?
27. Вашето физическо състояние или проведената терапия попречи ли на социалните ви

дейности?

**28.** Вашето физическо състояние или проведената терапия доведе ли ви финансови затруднения?

**За следващите въпроси, моля оградете числата от 1 до 7 които най-добре описват вашата ситуация:**

**29.** Как бихте оценили общото ви здравословно състояние през последната седмица?

1 2 3 4 5 6 7

(Много лошо) → (Отлично)

**30.** Как бихте оценили общото ви качество на живот през последната седмица?

1 2 3 4 5 6 7

(Много лошо) → (Отлично)

# Въпросник за оценка на качеството на живот при пациенти с онкологични заболявания – FACT-G (версия 4)

(Functional Assessment of Cancer Therapy – General)

---

Моля, отговорете на следващите въпроси, като изберете един от отговорите, който най-добре описва вашето състояние през последните 7 дни.

Скала за отговори:

- Изобщо не (0) Малко (1) Донякъде (2) Доста (3) Много (4)

## I. Физическо благополучие (Physical Well-Being – PWB)

1. Чувствах се слаб/слаба.
2. Имах гадене.
3. Изпитвах задух при минимални усилия.
4. Изпитвах болки.
5. Чувствах се добре физически.
6. Чувствах се болен/болна.
7. Чувствах се принуден/принудена да лежа в леглото.

## II. Социално/семеино благополучие (Social/Family Well-Being – SWB)

8. Получавах емоционална подкрепа от семейството си.
9. Имам близки приятели, на които мога да разчитам.
10. Моето заболяване нарушава семейните ми отношения.
11. Съпругът/партньорът ми е голяма опора за мен (или: не се отнася).
12. Чувствах се близо до семейството си.
13. Чувствах се подкрепен/подкрепена от приятелите си.

## III. Емоционално благополучие (Emotional Well-Being – EWB)

14. Чувствах се нервен/нервна.
15. Чувствах се тъжен/тъжна.
16. Чувствах се спокоен/спокойна.
17. Чувствам се безнадежден/безнадеждна.
18. Чувствах страх от смъртта.
19. Тревожех се дали проведеното лечение действа.

## IV. Функционално благополучие (Functional Well-Being – FWB)

20. Мога да работя (вкл. да изпълнявам домакински ангажименти).
21. Чувствам се способен/способна да се радвам на живота.
22. Приемам живота си така, както е сега.

23. Чувствам се продуктивен/продуктивна.
24. Чувствам се че контролирам ситуацията.
25. Доволен/доволна съм от сегашното си качество на живот.
26. Способен/способна съм да се приема такъв/такава, какъвто/каквата съм сега.
27. Моето заболяване пречи ми на удоволствията от живота.

**Инструкции за попълване:**

- Моля оградете с кръгче един от петте отговора **(0–4)** за всеки въпрос.
- Ако въпросът не се отнася за Вас (напр. нямате партньор), моля, отбележете **„не се отнася“**.