

## ОПРОСНИК ПО ВЛИЯНИЮ ДЕРМАТИТА НА СЕМЬЮ (DFI)

Имя ребенка: \_\_\_\_\_ Мать/Отец/Опекун: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Балл:  

Цель этого опросника — оценить, какое влияние оказывало кожное заболевание Вашего ребенка на Вас и Вашу семью НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ. Пожалуйста, отметьте галочкой ☒ одну ячейку для каждого вопроса.

- |  |               |                          |
|--|---------------|--------------------------|
| 1. Оцените, насколько на протяжении <u>последней недели</u> экзема Вашего ребенка влияла на <b>работу по дому</b> , например, на стирку, уборку.   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Оцените, насколько на протяжении <u>последней недели</u> экзема Вашего ребенка влияла на <b>приготовление пищи и кормление</b> .  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 3. Оцените, насколько на протяжении <u>последней недели</u> экзема Вашего ребенка влияла на <b>сон других членов семьи</b> .   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 4. Оцените, насколько на протяжении <u>последней недели</u> экзема Вашего ребенка влияла на <b>семейный отдых</b> , например, плавание.  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 5. Оцените, насколько на протяжении <u>последней недели</u> экзема Вашего ребенка влияла на <b>время, потраченное на покупки для всей семьи</b> .  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 6. Оцените, насколько на протяжении <u>последней недели</u> экзема Вашего ребенка влияла на Ваши <b>расходы</b> , например, расходы на лечение, одежду и т.д.  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 7. Оцените, насколько на протяжении <u>последней недели</u> экзема Вашего ребенка влияла на <b>ощущение усталости</b> или <b>утомления</b> родителей/опекунов.   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 8. Оцените, насколько на протяжении <u>последней недели</u> экзема Вашего ребенка влияла на <b>эмоциональный дистресс</b> (например депрессию, раздражение или чувство вины) у родителей/опекунов ребенка.             | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 9. Оцените, насколько на протяжении <u>последней недели</u> экзема Вашего ребенка влияла на <b>отношения между основным ухаживающим лицом и супругом(-ой) или основным ухаживающим лицом и другими детьми</b> в семье. | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 10. Оцените, насколько на протяжении <u>последней недели</u> <b>помощь с лечением Вашего ребенка</b> влияла на жизнь основного ухаживающего лица.  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |

Пожалуйста, проверьте, ответили ли Вы на КАЖДЫЙ вопрос. Спасибо.

© M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay 1995