

## قياس نوعية الحياة للأمراض الجلدية (DLQI)

نسعى من خلال هذا الاستبيان إلى قياس مدى تأثير المشكلة الجلدية التي تعاني منها على حياتك خلال الأسبوع الماضي. يرجى وضع علامة على مربع واحد من الأجوبة لكل سؤال.

- |                          |                |   |
|--------------------------|----------------|---|
| <input type="checkbox"/> | كثيراً جداً    | 1. خلال الأسبوع الماضي، ما مقدار الحكّة، أو الألم، أو الوجع، أو اللسع الذي أصاب جلدك؟   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً         |   |
| <input type="checkbox"/> | قليلاً         |   |
| <input type="checkbox"/> | لا شيء بالمرّة |   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً جداً    | 2. خلال الأسبوع الماضي، كم كان مدى شعورك بالإحراج أو الخجل بسبب حالة جلدك؟  |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً         |   |
| <input type="checkbox"/> | قليلاً         |   |
| <input type="checkbox"/> | لا شيء بالمرّة |   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً جداً    | 3. خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى تعارضت حالتك الجلدية مع قيامك بأعمال مثل التسوق أو العناية بالبيت أو بحديقة المنزل؟         |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً         |   |
| <input type="checkbox"/> | قليلاً         |   |
| <input type="checkbox"/> | لا شيء بالمرّة |   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً جداً    | 4. خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى أثرت حالتك الجلدية على الملابس التي ترتديها؟  |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً         |   |
| <input type="checkbox"/> | قليلاً         |   |
| <input type="checkbox"/> | لا شيء بالمرّة |   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً جداً    | 5. خلال الأسبوع الماضي، كم كان مدى تأثير حالتك الجلدية على أنشطتك الاجتماعية أو الترفيهية؟                                      |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً         |   |
| <input type="checkbox"/> | قليلاً         |   |
| <input type="checkbox"/> | لا شيء بالمرّة |   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً جداً    | 6. خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى سببت حالتك الجلدية صعوبة في قيامك بأي نشاط رياضي؟   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً         |   |
| <input type="checkbox"/> | قليلاً         |   |
| <input type="checkbox"/> | لا شيء بالمرّة |   |
| <input type="checkbox"/> | نعم            | 7. خلال الأسبوع الماضي، هل منعتك حالتك الجلدية من ممارسة العمل أو الدراسة؟  |
| <input type="checkbox"/> | لا             |   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً         | إذا كان الجواب "لا"، فخلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى سبب لك مرضك الجلدي مشكلات في العمل أو الدراسة؟                            |
| <input type="checkbox"/> | قليلاً         |   |
| <input type="checkbox"/> | لا شيء بالمرّة |   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً جداً    | 8. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك مرضك مع شريك حياتك أو مع أحد أصدقائك المقربين أو أقاربك؟                  |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً         |   |
| <input type="checkbox"/> | قليلاً         |   |
| <input type="checkbox"/> | لا شيء بالمرّة |   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً جداً    | 9. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المتاعب الجنسية التي واجهتها بسبب حالتك الجلدية؟   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً         |   |
| <input type="checkbox"/> | قليلاً         |   |
| <input type="checkbox"/> | لا شيء بالمرّة |   |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً جداً    | 10. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك علاج جلدك، مثلاً، عن طريق إثارة الفوضى في بيتك، أو أخذ قدر كبير من وقتك؟ |
| <input type="checkbox"/> | كثيراً         |   |
| <input type="checkbox"/> | قليلاً         |   |
| <input type="checkbox"/> | لا شيء بالمرّة |   |

من فضلك تأكد أنك أجبت على كل سؤال. شكراً.