

مؤشر جودة الحياة لدى مرضى الجلدية الأطفال

رقم المستشفى

الاسم:

العمر:

العنوان:

التشخيص:

التاريخ:

درجة مؤشر جودة الحياة في
الأمراض الجلدية للأطفال:

إن الهدف من هذه الأسئلة (الاستبيان) هو قياس مدى تأثير المشكلة الجلدية عليك طوال فترة الأسبوع الماضي. الرجاء ضع الإشارة (✓) في مربع واحد لكل سؤال.

1. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى شعورك بالحكة أو الألم في جلدك؟

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐
2. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى شعورك بالإحراج أو القلق أو الحزن بسبب جلدك؟

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐
3. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى تأثير إصابة جلدك على صداقاتك؟

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐
4. خلال الأسبوع الماضي، كم عدد المرات التي غيرت فيها أو ارتديت ملابس أو أحذية خاصة أو مختلفة بسبب جلدك؟

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐
5. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى تأثير إصابتك الجلدية على خروجك (تنزهك) أو لعبك أو ممارسة هواياتك؟

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐
6. خلال الأسبوع الماضي، كم مرة تجنببت السباحة أو أي رياضة أخرى بسبب إصابتك الجلدية؟

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐
7. الأسبوع الماضي، هل كان فترة دراسية؟

إذا كان فترة دراسية: ما مدى تأثير إصابتك الجلدية على دراستك خلال الأسبوع الماضي؟ 

أو هل كان فترة إجازة؟ 

إذا كان فترة الإجازة: ما مدى تأثير مشكلتك الجلدية على استمتاعك بالإجازة خلال الأسبوع الماضي؟

منعتك من الذهاب إلى المدرسة ☐

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐
8. خلال الأسبوع الماضي، كم من المتاعب (المشاكل) عانيت (مررت بها) مع الآخرين بسبب إصابتك الجلدية مثل وصفك بألقاب سيئة، السخرية منك، مضايقتك، طرح أسئلة أو تجنبك؟

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐
9. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى تأثير إصابتك الجلدية على نومك؟

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐
10. خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى سبب لك علاج جلدك مشكلة؟

كثيراً جداً ☐

إلى حد ما ☐

قليلاً ☐

لا أبداً ☐

الرجاء التأكد من إجابتك على كل سؤال. شكراً لك