

# DERMATITIS FAMILY IMPACT QUESTIONNAIRE (DFI) (ОПРОСНИК ПО ВЛИЯНИЮ ДЕРМАТИТА НА СЕМЬЮ (DFI))

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.  | На протяжении <u>последней недели</u> насколько сильно экзема Вашего ребенка повлияла 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.  | На протяжении <u>последней недели</u> насколько сильно экзема Вашего ребенка повлияла на <b>приготовление пищи и ее прием</b> всеми детьми?   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | На протяжении <u>последней недели</u> насколько сильно экзема Вашего ребенка повлияла 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.  | На протяжении <u>последней недели</u> насколько сильно экзема Вашего ребенка повлияла на <b>семейный досуг</b> , например, плавание?  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | На протяжении <u>последней недели</u> насколько сильно экзема Вашего ребенка повлияла на <b>время, потраченное на походы за покупками для всей семьи</b> ?  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | На протяжении <u>последней недели</u> насколько сильно экзема Вашего ребенка повлияла 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.  | На протяжении <u>последней недели</u> насколько сильно экзема Вашего ребенка повлияла на <b>утомляемость</b> или <b>упадок сил</b> его родителей/опекунов?  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | На протяжении <u>последней недели</u> насколько сильно экзема Вашего ребенка повлияла на <b>психологические переживания</b> (например, депрессию, разочарование или чувство вины) его родителей/опекунов?                                   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | На протяжении <u>последней недели</u> насколько сильно экзема Вашего ребенка повлияла на <b>отношения главного опекуна со спутником(-цей) жизни или другими детьми в семье?</b><br>between the main carer and other children in the family. | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|     |   | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
| 10. | На протяжении <u>последней недели</u> насколько сильно <b>помощь с уходом за Вашим ребенком</b> повлияла на жизнь главного опекуна?   | 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.