

شاخص کیفیت زندگی خانواده بیماران پوستی

نمره

نام:

.....

نسبت با بیمار:

تاریخ:

تشخیص بیماری (اگر می دانید):

- این سؤالات به تاثیر بیماری پوستی خویشاوند یا همسران بر کیفیت زندگی شما در ماه گذشته می پردازد.
- لطفاً سؤالات زیر را به دقت مطالعه کرده و گزینه مناسب را علامت بزنید.

۱- در ماه گذشته به علت بیماری پوستی خویشاوند یا همسران چقدر به شما فشار روحی وارد شده است؟
(برای مثال: اضطراب، افسردگی، خجالت، درماندگی)

اصلاً / موردی ندارد ☐ کمی ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

۲- در ماه گذشته بیماری پوستی خویشاوند یا همسران چقدر بر رفاه جسمانی شما تاثیر گذاشته است؟
(برای مثال: خستگی، فرسودگی، منجر به کاهش سلامتی، اختلال در خواب یا استراحت)

اصلاً / موردی ندارد ☐ کمی ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

۳- در ماه گذشته بیماری پوستی خویشاوند یا همسران چقدر بر روابط شخصی شما با او یا سایرین اثر گذاشته است؟

اصلاً / موردی ندارد ☐ کمی ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

۴- در ماه گذشته چقدر با عکس العمل دیگران نسبت به بیماری پوستی خویشاوند یا همسران مشکل داشته اید؟
(برای مثال: زورگویی، خیره نگاه کردن، لازم شود به دیگران در مورد بیماری پوستی او توضیح دهید)

اصلاً / موردی ندارد ☐ کمی ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

۵- در ماه گذشته بیماری پوستی خویشاوند یا همسران چقدر بر زندگی اجتماعی شما تاثیر گذاشته است؟
(برای مثال: بیرون رفتن، ملاقات یا دعوت از دیگران، حضور در اجتماعات)

اصلاً / موردی ندارد ☐ کمی ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

۶- در ماه گذشته بیماری پوستی خویشاوند یا همسران چقدر بر تفریح و اوقات فراغت شما تاثیر گذاشته است؟
(برای مثال: تعطیلات، سرگرمی های شخصی، نرمش، ورزش، شنا، تماشای تلویزیون)

اصلاً / موردی ندارد ☐ کمی ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

۷- در ماه گذشته چقدر وقت صرف مراقبت از خویشاوند یا همسران کرده اید؟
(برای مثال: زدن کرم، دارو دادن یا مراقبت از پوست او)

اصلاً / موردی ندارد ☐ کمی ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

۸- در ماه گذشته به علت بیماری پوستی خویشاوند یا همسران چقدر مجبور به انجام کار اضافه در خانه شده اید؟
(برای مثال: تمیز کردن، جاروبرقی، شستشو، غذاپختن)

اصلاً / موردی ندارد ☐ کمی ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

۹- در ماه گذشته بیماری پوستی خویشاوند یا همسران چقدر بر شغل یا مطالعه شما اثر گذاشته است؟
(برای مثال: ایجاد وقفه در کار، بازماندن از کار، کاهش ساعات کار، با دیگران در محل کار مشکل داشتن)

اصلاً / موردی ندارد ☐ کمی ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

۱۰- در ماه گذشته بیماری پوستی خویشاوند یا همسران چقدر هزینه های معمول زندگی شما را افزایش داده است؟
(برای مثال: هزینه سفر، خرید لوازم مخصوص، کرم ها، مواد آرایشی)

اصلاً / موردی ندارد ☐ کمی ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

با تشکر از شما برای تکمیل پرسشنامه